

sous la direction de

**BORIS
CYRULNIK**

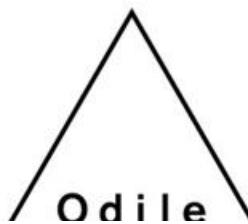
**PATRICK
LEMOINE**

HISTOIRE DE LA FOLIE AVANT LA PSYCHIATRIE



Sous la direction de
Patrick Lemoine
Boris Cyrulnik

Histoire de la folie avant la psychiatrie



↙Jacob↘

© ODILE JACOB, SEPTEMBRE 2018
15, RUE SOUFFLOT, 75005 PARIS

En couverture : © Akg-images.

www.odilejacob.fr

ISBN : 978-2-7381-4514-7

Le code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5 et 3 a, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou réDUCTION intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Composition numérique réalisée par Facompo

INTRODUCTION

Penser la folie avant la psychiatrie

Quand un être humain arrive au monde et qu'inévitablement il découvre la souffrance, il ne sait pas d'où vient le mal. Ça souffre en lui, ça le fait crier et se débattre, il ne sait pas pourquoi.

La contrainte génétique, en subissant les pressions du milieu, sculpte son corps, son cerveau et son âme. Jusqu'au moment où, devenant capable de préciser l'endroit de son corps qui souffre, il en fait un récit : « J'ai mal au pied parce que je me suis cogné contre une pierre qu'un voisin malveillant a posée sur mon chemin. » Ce qui revient à dire que la perception du mal et son énoncé résultent de la convergence de sources d'information différentes venues du corps, du cerveau et de l'histoire d'une personne. Ayant ainsi mis en conscience l'objet du mal, le sujet peut l'expliquer, donner cohérence à son monde et proposer une conduite à tenir pour échapper à sa souffrance. Cette réaction de défense lui donne l'impression qu'il peut maîtriser le monde qui l'effraie.

Quel dommage que le réel soit ailleurs.

C'est une illusion explicative qui nous soulage : quand nous nous sentons mal, quand un autre nous inquiète par son comportement ou ses propos étranges, nous devons l'expliquer en urgence,

invinciblement, afin de redonner cohérence à notre monde et de nous y sentir apaisés. Nous appelons « folie » le monde mental d'un autre que nous ne comprenons pas. Nous ne luttons pas contre la folie, nous affrontons simplement la peur qu'elle nous inspire.

Est-ce preuve de folie de voir des images effrayantes et incohérentes que les autres ne perçoivent pas ? Ces perceptions sans objet provoquent en nous des émotions intenses de peur, de désespoir, d'extase parfois ou de désirs sexuels, comme si l'objet existait dans le réel. Si vous êtes d'accord avec cette définition des hallucinations, c'est que vous admettez que nous sommes tous fous, puisqu'il nous arrive régulièrement de rêver la nuit et de voir nettement des images qui n'existent pas dans le réel lorsque nous sommes réveillés.

Est-ce une preuve de folie de voir le mal partout et de comprendre soudain que les objets disposés autour de vous et que les gestes des autres révèlent leur intention de vous mettre à mort ? En temps de paix, on appellera « paranoïa » cette interprétation du monde, mais, en temps de guerre, cette intelligibilité des choses et des gestes nous sauvera la vie. C'est notre histoire qui attribue aux objets et aux événements que nous percevons une connotation affective. Ensuite, nous cherchons dans notre contexte technique et culturel les objets qui pourraient fournir un modèle explicatif. Quand l'idée de soigner l'autre est apparue dans l'histoire de l'humanité, la notion de possession d'une âme par un mauvais esprit s'est estompée pour laisser place à la notion de maladie mentale. Mais est-ce vraiment une preuve de maladie de s'écartez de la norme ? Le normal, c'est ce qui est conforme aux règles, aux lois convenues et aux valeurs du plus grand nombre : le taux de sucre dans le sang est normal s'il avoisine 1 gramme par litre de sang. J'ai rencontré des gens qui, à 0,70 g/l, étaient malades d'hypoglycémie, blancs comme

linge et titubants. J'en ai rencontré d'autres qui, à 0,40 g/l, souriaient et s'activaient en pleine forme. Ils étaient anormaux et en parfaite santé ! Quand la loi du plus grand nombre dit ce qui est normal, les homosexuels, minoritaires, sont considérés comme des anormaux ou des malades.

J'ai connu l'époque, dans les années 1940, où les guerres et les conditions de travail étaient tellement violentes que l'on valorisait la violence des hommes : dans un tel contexte, elle avait une fonction adaptative. On admirait les hommes violents, on les décorait quand ils faisaient la guerre ou quand ils descendaient au fond des mines travailler 15 heures par jour, on en faisait des héros de films et de romans. Par bonheur aujourd'hui, dans un contexte tertiaire et de progrès des droits de l'homme, la violence n'est que destruction. Alors on appelle le SAMU, la police et les psychiatres quand un homme est violent. C'est devenu une forme de maladie mentale que l'on explique grâce aux explorations modernes de la neurobiologie et de la neuro-imagerie.

L'objet de la cardiologie, c'est le cœur qui pompe mal et altère la circulation du sang. Une telle dysfonction résulte de la convergence de cent déterminismes différents : génétiques, développementaux, alimentaires, existentiels, psychologiques et culturels. Comment voulez-vous que l'objet de la folie soit explicable par une seule cause ? La possession, le péché, l'infection syphilitique, les troubles neurobiologiques constituent des vérités partielles d'autant plus difficiles à analyser que l'objet de la folie n'est pas hors du psychiatre : un psychiatre homosexuel n'aura pas tendance à penser qu'un patient homosexuel est un pervers contre nature qui mérite la prison ; un psychothérapeute qui a été un enfant abandonné ne pourra pas juger qu'un enfant sans famille est un bâtard qui, pour canaliser sa violence, doit devenir soldat.

Le mot « folie » ne désigne donc pas un véritable objet qui serait le même, quelle que soit la culture. Il désigne un fait comportemental ou verbal qui nous effraie par son étrangeté, son statut hors normes. Alors, nous nous soignons en soignant le fou. Quand nous ne supportons pas son agitation, nous le calmons ; quand il voit des choses que nous ne voyons pas, quand il entend des mots que nous n'entendons pas, nous lui prescrivons des neuroleptiques. Comme agent thérapeutique, nous cherchons dans notre contexte technologique et verbal l'outil qui pourrait agir sur son monde mental. J'imagine qu'à l'époque du paléolithique, quand on voyait un homme soudain tomber à terre, convulser, puis se relever un peu désorienté et reprendre son travail en souriant, on avait besoin d'expliquer cet événement étrange. Comme on vivait en petits groupes, chacun influençant l'autre, le sécurisant ou l'effrayant, dans un contexte écologique parfois gratifiant de nourritures et d'abris, et parfois effrayant d'orages et d'ennemis, c'est le plus logiquement du monde que l'on a pensé qu'une force invisible s'était emparée du monde mental invisible de celui qui convulsait. Il fallait donc utiliser un silex tranchant admirablement taillé pour trépaner son crâne et permettre à l'esprit envahisseur de s'échapper. Le bourrelet osseux qui suit les trépanations paléolithiques prouve que les possédés ont survécu longtemps. Ont-ils été libérés ?

À l'époque où nous étions chasseurs-cueilleurs, ce mode d'existence nous faisait comprendre qu'on ne pouvait survivre qu'en incorporant les autres : les plantes, les insectes, les petits gibiers et les immenses mammifères que nous parvenions à tuer. C'est en mangeant d'autres êtres vivants que nous devenions nous-mêmes. Le plus logiquement du monde, nous avons pensé qu'un trouble digestif, un malaise physique ou un trouble de la production des images et des mots provenaient de l'incorporation d'une substance

ou d'un autre être vivant maléfique qui possédait notre corps ou le monde invisible de notre intériorité. Il fallait donc l'expulser, en donnant des substances qui provoquaient des excréptions (vomissements et diarrhées) ou en faisant des rituels magiques qui chasseraient l'intrus.

Entre le Tigre et l'Euphrate, dans la ville de Babylone, les médecins prenaient soin des corps, et les prêtres qui savaient agir sur les entités invisibles s'occupaient des fous et des démons qui les habitaient. Dans le papyrus d'Ebers, en Égypte, on peut lire que le cerveau est source des fonctions mentales. Les Hébreux affirment que c'est Dieu qui rend malade ou fou : « L'Éternel te frappera de délire, [...] d'égarement de l'esprit... » (Deutéronome, 32, 39). Les Perses écoutent Zarathoustra qui leur explique comment la pureté du corps prévient les souffrances de l'âme qui, lorsqu'elles surviennent, peuvent être soignées par le couteau (chirurgie), les plantes (pharmacologie) ou la parole (psychothérapie). Dans l'Inde ancienne, Siva le destructeur s'oppose à Visnu le protecteur. Bouddha explique que le plus sûr moyen de ne pas souffrir psychiquement consiste à renoncer à tout désir. Et Freud, inspiré par le vétérinaire Carl Gustav Carus, le neurologue Charcot et les philosophes Nietzsche et Schopenhauer, met en lumière l'inconscient qui nous gouverne à notre insu. Rien n'est plus expliqué que la folie ! Avec, pourtant, un virage épistémologique important lors de la Révolution française : « La République n'a pas besoin de savants », aurait dit le président du tribunal révolutionnaire qui a condamné le chimiste Lavoisier à avoir la tête tranchée.

Cette phrase n'a probablement jamais été prononcée, mais le simple fait de croire qu'elle a été dite révèle l'air du temps en 1791. Quelques jours avant, l'Académie des sciences vient d'être supprimée et plusieurs dizaines d'autres savants ont été décapités.

Ce que la Convention met à mort, c'était un savoir conformiste, prétentieux, amphigourique réservé à quelques membres qui font croire qu'ils ont des connaissances en parlant latin, en faisant des citations grecques et des références à quelques patrons susceptibles de leur donner un avancement.

Quelques années plus tard, Napoléon donne corps à une nouvelle manière de déchiffrer la maladie. Sur les champs de bataille, il valorise les cadets chirurgiens, âgés de 16 à 20 ans, qui savent réaliser en moins de trois minutes une amputation à mi-cuisse. Il encourage les médecins qui savent laver une plaie et faire des pansements et non plus ceux qui donnent des clystères, font des saignées et parlent latin. Il s'intéresse aux charpentiers et aux artisans linguistes qu'il emmène en Égypte. La connaissance devient artisanale. C'est dans la visibilité que l'acte de soin se définit désormais, et non plus dans l'explication métaphysique. C'est dans la sensorialité du corps perçu qu'on va chercher la lésion imperçue, enfouie au fond des organes, mais exprimée à l'extérieur par un signe clinique.

Laennec, en inventant le stéthoscope vers 1820, crée l'artisanat de la lecture clinique : un poumon malade n'émet pas le même son qu'un poumon sain où l'air circule sans entrave. Cette sensorialité qui associe l'art de l'ouvrier et du paysan avec le frottement mécanique de l'air dans les poumons fonde la sémiologie médicale. Cette nouvelle relation au corps apprend à lire à l'extérieur ce qui souffre à l'intérieur. Il en sera de même pour l'âme qui, lorsqu'elle est malade, exprime par des gestes et des mots un trouble intérieur. Cette épistémologie, incroyablement confirmée par Babinski dans les années 1890, découvre qu'en grattant le bord externe de la plante des pieds avec une pointe mousse on provoque l'extension du gros orteil, signe fiable d'une lésion cérébrale sur le cortex frontal

ascendant. En grattant les pieds on prouve l'altération du cerveau où siège l'âme ! À partir de cette incroyable sémiologie, la psychiatrie moderne a pu naître : on peut observer un comportement fou, on peut écouter un discours aliéné et en faire l'étude des signes qui expriment à l'extérieur une souffrance intérieure.

Comme nous l'avons fait tout au long des civilisations, à peine percevons-nous une étrangeté que nous nommons « folie » que nous sautons instantanément à une conclusion explicative dont nous trouvons la cause dans les objets du contexte : il crache du sang parce que Dieu l'a puni ; il voit des démons que nous ne voyons pas parce que son voisin possède son âme en piquant une poupée... Quand le contexte technique a inventé les horloges et les automates, les souffrances psychiques ont été expliquées par un défaut de rouages cérébraux ; quand la chimie a connu une expansion scientifique, ce sont les substances qui, en empoisonnant le cerveau, ont expliqué les troubles psychiques ; quand l'électricité a été découverte, elle a éclairé les délires et les hallucinations en expliquant que certaines zones cérébrales inadéquates étaient excitées ; quand l'ordinateur a été mis au point, on a dit que l'âme ne pouvait plus traiter cet excès d'informations ; quand l'industrie a structuré notre société, on a commercialisé des médicaments qui allaient guérir les maladies mentales... Depuis le début de l'humanité, on a toujours senti que la folie existait, alors qu'on n'a jamais su la définir. On a trouvé des solutions thérapeutiques inspirées par les croyances culturelles. On a imposé des explications par analogie avec les objets techniques de la civilisation environnante.

L'objet de la psychiatrie est infiniment hétérogène. C'est pourquoi les théories totalement explicatives sont des théories totalitaires. Quand on explique la folie par le péché, la faiblesse d'esprit, le

déficit en neuromédiateur, la mère mortifère ou le capitalisme, on trouve toujours une cause, n'importe laquelle, qu'un fait réel justifie... partiellement. Il semble qu'aujourd'hui une nouvelle épistémologie soit en train de se mettre en place, analogue à celle de la Convention qui, en affirmant que la République n'avait pas besoin de savants, a disqualifié l'épistémologie des perroquets académiques pour créer un artisanat clinique. Les publications actuelles donnent la parole à mille approches différentes, il faut bien ça pour tenter de comprendre l'âme. Les capteurs techniques génétiques, épigénétiques, biologiques, spirituels ne décrivent chacun qu'un fragment d'âme. Comment voulez-vous tout apprendre ? Comment espérez-vous tout comprendre ? Il faut se mettre en équipe pour coordonner nos savoirs éparpillés et éclairer un peu mieux les mondes mentaux si variés. Une telle approche artisanale pourra-t-elle éviter les traitements fous de la folie ? Jusqu'à maintenant la maltraitance a été la règle. La psychiatrie qui est en train de naître saura-t-elle intégrer ces mille disciplines différentes ? Et parce qu'elles sont de plus en plus scientifiques, pourra-t-elle accueillir d'autres sciences humaines moins rigoureuses ?

L'histoire de la folie avant la psychiatrie parle de défaillances culturelles bien plus que des souffrances psychiques. La prévention des troubles sera certainement éducative, et le soin des souffrances passera par le soutien affectif, la solidarité sociale et le sens que la littérature, le cinéma et l'art attribuent aux malheurs de l'existence.

Le pari est à prendre. Voulez-vous qu'on en reparle dans cinquante ans ?

La psychiatrie est-elle une branche folle de la médecine ?

PAR BORIS CYRULNIK

Rien n'est plus expliqué que la folie.

Quand on ne comprend rien, on se sent mal à l'aise. Il faut, de toute urgence, trouver une explication pour se sentir apaisé. Le moindre éclaircissement redonne cohérence à notre monde intime déboussolé par la confusion. Que faire, que dire quand on ne comprend pas ? Alors, on part à l'affût du moindre indice, de la moindre parole qui pourrait nous dire ce qu'est la folie. Toute explication soigne l'observateur. Le réel est ailleurs.

Nous désignons par le mot « fou » celui qui sort de notre entendement. Or nous n'entendons que ce qui nous est familier, tout le reste n'est que bruit. Ce qui revient à dire que nous considérons comme fou celui qui déclenche une sensation d'étrangeté qui nous angoisse et nous fascine, comme un Martien venu d'un autre monde mental. C'est pourquoi nous l'appelons « aliéné ».

Nabuchodonosor, roi de Babylone, puissant chef de guerre et bâtisseur de cité, fut soudain persuadé qu'il était un animal. Il errait parmi les vaches, marchait à quatre pattes et lapait l'eau des

ruisseaux, ce qui est un comportement étrange pour un empereur. Au vi^e siècle avant notre ère, on expliquait sans hésiter que le dieu de l'époque s'était emparé de son âme et l'avait échangée contre celle d'un bœuf.

Quand le dualisme devient dogmatique au xvii^e siècle, ceux qui croient aux maladies nerveuses auraient expliqué que la folie de l'empereur était due au mauvais fonctionnement des rouages cérébraux. Cette explication aurait paru logique dans un contexte technique où les automates enchantait la culture. Mais ceux qui, à cette époque, croient à l'existence d'une âme sans substance auraient affirmé que Dieu avait puni le roi pour un très grand péché, tel que la gourmandise ou la fornication. Au xix^e siècle où la médecine commence son ascension, on aurait affirmé que Nabuchodonosor souffrait de syphilis méningée. Et, au xxi^e siècle où règne l'ordinateur, on admet sans peine que ce trouble psychique est dû à un défaut de câblage neurodéveloppemental qui a provoqué un syndrome psychotraumatique.

Toute explication de la folie est un marqueur culturel

Pendant très longtemps, on n'a pas eu besoin de psychiatre puisqu'un sorcier savait chasser le mauvais œil, un prêtre, exorciser le péché et un médecin, soigner la syphilis. Faire appel à un psychiatre est une invention récente. C'est surtout à partir de la Révolution française qu'on ose penser que la folie peut être soignée. Philippe Pinel (1745-1826) a tenu compte de l'expérience d'un infirmier, Jean-Baptiste Pussin à Bicêtre, pour enlever les chaînes

qui fixaient les fous contre un mur. Il a constaté qu'en libérant ces hommes les symptômes se calmaient puisque les fous souffraient moins¹. Il était donc pensable de soigner les fous grâce à un traitement moral (au sens de « j'ai bon moral »). La Convention ayant décrété que la République n'a pas besoin de savants, Pinel avait passé sa thèse en décrivant les quatre-vingts formes différentes de vomissements au lieu de s'intéresser, comme le conseillait la Sorbonne, au sexe des anges ou à la quadrature du cercle. Laennec, à la même époque (1781-1826), avait volontairement rabaisé la pensée en écoutant au moyen d'un stéthoscope le bruit venu des profondeurs d'un poumon malade. En le comparant au bruit d'un poumon sain, il fonda la sémiologie médicale.

Cette démarche banale, en décrivant une sémiologie (science des signes), a permis à la médecine de devenir clinique, bien plus que scientifique ou philosophique. David Hume (1711-1776) proposa une philosophie presque phénoménologique, invitant à réfléchir à la nature de l'homme et à la nature de la religion. Il fut donc haï par les spiritualistes et les dualistes. Esquirol à Charenton (élève de Pinel) demandait à sa famille de partager les repas avec les aliénés, de façon à tisser avec eux des liens quotidiens qui apaisaient leurs pulsions : c'est en adaptant une attitude pratique et relationnelle qu'on pouvait parvenir à soulager ces personnes, et non pas en se précipitant dans les théories abstraites.

La haine du naturalisme existe encore aujourd'hui chez les psychiatres qui s'indignent de la « chosification » des troubles psychiques et considèrent comme un acte immoral le simple fait d'observer un bébé. J'ai personnellement été traité de « médecin nazi » par de grands noms de la psychanalyse qui me reprochaient de considérer les enfants comme des objets de science, et non pas

comme des personnes, et de rabaisser l'homme au rang de la bête. Quarante ans après, on constate que c'est précisément ce genre d'observations cliniques qui a permis de considérer les bébés comme des personnes, et non pas simplement comme des tubes digestifs à remplir et à équilibrer entre les *ingesta* et les *excreta*.

On embellit le passé quand on raconte qu'avant l'ère de la médicalisation de la folie les fous déambulaient paisiblement dans les villages. En fait, ils étaient chassés et parfois emmurés. On leur jetait de la nourriture à travers un interstice et ils mouraient après quelques années d'isolement. J'ai eu l'occasion de voir à Nancy² un homme de 43 ans qui avait été emmuré par ses parents. Quand ils ont entendu que l'hôpital psychiatrique s'occupait bien des fous, ils ont apporté leur fils à l'hôpital dans une brouette, car l'impossibilité de marcher avait ankylosé ses articulations. L'arrivée à l'hôpital fut un bonheur pour lui. On lui parlait, on l'habillait et on faisait des expériences en le plaçant face à un miroir. Quand au moyen d'une canne à pêche on faisait descendre derrière lui une pomme, il tendait la main vers le miroir pour l'attraper : ayant toujours été isolé, il n'avait jamais eu l'occasion d'apprendre à renverser une image et à la traduire dans le réel. Il passa à l'asile une fin de vie heureuse.

Étaient donc considérés comme fous ceux qui provoquaient une sensation d'étrangeté, un éloignement de la norme. Les errants, seuls dans les villes ou dans les campagnes, donnaient une telle impression, car il faut être fou pour se promener seul dans un pays où la police n'existe pas³. Les femmes errantes, les filles mères étaient donc enfermées, pour les protéger ! Les artistes, les innovateurs et parfois les scientifiques provoquaient eux aussi cette sensation de « pas normal ». Les comédiens étaient méprisés et excommuniés, les philosophes naturalistes, emprisonnés ou même

brûlés vifs comme Giordano Bruno (1600) qui enseignait que les terres tournaient autour d'innombrables soleils...

La construction sociale des récits mythiques

Dans un tel contexte de construction sociale et de récits mythiques, la loi de création des hôpitaux généraux en 1656 a été un progrès qui a permis aux fous, aux déviants et aux innovateurs d'échapper à l'emmurement et aux assassinats déguisés⁴. À l'époque de Louis XIV, il y a 40 000 mendians dans les rues de Paris. On ne sait pas faire la distinction entre un homme désocialisé, un délirant, un débile, une fille de mauvaise vie et un artiste qui imagine des choses incroyables. Le mot « hôpital » ne désigne pas un lieu de soins, mais plutôt un hospice où l'on offre le vivre et le couvert en échange d'un travail d'entretien. La Salpêtrière, qui fabriquait du salpêtre en 1655, devient, en 1657, un quartier d'hospice financé par un impôt supplémentaire et entretenu par les pensionnaires. La police des pauvres constraint les mendians à y habiter. Peut-être y gagnent-ils en dignité et en sécurité ? En 1659 on y adjoint les fous, les folles et les « femmes grosses » atteintes de maladie vénérienne⁵.

En Angleterre, l'asile Sainte-Thérèse de Bethléem, ouvert au XIII^e siècle, impose aux déviants un abri de même type. Les familles aisées préfèrent payer l'hébergement public, car les mal socialisés y sont moins maltraités que dans la rue – William Hogarth a dessiné l'asile de Bedlam (argot de Bethléem) où des familles endimanchées se promènent sur des passerelles en jetant aux aliénés des

bouteilles d'alcool pour les enivrer et les faire danser. Personne ne pense à l'époque qu'une cause médicale peut expliquer ces déviances et ces malheurs de l'existence. Ce n'est qu'en 1776 que William Cullen fait l'hypothèse qu'une maladie des nerfs est source de ces troubles, qu'il appelle « neurose ». La dérive des mots fait que Freud, un siècle plus tard, utilise le mot « névrose » pour désigner, au contraire, un conflit intrapsychique et non pas un trouble de la conduction nerveuse.

Dans l'Amérique en cours de colonisation, on n'emmurait pas les aliénés, on construisait des cabanes en bois pour les enfermer. Au XVIII^e siècle on commence à les mettre dans des hôpitaux : le Pennsylvania Hospital, le New York Hospital et surtout le Williams Burgh Hospital en Virginie (1773) reçoivent ces êtres humains dont les comportements et les dires paraissent étranges.

La Révolution française a aussi révolutionné la manière de penser. Il a suffi de penser qu'un peuple pouvait vivre sans roi pour que cela devienne possible. Alors pourquoi ne pas penser qu'on peut guérir la folie et « redresser les mauvaises pensées » qui se sont emparées de l'âme des aliénés ? Johann Reil en Allemagne, Vincenzo Chiarugi à Florence, l'école de médecine d'Édimbourg estiment donc que la philosophie peut « réparer les âmes » et les laver de la « pestilence de l'esprit ». Ces métaphores matérialisées (réparer, pestilence) sont inspirées par un contexte technologique et social où l'industrie se développe et où la médecine obtient d'excellents résultats, en étant préventive bien plus que curative⁶. Le simple fait de changer les couches des bébés, de laver les biberons, de boire de l'eau claire et de ne pas manger d'aliments avariés a nettement diminué la mortalité des enfants et augmenté l'espérance de vie et sa qualité. Les succès de l'hygiène et de la bonne organisation sociale qui diminuaient les malheurs

de l'existence étaient attribués aux « bonnes pensées philosophiques ». La psychiatrie, en tant que discipline médicale, devient pensable puisque la médecine préventive améliore les conditions de vie. Il n'est plus nécessaire de saigner les aliénés et de leur donner des clystères, puisqu'il suffit de les entraîner aux bonnes pensées, de leur donner un logement convenable et de les aider dans la vie quotidienne pour améliorer leurs symptômes de folie.

La plupart des aliénés étaient hébergés dans des maisons privées et très peu dans des asiles⁷ où il n'y avait ni médecins, ni étudiants, ni réflexion sur les soins. C'est pourquoi il est absurde d'insister sur la notion de « grand renfermement » de Michel Foucault⁸ : les asiles étaient un abri contraint pour les mal socialisés, errants, mendians et femmes de mauvaise vie. Ce sont eux qui étaient considérés comme aliénés aux XIII^e-XVI^e siècles. Les fous étaient persécutés dans les espaces publics, hébergés dans des maisons de soins privés ou emmurés dans les fermes familiales.

La tentation médicale existait depuis Hippocrate pour expliquer la mélancolie (« mel » renvoyant à mélanine noire et « colie » à intestinale). La bile noire empoisonnait le cerveau que l'on pouvait soigner en demandant à de jeunes femmes de jouer de la musique. Les autres formes de folie non médicalisées n'entraient pas dans la doxa des opinions. Les Grecs et les Romains se méfiaient de l'effet sédatif de l'opium qui paraissait immoral dans une culture valorisant l'affrontement de la souffrance et non pas son évitement⁹. La morphine n'est entrée à l'asile qu'au XIX^e siècle quand les stéréotypes culturels ont commencé à réciter qu'il fallait soigner le mal par le mal. Dès lors, les médecins ont chanté les louanges de produits toxiques qui guérissent – la hyoscyamine issue d'une plante de la famille des solanacées ; le cannabis, extrait d'une plante textile, et le vin, produit chimique toxique et naturel qui soulage les âmes

tourmentées. Quelques auteurs n'hésitent pas à attribuer l'origine des idées folles à une maladie de l'intestin. C'est une toxine intestinale qui provoque la psychose, affirme ainsi John Haslam (1809)¹⁰. Il est donc logique de prescrire des laxatifs pour provoquer des diarrhées qui devaient guérir les hallucinations et les délires.

Les asiles s'améliorent tellement que les pensionnaires y vivent mieux que chez eux. On leur sert des repas, on leur donne des bains, on leur fait faire des activités distractives, on les invite au théâtre. Les cliniques privées deviennent spacieuses et coûteuses, tandis que les hôpitaux publics évoluent vers l'entassement des malades.

Du désir de trouver une cause organique aux manifestations psychiques

Ce désir a toujours existé, mais la philosophie du XVIII^e siècle et la médecine préventive du XIX^e siècle ont fourni des arguments pour défendre l'idée qu'il suffit de « calmer la substance cérébrale » pour faire disparaître tout délire. Dès lors, ce fut une avalanche d'explications matérialistes et de thérapeutiques adaptées à cette représentation de la folie : les cataplasmes à la moutarde, les bains chauds, les douches froides, les chocs physiques ou psychiques obtenaient d'excellents résultats, disait-on. Ce fut l'époque des « vapeurs » dont souffraient les femmes. Facile à expliquer : puisque seules les femmes ont un utérus et qu'elles souffrent de malaises fréquents, c'est que l'utérus « animal vivant et le clitorisme » envoient des effluves qui intoxiquent le cerveau. Facile à soigner : il suffit de mettre sous le nez un flacon d'ammoniaque puant et entre

les jambes un parfum agréable pour que tout se remette en place. Ce traitement fut tellement efficace qu'on le prescrivait encore au début du xx^e siècle. C'était efficace en effet, puisqu'en donnant des sels à ces femmes malheureuses on les soutenait un peu, ce qui les apaisait... momentanément. Les ouvrières et les paysannes avaient moins de vapeurs, mais plus de maladies organiques dues à une mauvaise hygiène et aux fréquentes infections. Les bourgeois vivaient dans de meilleures conditions matérielles, mais, sanglees dans leurs corsets et entravées par les préjugés psychosociaux qui les empêchaient de s'exprimer, elles souffraient beaucoup de malaises anxieux. Heureusement il y avait les sels d'ammoniaque !

Le désir d'explications médicales existait, et les preuves apparentes d'amélioration ne manquaient pas. Ayant postulé que le cerveau produit la pensée comme le foie produit la bile, on en a logiquement déduit que certaines zones cérébrales produisaient les capacités psychiques correspondantes. La bosse des mathématiques, la zone de l'idiotie et celle de la bienveillance étaient souvent citées. Cette théorie, rapidement abandonnée, a pourtant permis à Broca de découvrir la zone du langage, très importante pour expliquer les aphasies, tandis que Penfield repérait les zones motrices et les distinguait des zones associatives¹¹. Cette « craniologie » a beaucoup plu à la culture du xix^e siècle, à Balzac et au racisme naissant.

Les éleveurs savaient améliorer la descendance des animaux en sélectionnant les parents. Cette technique eugénique inspire l'anthropologie du xix^e siècle qui dispose ainsi d'un modèle de *malum hereditarium*. Les médecins et les aliénistes acceptent, comme une évidence, que les parents fous transmettent leur tare héréditaire puisque les enfants sont eux-mêmes altérés. Personne ne pense que les parents fous, désocialisés, terriblement

malheureux à cause de leurs troubles psychiques et des réactions de l'entourage, ne peuvent pas offrir à leurs enfants un milieu sécurisant et épanouissant. Les explications sous forme de causalité linéaire empêchent de comprendre qu'il s'agit d'un problème d'héritage et non pas d'hérédité. On décrit alors des lignées de mélancoliques, de furieux agités et de délirants. La logique interne à une pensée exclusivement organiciste consiste à stériliser les « tarés » pour préserver une bonne santé sociale.

En face, la psychiatrie romantique¹² émet un postulat fantasmatique, un désir de croire carrément opposé. Elle accepte l'idée que la détresse est produite par le dérèglement des passions qui altèrent le moral et rendent fou. La biologie cérébrale n'intéresse pas ces psychiatres qui se plaisent plutôt à écouter la vie intérieure des fous. C'est plus littéraire que la description des trous de la base du crâne. Le choix des explications, organicistes ou littéraires, dépend de la personnalité du psychiatre bien plus que de l'objet décrit. Quand j'ai visité le cabinet de Freud, à Vienne, au 19 Berggasse, son appartement n'était pas encore un musée. Aucun des psychanalystes avec qui je bavardais n'a remarqué deux objets qui m'ont frappé : un anguillostome et une pile de journaux de l'époque. L'anguillostome est une sorte de petit hachoir qui permettait à Freud de disséquer des anguilles afin de découvrir pourquoi elles changent de sexe en vieillissant – il obtient en 1930 le prestigieux prix Goethe pour son « travail naturaliste¹³ ». Cette publication a été mise à l'ombre par les psychanalystes alors qu'elle a pourtant été traduite¹⁴. Elle est trop loin de la tendance antiorganique des enfants de Freud. Sur la pile de journaux, soigneusement rangés, j'ai pu lire en gros titre sur la première page : « Devenez psychanalyste en 8 séances par correspondance pour le modeste prix de 12 thalers. » Contrairement à ce qu'affirment les

psychanalystes, la psychanalyse a été tragiquement bien accueillie. Alors que Freud la voulait scientifique, elle a presque aussitôt été transformée en entreprise psycho-commerciale.

Ceux qui croyaient à l'âme et ceux qui croyaient au corps

Heinroth, le premier professeur de psychiatrie à Leipzig, expliquait que toutes les souffrances psychiques provenaient d'un péché ou d'une corruption de l'âme. Carl Gustav Carus (1789-1869) à Dresde développait la notion d'*Unbewusste*¹⁵, qui a été traduit par « inconscient », alors qu'on aurait pu dire « insu », ce qui en aurait fait un concept cognitif. Cet « inconscient » a baigné les débats en Autriche quand le jeune Freud rêve de devenir un « explorateur de la nature ».

Avant toute réflexion, avant tout travail scientifique, ceux qui s'intéressent au monde psychique sont invités à choisir leur camp : ceux qui expliquent la folie par la corruption des âmes s'opposent à ceux qui en font un trouble naturel. Le xix^e siècle connaît une métamorphose de la condition humaine. Semmelweis, en découvrant la prophylaxie de l'accouchement (1861), a nettement augmenté l'espérance de vie des femmes. Pasteur met au point le principe du vaccin ; les techniciens, en découvrant l'électricité et le chemin de fer, transforment la vie quotidienne. C'est à la lumière de cette nouvelle attitude épistémique qu'on a tenté d'éclairer la folie. Ce fut à la fois un progrès et un malheur car, en scientifisant l'âme humaine, on a préparé le racisme, la notion d'héredit-

dégénérescence et de vie sans valeur qui ont été la honte du xx^e siècle.

La médecine commence son expansion technique et culturelle, car on ne manque pas de maladies organiques susceptibles d'expliquer les troubles psychiques. La neurosyphilis, de mieux en mieux diagnostiquée, fournit des arguments pour expliquer l'organicité de la folie : lorsque les méninges sont enflammées par l'infection, certaines zones cérébrales sont nécrosées et d'autres, stimulées par des abcès. Des troubles neurologiques s'associent aux troubles psychiques : les pupilles sont asymétriques, la sensibilité profonde disparaît en même temps qu'apparaissent des douleurs fulgurantes et des difficultés à articuler les mots. L'humeur devient changeante, alternant des moments dépressifs avec des euphories niaises et des délires de grandeur souvent sexuelle. Cette « maladie du siècle » n'est pas une construction sociale. L'infection, confirmée par la découverte du tréponème en 1905, remplit les asiles et les cliniques privées.

L'usage du microscope pour découvrir les altérations cérébrales et psychiatriques devient logique. Kraepelin (1884), Freud (1886) et de nombreux psychiatres allemands pénètrent au fond des cellules pour découvrir l'origine des troubles psychiques. En 1906, Alois Alzheimer découvre au microscope des lésions neuronales qui expliquent l'altération psychique progressive de cette démence. À cette époque on a appris à diagnostiquer la méningite tuberculeuse avec ses céphalées, vomissements, raideur de la nuque, accès de confusion et quelques accès d'onirisme et d'hallucinations. On peut lire : « La pathologie mentale est étroitement subordonnée à la pathologie du cortex¹⁶. » L'usage du microscope et la fréquence des maladies infectieuses avec troubles psychiques légitiment cette phrase.

Pourtant, dès 1903, le champ de la psychiatrie est correctement défini. L'« étiologie générale des affections mentales ¹⁷ » décrit :

- Les causes héréditaires : les legs héréditaires physiques et mentaux.
- Les causes acquises dans la petite enfance : maladies de la grossesse, accidents d'accouchement, encéphalopathie des nourrissons et *délires d'inanition des enfants abandonnés* [c'est moi qui souligne].
- Les causes de pathologie cérébrale : traumas crâniens, hémorragies, épilepsies, paralysie agitante (Parkinson, chorée) et surtout neurosyphilis et tuberculose méningée.
- Les causes neurotoxiques : insuffisance hépatique, « folie urémique » des maladies du rein, maladie d'Addison, maladie de Basedow, crétinisme par manque d'iode et folie puerpérale.
- Les névroses gastriques dues aux parasitoses comme l'helminthiase ou le *tænia* qui provoquent des confuso-onirismes par parasitose cérébrale ; la folie cardiaque attribuée à l'anémie et aux troubles de la circulation ; la cirrhose du foie et ses hallucinations ; le diabète et le cancer qui ralentissent l'idéation et intoxiquent le cerveau.
- Les poisons médicamenteux par éther, chloral, hyoscine, cocaïne et acide salicylique.
- Les poisons nationaux encouragés par l'État, comme l'alcool, le tabac et les médicaments.

Ces causes générales de pathologie mentale soulignent déjà :

- Les causes sociales par manque d'éducation, troubles provoqués par la guerre et la captivité.
- Les causes morales par désorganisation sociale ou « excès » de civilisation.

- Les causes religieuses par contagion des croyances, spiritisme et fanatisme où « le mysticisme superstitieux alarme les caractères faibles [...], les sujets à prédisposition psychopathique [...] sont les plus soumis aux contagions mentales¹⁸ ».

On pourrait reprendre aujourd’hui cette classification en précisant deux évolutions. Les mots employés pour décrire les phénomènes mentaux ont peu changé. Quand on parle aujourd’hui de borderlines, de syndromes psychotraumatiques ou de burn-out, on désigne à peu près les mêmes troubles. Et il faut remarquer que le chapitre des causes médicales, qui était si important au début du xx^e siècle, a fondu comme neige au soleil. La démédicalisation de la psychiatrie est attribuable aux progrès de la médecine. Les parasitoses cérébrales sont devenues rares en Occident. La pénicilline (1945) fait disparaître en 21 jours la neurosyphilis et ses troubles psychiques. Le Rimifon (1956) guérit les méningites tuberculeuses. L’adjonction d’iode dans l’eau des robinets a prévenu l’apparition des crétins des Alpes. L’efficacité des soins cardio-vasculaires diminue les micronécroses corticales. Et le Parkinson n’est plus considéré comme une névrose hystérique, mais comme un déficit en dopamine des noyaux gris de la base du cerveau. En revanche, les défaillances sociales, éducatives, morales et religieuses se développent tellement de nos jours sur la planète que l’OMS prédit une fulgurante augmentation des souffrances psychiques¹⁹ par troubles de la relation et désocialisation. Le budget « santé mentale » des États va devenir très lourd.

Dans cette évolution, la médecine a une place réduite

La prévention et les soins devront venir de nouveaux principes éducatifs, de nouvelles structures sociales, d'un changement d'éthique et d'une autocritique de toutes les religions²⁰. L'attitude dualiste (ce qui gouverne le corps n'a rien à voir avec ce qui gouverne l'âme) a permis à la médecine de soigner les troubles psychiques provoqués par une altération corporelle, laissant aux éducateurs et aux prêtres le soin de s'occuper des âmes.

Démédicalisation de la psychiatrie ne veut pas dire décérération des souffrances psychiques. Depuis qu'on peut filmer et photographier en neuro-imagerie comment notre existence sculpte notre cerveau, et comment nos relations modifient la sécrétion de nos neuromédiateurs, l'étude des pressions environnementales organisées par les éducateurs, les politiciens et les fabricants de récits prend une importance croissante. Nous pouvons agir sur le milieu qui agit sur notre organisme et sur notre psychisme. Une telle phrase est impensable dans une épistémologie dualiste. Les explications exclusivement organiques ont provoqué autant de tragédies que les explications exclusivement environnementales.

Le clivage intellectuel qui est le résultat d'une pensée binaire analogue à celle des enfants a toujours été induit par une pensée paresseuse. Mais, avec le développement de l'esprit scientifique (xix^e et xx^e siècle), le choix entre l'organicité rationnelle et le psychisme littéraire devient catégorique. Jean Martin Charcot (1825-1893), fondateur de la rigoureuse neurologie, exclut l'hystérie du domaine de l'organicité et en fait une « maladie psychique par excellence ». Il renonce aux causes neurologiques pour souligner l'importance du traumatisme psychique qui entraîne une autosuggestion morbide.

Cette explication est une révélation pour un jeune stagiaire, Sigmund Freud, qui renonce aussitôt à chercher dans les cellules nerveuses la cause des symptômes psychiques. Ce changement épistémique le met sur le chemin de la psychanalyse. Pierre Janet, élève préféré de Charcot, inspiré par la notion de neurasthénie (faiblesse du système nerveux), s'oppose en proposant l'idée de psychasthénie (faiblesse du psychisme). La victoire de la neurologie devient dangereuse en prenant le monopole des explications. Quand la folie ne s'explique que par des altérations cérébrales, il est logique d'agir sur le cerveau pour guérir ces troubles.

Dès le xix^e siècle en Europe, les étudiants avaient un choix dualiste. La filière universitaire les orientait vers le cerveau en leur offrant des postes à la faculté et dans les laboratoires, mais ceux qui préféraient devenir praticiens se dirigeaient vers les hôpitaux psychiatriques où l'on ignorait le cerveau, mais où l'on décrivait une sémiologie comportementale et verbale. La psychanalyse s'est beaucoup intéressée aux syndromes paranoïaques, aux dissociations psychiques et aux névroses hystériques ou obsessionnelles, mais les psychanalystes, eux, préfèrent s'installer dans les beaux quartiers.

L'orientation universitaire crée une filière passionnante. Fleschig (1777-1821) coupe des cerveaux en tranches afin de localiser un grand nombre de troubles dans les lobes préfrontaux. Broca (1824-1880) établit une corrélation entre une attaque vasculaire temporelle gauche et une incapacité à fabriquer des mots. Wernicke (1848-1905) précise qu'une hémorragie temporelle un peu plus postérieure empêche de comprendre les mots. Karl Jaspers (1883-1969) pense que ces découvertes vont fonder une « mythologie cérébrale », alors qu'il a lui-même tenté une explication biologique de la paranoïa. Aujourd'hui encore, certains psychanalystes ou sociologues

ridiculisent la neuro-imagerie, en parlant de « neuro-bla-bla ». En effet, n'ayant aucune idée du fonctionnement d'un cerveau, il s'agit pour eux d'un simple « bla-bla ».

La dérive totalitaire de la neurologie

Ces succès médicaux ont exclu la psychiatrie du champ de la neurologie. Ces bons résultats étaient légitimes mais, en donnant à la neurologie un pouvoir totalement explicatif, ils l'orientaient vers une pensée totalitaire : « Tout vient du cerveau. »

Bénédict Morel (1809-1873) a tordu la théorie de l'évolution en confondant la sélection du plus apte avec la sélection du plus fort, ce qui est très différent. Il a extrait de ce contresens un *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladiques*. En expliquant toutes les altérations psychiques par l'hérédité, l'alcool et la débilité familiale, il fait de la « dégénérescence » de l'espèce humaine un facteur majeur de troubles sanitaires et sociaux. Ce faisant, Morel transformait la théorie de l'évolution en un darwinisme social qui inspirera le nazisme. Valentin Magnan (1835-1916) renforça cette dérive raciste en affirmant qu'il y a dans l'« espèce humaine » des individus de meilleure qualité que d'autres. De même que le signe de Babinski où l'orteil, en se redressant, prouvait l'altération cérébrale invisible, de même que la dysarthrie, l'asymétrie des pupilles et le délire niais étaient des symptômes de méningite syphilitique, Magnan, en décrivant des stigmates visibles comme les oreilles mal ourlées, les visages grossiers, les tics, les vilaines mimiques et une prononciation vulgaire, en a fait des symptômes de la dégénérescence cérébrale. Ces cerveaux de mauvaise qualité

devenaient une pollution sociale quand ils étaient en grand nombre : la société était donc en légitime défense quand elle éliminait les fous et les tarés.

Cette biologie imaginaire a eu un grand retentissement dans toute l'Europe. Kraft-Ebing (1840-1902) appliqua la notion de dégénérescence à la sexualité et en conclut que « tout acte sexuel non orienté vers la reproduction est un acte pervers ». Ce qui revient à dire que les caresses, les baisers, la pilule, l'homosexualité et l'onanisme sont des actes de malades mentaux. L'Église accueillit favorablement cette condamnation puisque, dans la Bible, Onan, refusant le lévirat qui l'oblige à faire un enfant à la femme de son frère qui vient de mourir, préfère verser sa semence par terre, provoquant ainsi le courroux de Dieu. Depuis cette époque, l'onanisme est férocelement combattu par le clergé qui en fait un péché et par la médecine qui lui attribue toutes sortes de troubles mentaux.

Alors l'Europe entière vécut dans la hantise de la dégénérescence. Gobineau, dans son *Essai sur l'inégalité des races humaines* (1853), démontra savamment que la race aryenne est différente de la race sémité. Drumont (1844-1917) expliqua que la question religieuse est moins importante que la race pour organiser une société. Et le marxiste Vacher de Lapouge (1854-1936) prouva que les crânes allongés dolichocéphales ont une supériorité biologique et intellectuelle sur les crânes élargis brachycéphales. Ces croyances structuraient les angoisses, enfouissaient les secrets familiaux et exprimaient le mépris pour les basses classes sans éducation, repérables à leurs comportements et à leur physionomie sans grâce. Émile Zola (1840-1902) a nourri ses romans naturalistes en allant dans les cafés de quartiers ouvriers pour y prendre des notes et dessiner les objets qui l'aideront à écrire *Les Rougon-*

Macquart où il illustre la transmission de la dégénérescence à travers les générations. Dans *L'Assommoir* et dans *Germinal*, il démontre comment l'alcoolisme des ouvriers crée une dégradation transmissible.

Une telle épidémie de croyances n'est pas étonnante. La médecine préventive, grâce à l'hygiène, a nettement amélioré la santé au xix^e siècle. L'excellente sémiologie neurologique apprend à établir des relations de cause à effet à partir d'un symptôme perceptible à l'extérieur qui révèle une altération invisible à l'intérieur. La technologie de l'électricité et des chemins de fer, la création d'entreprises commerciales hiérarchisent les hommes selon leur réussite sociale et non plus seulement d'après leur naissance aristocratique ou plébéienne. Dans un tel contexte social et scientifique, chacun puise des arguments incontestables afin de structurer un récit qui donne forme à ses croyances. À partir d'échantillons de vérité, on construit des récits fantasmagoriques qui provoquent d'autres récits, et, de récit en récit, on finit par se couper de la réalité sensible. C'est donc le plus raisonnablement du monde que le xix^e a évolué vers un délire logique, un délire non psychotique en quelque sorte. À partir de quelques vérités partielles, on a construit des discours totalement faux.

Les succès mérités de la médecine, de l'hygiène, de la science et de la technologie ont entraîné une médicalisation absurde et parfois criminelle de la psychiatrie. En 1917, Wagner-Jauregg, antisémite et compagnon d'étude de Freud, considère les aliénés uniquement d'un point de vue organique. Il a constaté, durant son internat, qu'une psychotique a cessé de délirer et d'halluciner dès qu'elle a été infectée par le streptocoque de l'érysipèle. Il arrive, en effet, qu'un psychotique soit ramené au réel par une fracture ou une maladie chirurgicale. À partir d'une seule observation, le jeune

Wagner-Jauregg en avait aussitôt conclu qu'il suffisait d'injecter un microbe pour guérir la psychose. La malaria ferait l'affaire puisqu'elle était peu mortelle, s'arrêtait spontanément après chaque crise, et que, grâce à la quinine, on pouvait contrôler la fièvre. Le contexte épistémique lui fournissait un modèle pertinent de cette démarche puisqu'on venait de prouver l'efficacité de la vaccine antituberculeuse²¹ (1890). En 1917, Wagner-Jauregg reçoit du front un soldat neurosyphilitique confus et délirant, il lui injecte la malaria, provoque un accès de forte fièvre et, stupeur, le malade reprend conscience débarrassé de ses troubles psychiques ! Dans un contexte social où l'on répétait que la folie était incurable, cette publication provoqua un virage épistémique bénéfique : il était donc possible de soigner médicalement un trouble mental. Les aliénistes pouvaient guérir et non plus seulement gardienner ! En 1927, Wagner-Jauregg a reçu un prix Nobel.

En 1929, Alexandre Fleming découvre la pénicilline. En 1943 Mahoney la prescrit à des soldats atteints de neurosyphilis, ce qui fait rapidement disparaître les hallucinations et les délires, puisque le spirochète n'enflamme plus les méninges. En 1945, les asiles sont remplis de syphilitiques, mais désormais un grand nombre d'aliénistes pensent que la folie n'est qu'une forme de maladie infectieuse²². Manfred Sakel, lui aussi, a reçu un prix Nobel (1957) pour avoir découvert qu'il suffisait de provoquer un coma insulinique pour que la psychose s'améliore : « Le choc insulinique devenait une cure possible de la schizophrénie²³. »

Dans les années 1950, la chirurgie connaît de plus en plus de succès. Elle guérit les fractures, les abcès digestifs (appendicite, péritonite) et les hémorragies génitales. À cette époque, certains épileptiques mouraient de crises incessantes que le gardien ne parvenait pas à juguler ; un simple coup de bistouri à la face interne

d'un hémisphère (une cingulectomie), arrêtait instantanément les crises et sauvait le malade. Dans certaines craniosténoses (suture précoce des os du crâne), le cerveau comprimé ne peut plus se développer, et l'enfant devient débile profond ; il suffit de cisailler une tranchée osseuse pour séparer les plaques osseuses afin que le cerveau reprenne son expansion et que l'enfant, en quelques mois, rattrape son retard intellectuel.

Comment voulez-vous, dans un tel contexte, que la folie ne soit pas follement médicalisée ? En 1927, le Portugais Egas Moniz frôle le prix Nobel en mettant au point l'angiographie où la visualisation des vaisseaux permet de faire le diagnostic d'hématome, d'abcès ou de tumeurs cérébrales. En 1935 lors d'un congrès de neurologie, il apprend l'importance des lobes préfrontaux, socle neurologique de la représentation du temps et de la planification comportementale. Les « névroses expérimentales » produites chez les animaux par troubles de l'apprentissage disparaissent sous l'effet de l'ablation chirurgicale de ces lobes préfrontaux. Les chimpanzés, coléreux et agités à cause de la « névrose » acquise expérimentalement, deviennent soudain calmes comme des agneaux.

Le Portugais, homme très populaire, en conclut qu'il suffit de couper les lobes préfrontaux des fous pour calmer leurs terribles troubles. Ce qui fut totalement vérifié puisque l'opéré, désormais incapable de se représenter le temps, ne pouvait plus avoir peur de l'avenir ni craindre la mort. L'engouement fut rapide et, avec le neurochirurgien Walter Freeman, ils mirent au point en 1946 une intervention très simple où il suffisait d'enfoncer une aiguille par le trou naturel du toit de l'orbite, de franchir par une simple pression la lame spongieuse de l'ethmoïde, de se retrouver à la face inférieure du lobe préfrontal totalement insensible, d'y enfoncer l'aiguille et de l'agiter pour cisailler les neurones préfrontaux. Les angoisses

disparaissaient instantanément... en même temps que les facultés mentales qui constituent le fonctionnement du psychisme. Ce travail fut récompensé, en 1949, par un prix Nobel « pour la découverte de la valeur thérapeutique de la leucotomie pour certaines psychoses ». Encouragé par ces excellents résultats, Freeman mit au point un petit bloc opératoire, installé dans un camion. Il partait, de cliniques en cliniques, de familles en familles réaliser avec un fin pic à glace cette intervention pratiquement indolore qui, entre 1936 et 1949, aurait tragiquement « guéri » 18 000 malades.

L'effet libérateur des neuroleptiques

Dès 1950, des praticiens de terrain commencent à douter et à critiquer la lobotomie. En fait, c'est la découverte du premier neuroleptique en 1952, le Largactil, qui disqualifia presque toutes les thérapeutiques de choc : la lobotomie d'abord, mais aussi les chocs au cardiazol, les chocs à l'insuline, les chocs à la fièvre paludéenne, les chocs au bromure, au chloral, aux barbituriques qui font dormir comme un assommoir, les chocs à l'apomorphine, à l'hyoscine qui font vomir jusqu'à ce que l'agité, épuisé, reste allongé sur son lit. Dans les années 1960, les seules thérapeutiques persistantes sont l'électrochoc, les médicaments dits psychotropes et les psychothérapies. C'est alors que ces progrès sont violemment critiqués. Cerletti, spécialiste romain de l'épilepsie, a découvert grâce à un très jeune interne nommé Bini qu'on peut électrochoquer un chien qui, après convulsions, se remet à vivre sans dommage apparent. Ce n'est que bien plus tard que Cerletti se rend dans les abattoirs pour déterminer chez les cochons la dose minimale qui permet de convulser sans dégât. Les publications antipsychiatriques

racontent à l'envi que Cerletti a découvert l'électrochoc en faisant une analogie entre les cochons et les malades mentaux, ce qui est faux. Le choc à cette époque était spectaculaire, car le patient convulsait intensément, mais, presque toujours, il reprenait conscience en souriant, car les troubles psychotiques avaient disparu... momentanément.

Avant l'électrochoc, 25 % des mélancoliques se suicidaient, le taux passe à 5 % après l'application de cette choquante thérapie. Aujourd'hui, une brève injection de curare empêche les convulsions, faisant ainsi disparaître son aspect effrayant. L'électro-convulsion améliore les symptômes psychiques d'une manière probablement plus physiologique que les médicaments. En 1900, les asiles n'étaient qu'un entrepôt de psychotiques, de déments âgés et de schizophrènes catatoniques qu'on ne voit presque plus depuis l'arrivée des neuroleptiques. Quant aux épileptiques, on ne les voit plus du tout puisqu'ils sont discrètement et efficacement soignés en ville. En 1908, à Zurich, Carl Jung affirmait que la psychiatrie en est aux « balbutiements vers la médecine », et Freud écrivait qu'« un facteur vraisemblablement somatique se manifeste dans la sédation... qui ne s'explique pas de façon psychogénétique²⁴ ».

Après 1968, les étudiants s'engagent dans les études psychiatriques avec un *a priori* théorique, qui précède toute connaissance scientifique et toute expérience professionnelle. Ceux qui croient que la folie est une punition divine ont disparu. L'hérédodégénérescence est haïe parce qu'elle a été vénérée par les nazis. L'affrontement oppose désormais ceux qui, en aimant les sciences, s'arrangent pour croire que la folie est attribuable à un trouble organique, tandis que les psychanalystes défendent l'idée que la folie résulte d'un désir mortifère inconscient de la mère²⁵. À l'opposé, ceux qui aiment la sociologie se plaisent à expliquer la folie par une

dysfonction sociale où le capitalisme est tenu comme le principal responsable²⁶.

En ce début de xxi^e siècle, les explications des troubles psychiques sont plutôt développementales, ce qui exige de s'entraîner aux raisonnements systémiques. Un système est composé d'éléments hétérogènes qui fonctionnent ensemble : le système respiratoire est composé d'oxygène, de parois pulmonaires et de liquide sanguin. L'asphyxie peut provenir de l'altération d'un seul élément, mais il suffit de réparer ce seul sous-système pour que l'ensemble se remette à bien fonctionner. Certains, parmi nous, aiment les raisonnements systémiques où un même effet peut être provoqué par différentes causes, ce qui provoque l'hostilité de ceux qui préfèrent penser qu'une seule cause induit un seul effet. La tendance actuelle accepte qu'un stress de femme enceinte provoque l'altération cognitive du bébé qu'elle porte, mais que l'évolution peut réparer. Les interactions précoces chez un bébé préverbal analysent comment la structure d'un milieu oriente l'épigénèse cérébrale. L'environnement et l'existence sculptent le cerveau, lui donnant ainsi un facteur de protection ou, selon les interactions, une neuro-vulnérabilité précocement acquise²⁷. À l'adolescence, l'élagage synaptique prouve que le cerveau bien sculpté par le milieu fonctionne à l'économie, mais ne peut désormais percevoir que le monde qui l'a imprégné.

Ce genre d'approche enchanterait les esprits évolutionnistes, mais exaspère les fixistes qui parlent de « bazar ». La notion de « programme génétique » est critiquée par les généticiens eux-mêmes qui proposent plutôt la métaphore d'un alphabet génétique qui, selon le milieu, peut écrire mille histoires différentes. C'est ainsi qu'on admet actuellement qu'il y a un déterminant génétique pour la schizophrénie qui explique, selon l'OMS, que, dans toute culture, on

trouve 1 % de schizophrènes. Mais, lorsqu'une culture s'effondre à cause d'une guerre, d'une catastrophe naturelle ou d'une migration, on évalue à 4 % et parfois plus le nombre de schizophrènes dans une telle population²⁸.

Le triomphe des psychotropes

Le grand triomphateur du modèle médical de la folie, c'est le médicament dit « psychotrope ». La tentation médicamenteuse était constante même à l'époque où la folie était considérée comme une possession ou une punition divine : on donnait des herbes, des grains d'ellébore ou des laxatifs. Mais en 1951 Henri Laborit, chirurgien militaire, donne des phénothiazines aux opérés afin de diminuer les barbituriques jugés trop dangereux. Il note alors un étonnant détachement qu'il nomme « ataraxie ». Il demande au laboratoire Rhône-Poulenc de lui envoyer des échantillons d'une molécule évaluée sans intérêt qui plus tard deviendra le Largactil. Avec Huguenard, ils composent un « cocktail » de Largactil + Dolosal + Phénergan qui, en effet, en abaissant la température, ralentit le métabolisme de base, ce qui permet de donner beaucoup moins de barbituriques aux opérés. Delay et Deniker à l'hôpital Sainte-Anne, constatant l'étonnant détachement des futurs opérés, donnent la même substance à huit schizophrènes et notent une nette amélioration de leurs symptômes. Les hallucinations, les délires et les agitations se sont calmés en quelques minutes.

Dès que le Largactil a été commercialisé, l'ambiance des hôpitaux psychiatriques a été métamorphosée. Non seulement on n'entendait plus les cris incessants des aliénés, mais c'est la torpeur

qui est entrée dans les pavillons. Les soignants n'ayant plus affaire à des agités furieux ont commencé à leur parler, établissant avec eux des relations humaines, et non plus seulement des rapports de force et de frayeur. Les camisoles et les thérapeutiques de choc ont disparu en quelques mois.

La politique de la recherche, elle aussi, a changé. Les grands laboratoires de pharmacie, aidés par l'Université, ont pris la direction des travaux. L'enseignement postuniversitaire auquel les médecins sont tenus est devenu luxueux et très bien organisé. Ce constat a fourni un argument de haine contre les psychotropes et les laboratoires. Il est vrai que les labos ont connu quelques décennies d'expansion financière grâce à l'énorme marché qui s'ouvrait devant eux. Mais il est vrai aussi que ce fut une fantastique amélioration des troubles psychiques. Comme il est vrai qu'on a beaucoup trop misé sur les médicaments. Ceux qui croyaient en la biologie ont indûment parlé de guérison, alors qu'il s'agissait d'un engourdissement des symptômes qui torturaient les malades mentaux. Les psychotiques auxquels on donne la parole aujourd'hui témoignent du grand soulagement qu'apportent ces médicaments, mais aussi de l'engourdissement des personnalités²⁹. Un raisonnement systémique dirait qu'il faut donner les médicaments juste assez pour soulager les patients et les aider à faire un travail de réhumanisation grâce au sport, à la musique, à l'affection et à la psychothérapie. Dans cette attitude d'accompagnement, on associe ceux qui croient à l'organicité avec ceux qui croient à l'esprit.

L'histoire du Lithium est édifiante. En 1949, John Cade postule que l'agitation maniaque est due à une substance excitante analogue à la thyroxine qui, dans les goitres hyperthyroïdiens, excite les malades. Depuis le xix^e siècle, on vendait dans le commerce des boissons lithinées censées apaiser les tensions anxieuses après

seulement un ou deux verres. Cade injecte donc du lithium à des petits cochons d'Inde génétiquement hyperkinétiques qui, en effet, se calment instantanément : on court moins vite quand un sel de lithium provoque une encéphalopathie. Heureux de ce résultat, il s'injecte à lui-même et à dix-neuf patients agités la substance qui apaise tout le monde³⁰. En 1952, Mogens Schou reprend ce travail de manière plus rigoureuse, car, dans sa famille, plusieurs personnes souffrent de cette alternance pathologique de l'humeur. Tout le monde a guéri, paraît-il. En 1970, la Food and Drug Administration (FDA) autorise alors la commercialisation de ce sel.

À la même époque, en 1950, le laboratoire Geigy espère que le Tofranil aura un effet de somnifère : ce fut un échec. Roland Kuhn, biochimiste révulsé par les thérapeutiques de choc, prend en psychanalyse une jeune femme diagnostiquée névrose hystérique. Elle s'améliore tellement en quelques séances que Kuhn la déclare guérie. Deux jours plus tard, elle envahit son cabinet en chantant et en dansant, couverte de bijoux, de vêtements colorés et maquillée jusqu'au ridicule. Kuhn comprend alors que la « guérison » qu'il a attribuée à la psychanalyse correspond en fait au virage de l'humeur, habituel dans ces troubles bipolaires. Lorsque la patiente retombe en mélancolie, il lui donne du Tofranil et assiste à une spectaculaire amélioration. Après quelques autres prescriptions, il publie ses résultats au Congrès international de la psychiatrie à Zurich en 1957, devant une audience de 12 personnes³¹ qui sont aussitôt convaincues.

Le Largactil, le Tofranil et le Lithium, malgré l'aspect non scientifique de leur découverte, ont provoqué un virage épistémique qui a donné la direction des recherches aux laboratoires privés, les connotant ainsi d'un aspect idéologique : le capitalisme, pour gagner de l'argent, n'hésite pas à empoisonner les cerveaux !

Les deux grands bénéficiaires de Mai 68 ont été les femmes et les psychiatres. Les associations féministes ont créé des événements et ont beaucoup publié, modifiant ainsi les possibilités sociales offertes aux femmes. Le nombre de jeunes désirant devenir psychiatres a été multiplié par 10 en une seule année. La guerre entre les laboratoires privés, associés aux universitaires, et les psychanalystes s'emparant des postes d'enseignants dans les chaires de psychologie a clivé, plus que jamais, l'approche des troubles mentaux.

De manière inattendue, la neurobiologie et la neuro-imagerie rassemblent aujourd'hui ces deux tendances opposées. La sérotonine et la dopamine, les deux neuromédiateurs vedettes, sont influencées par la structure du milieu, asséchées par l'isolement ou stimulées par les relations. Les neurones miroirs démontrent de quelle manière opèrent les contagions émotionnelles. On peut même photographier et mesurer comment un entraînement aux représentations spatiales ou verbales hypertrophie le circuit limbique des émotions et de la mémoire³². Le dualisme devient difficile à penser quand on connaît ces travaux, que certains pourtant s'appliquent à ne pas connaître.

La psychiatrie a donc été la branche folle de la médecine

De balbutiements en échecs, de dévouement en horreur, la psychiatrie en train de naître n'a jamais autant soigné et guéri. Les bouffées délirantes s'éteignent en quelques semaines, à domicile, avec peu de médicaments et beaucoup de soutien affectif et

psychologique. La douleur des dépressions est nettement soulagée, les angoisses deviennent supportables. Les mélancolies délirantes se suicident beaucoup moins, et leur pronostic est amélioré. Même les schizophrènes connaissent moins l'évolution tragique qui, avant l'ère des neuroleptiques, condamnait 92 % d'entre eux à vivre enfermés dans un hôpital psychiatrique ; aujourd'hui 50 % vivent libres en ville – 25 % rechutent souvent et 25 % connaissent encore une évolution inexorable³³. Ces résultats sont voisins de ceux des cancers où l'on louange les progrès médicaux. Pourquoi ne louange-t-on pas les progrès de la psychiatrie ?

Parce qu'en fait l'histoire folle de la psychiatrie est attribuable à la folie des cultures. L'objet psychiatrique n'est pas situé en dehors du psychiatre et de sa culture. Le thérapeute et son patient vivent dans la même culture, partagent les mêmes croyances et subissent les mêmes préjugés. Il est très difficile de ne pas se laisser embarquer dans la doxa par le flot des opinions récitées sans jugement. Les psychiatres qui ont pensé par eux-mêmes ont parfois payé cher cette désolidarisation culturelle. Ce constat est le même en médecine quand Semmelweis découvre la prophylaxie de l'accouchement (1861) : il perd son enseignement à Buda, est chassé de l'hôpital, à son tour enfermé et battu à mort par les infirmiers. Lamaze, praticien en obstétrique, perd ses procès pour avoir introduit en France l'accouchement sans douleur : on lui reproche de se faire une publicité abusive, puisque dans la Bible il est écrit : « *in dolore paries* ». De même Laborit n'est-il plus cité pour sa découverte du Largactil parce qu'il n'est pas considéré comme un vrai universitaire.

Théoriquement, l'objet « cœur » est hors du cardiologue. Il est pourtant hétérogène : un infarctus a un déterminant génétique, un autre épigénétique, un autre est attribuable au style existentiel, à la sédentarité des métiers modernes et au surpoids dû à l'amélioration

du transport, des aliments hypercaloriques, et le stress d'un événement devient un facteur déclenchant. Alors pourquoi voulez-vous qu'un trouble psychique soit attribuable à une seule cause qui serait extérieure au patient et au soignant ? La possession, le péché et la dégénérescence ont longtemps expliqué les causes de la folie. Le désir de médicaliser la souffrance psychique a toujours existé. L'ellébore découvert dans la Grèce ancienne a traversé les époques, accompagné par le romarin, la marjolaine, le pouillet, la cannelle et le gingembre qui « améliorent les imbéciles ». La saignée, le vomissement, la violette, le nymphéa, le millepertuis et les purgatifs participaient au traitement moral des psychotiques. Le chant, la musique, la chasse et la danse soignaient les mélancoliques. À l'agitation furieuse, on répondait logiquement par les coups, l'immobilisation, les chaînes et l'enfermement³⁴. Les explications idéologiques de la folie venaient vite en tête des soignants. La génétique des éleveurs et la dégénérescence citée par les médecins et les écrivains ont marqué le xix^e siècle et abouti au nazisme. Pourtant, dès le début du xx^e siècle, on soulignait l'importance des causes éducatives et sociales : l'abandon des enfants ou leur « gâterie », la maltraitance par les « conditions de travail aux champs, à l'usine, et par la préparation aux grandes écoles³⁵ ».

La souffrance mentale parfois médicale, le plus souvent développementale par défaillance du tutorage éducatif ou par troubles psychosociaux, est une réalité qui devrait être indépendante de nos convictions personnelles ou des stéréotypes culturels. Ce qui revient à dire que c'est une démarche à la fois scientifique, clinique et culturelle qui doit affronter le phénomène fou. La maladie de Parkinson n'est plus une névrose hystérique depuis que les neurobiologistes ont dosé la chute en dopamine et que la neuro-imagerie photographie le gris clair des noyaux de la base du

cerveau. L'ulcère n'est plus une conséquence de l'angoisse depuis que les microbiologistes ont découvert le bacille Helicobacter. À l'opposé les errants marginaux, les filles mères et les homosexuels n'ont plus rien à voir avec la psychiatrie. Depuis que notre société se préoccupe de toutes les souffrances psychiques, on médicalise abusivement l'angoisse, les défaillances éducatives, les carences affectives et les syndromes psychotraumatiques.

Le dualisme et la pensée linéaire qui ont caractérisé la préhistoire de la psychiatrie devraient laisser la place à la pensée systémique qui intègre dans un même fonctionnement des données hétérogènes. Dans cette stratégie de la connaissance, il faut s'entraîner à travailler en groupe de chercheurs de disciplines différentes. Le généticien et le neurobiologiste doivent entendre les données du psychologue et de l'artiste qui, lui aussi, a son mot à dire sur la folie. Les grandes instances de la recherche (CNRS, Inserm, ANR) encouragent cette tendance, mais de nombreux chercheurs méprisent encore cette épistémologie intégrative et parlent de « bazar », de « fourre-tout » ou de « valises » où l'on met n'importe quoi.

Malheureusement, ce savoir fragmenté est celui qui donne accès aux diplômes, aux publications de carrière et aux postes de responsabilités. Ce qui ne veut pas dire que ces chercheurs ont tort, mais ce qui prouve qu'un savoir partiellement vrai peut être totalement faux et qu'une théorie qui prétend être totalement explicative se place sur le tapis roulant des idées totalitaires. Le xix^e siècle a connu le triomphe sur les maladies infectieuses. Le xx^e siècle a nettement amélioré les maladies cardio-vasculaires. Le xxi^e siècle saura-t-il prévenir et soigner les souffrances psychiques que notre nouveau monde prépare en abondance ?

De la condition du fol au Moyen Âge... aux possédées de Loudun

PAR DANIELLE JACQUART

Dans la représentation commune, le Moyen Âge constitue le paradigme de l'obscurantisme, des fanatismes de tous ordres, de l'irrationnel dominant¹. Concernant la place accordée aux déviances mentales, il est ainsi le plus souvent admis que folie et possession en cette longue période sont synonymes. Pourtant les travaux des médiévistes ne cessent d'apporter les preuves documentaires que ces *a priori* sont erronés, qu'au contraire aussi bien du côté des médecins que des théologiens et des juristes il y a eu un constant effort pour établir une distinction et rendre au démon ce qui lui revenait, tout en laissant place à une cause naturelle lorsque celle-ci semblait la plus pertinente, la pratique des exorcismes n'étant pas la plus couramment appliquée aux fous.

Cette même représentation commune crédite la Renaissance et les premiers temps modernes d'une avancée scientifique, de la prise en compte de phénomènes naturels que le Moyen Âge n'aurait pas connus. Or là aussi, pour le sujet qui nous occupe, cette vision des choses est à revoir : certes, en matière d'anatomie, de connaissance

du corps les XVI^e et XVII^e siècles apportent des nouveautés, des curiosités et un regard différents, mais les pratiques médicales quotidiennes, l'explication de la folie restent en grande partie les mêmes qu'à la fin du Moyen Âge, durant laquelle se sont développés un enseignement universitaire de plus en plus présent et une réflexion approfondie des médecins sur les rapports entre le corps et l'âme. En outre, le lien entre possession et intervention d'un sorcier ou d'une sorcière ne va pas de soi : faut-il le répéter, la chasse aux sorcières a connu son apogée non pas au Moyen Âge, mais à l'époque moderne². Le drame des possédées de Loudun n'est pas un avatar médiéval, mais le fruit du contexte propre aux années 1630 dans la France de la Contre-Réforme et de Richelieu. C'est aussi le reflet d'un moment d'attente dans l'histoire de la pensée médicale, un moment où les véritables changements ne sont pas encore là et où le nouveau se mêle à l'ancien en un certain désordre. Comme il apparaît difficile d'établir une continuité, nous prendrons le temps à rebours et commencerons par évoquer le célèbre drame de Loudun avant de tenter de donner quelques accents dominants de la polyphonie médiévale et de suivre en celle-ci la voie étroite des médecins.

Les possédées de Loudun : les « faits » et leur contexte vus par une médiéviste

Mis à part les douleurs et les humiliations que durent subir les religieuses ursulines du couvent de Loudun, au cours de spectaculaires séances d'exorcisme, à commencer par la prieure, la

mère Jeanne des Anges, la principale victime fut un curé, Urbain Grandier, mort sur le bûcher en 1634, après avoir enduré de violentes tortures destinées à lui faire avouer sa qualité de sorcier et son emprise sur les supposées possédées³. Ce curé n'avait rien pour plaire aux yeux des autorités catholiques et du pouvoir politique alors que la lutte contre les huguenots, avec lesquels lui étaient prêtées des accointances suspectes, n'avait pas laissé que des souvenirs sanglants mais était toujours d'actualité. Michelet lui-même dans *La Sorcière*, le décrit comme « fat, vaniteux, libertin, qui méritait, non le bûcher, mais la prison perpétuelle ». Beau parleur, volontiers hautain, Urbain Grandier était à n'en pas douter un séducteur, un libertin auquel des dames de Loudun n'avaient pas manqué de céder et dont la « direction spirituelle » avait ébranlé l'esprit de quelques jeunes filles. Une série de procès pour des raisons de cet ordre ou d'autres dérangeantes aux yeux de la bonne société et de la hiérarchie ecclésiastique l'avaient mis en cause entre 1621 et 1631. Pour couronner le tout, une relation qui n'avait rien de platonique avec une certaine Madeleine de Brou lui avait inspiré un traité très argumenté logiquement et documenté historiquement prouvant « qu'un ecclésiastique se peut marier ».

Avant les événements qui le menèrent sur le bûcher, ce curé avait donc un passé, on pourrait dire un passif. Loudun sortait à peine d'une épouvantable épidémie de peste, au cours de laquelle les médecins, comme bien souvent, s'étaient montrés impuissants, la plupart ayant quitté la ville. Sans oublier le climat et la réalité de la chasse aux sorciers et aux sorcières qui s'est intensifiée en Europe depuis les années 1560 et qui, en France dans les années 1630, connaît une sorte de pic. De manière plus précise, un même couvent d'Ursulines avait connu à Aix-en-Provence des événements similaires, des possessions de religieuses sur fond de perversion

sexuelle, qui menèrent là aussi au bûcher en 1611 un moine bénédictin et curé, Louis Gaufridi. Tout cela atteste une culture démonologique, qui se déploie en une longue gamme depuis l'érudition des spécialistes jusqu'aux croyances les plus sommaires des moins lettrés, où chacun se croit en mesure de nommer le démon du plus haut dans la hiérarchie jusqu'au plus minime qui le tourmente. Le contexte était donc propice pour que des « idées folles » perturbent des religieuses dont le confesseur venait de mourir et dont elles crurent rencontrer le fantôme au cours de nuits agitées. L'apparition de ce défunt confesseur fut bientôt remplacée par la croyance en l'action maléfique du curé Urbain Grandier, dont le nom fut prononcé au cours d'une séance d'exorcisme.

Puisque ces événements dramatiques ont pris place dans une certaine histoire de la psychiatrie, avec tout un cortège jusqu'à nos jours d'interprétations, il convient de s'arrêter sur ce que dirent ou firent les médecins du temps, qui ne manquèrent pas d'être invités à émettre leur avis. Les nombreux débats, qui virent s'affronter « possessionnistes » et « antipossessionnistes » de Loudun ou d'ailleurs parmi les hommes de l'art, ne peuvent masquer que les avis médicaux qui l'emportèrent allèrent dans le sens d'une intervention démoniaque, du fait que certaines choses vues ne répondaient à aucun processus naturel. Non seulement les traitements habituellement appliqués en ce type de cas n'avaient aucun effet, mais des comportements restaient inexplicables naturellement, sans compter les marques laissées sur le corps des possédées comme sur celui du curé Urbain Grandier, ou encore les points restant insensibles aux piqûres d'épingles. Pour tenter de faire un tri dans tout ce fatras de descriptions données par des témoins oculaires ou non, retenons ce qui, en effet, pouvait ressortir de désordres dont la médecine rendait compte sans trop de difficultés.

Lisons, par exemple, le récit que fait en une lettre un religieux de Fontevrault de la possession d'une novice le jour même de sa profession, le 11 octobre 1632⁴ :

« Le jour même que la sœur Agnès, novice ursuline, fit profession, elle fut possédée du diable, ainsi que la mère prieure me l'a dit à moi-même. Le charme fut un bouquet de roses muscades qui se trouva sur un degré du dortoir. La mère prieure l'ayant ramassé, le fleura, ce que firent quelques autres après elle, qui furent incontinent toutes possédées. Elles commencèrent à crier et appeler Grandier, dont elles étaient tellement éprises que ni les autres religieuses, ni toutes autres personnes n'étaient capables de les retenir. Elles voulaient l'aller trouver, et pour ce faire, montaient et couraient sur les toits du couvent, sur les arbres, en chemise, et se tenaient tout au bout des branches. Là, après des cris épouvantables, elles enduraient la grêle, la gelée et la pluie, demeurant des quatre et cinq jours sans manger. »

Qu'une odeur ou un parfum ait une action sur le corps et l'esprit par l'intermédiaire du cerveau n'avait rien d'inexplicable naturellement⁵. Même chose pour les désordres induits par le désir amoureux, joint chez des femmes privées d'activité sexuelle aux maux traditionnellement placés sous l'antique hystérie ou la médiévale suffocation de la matrice. Il en va de même des diverses convulsions ou contorsions dont étaient atteintes les religieuses, tant dans leurs crises que dans les séances d'exorcisme. D'autres phénomènes, en revanche, n'étaient sortis d'un contexte diabolique et du champ d'intervention de la sorcellerie qu'au prix de théories donnant aux concepts de mélancolie et d'imagination une extension

non admise par tous et faisant appel à des conceptions philosophiques particulières. Si l'action de la mélancolie sur l'imagination faisait partie sans problème de l'explication de la croyance des patients en l'action sur eux de démons, qui les induisait à des comportements et à des actes rappelant ceux des possédés, que dire de l'aptitude à parler ou à comprendre des langues non apprises, de la possibilité de rester en suspension sans appui au sol ou encore ce qu'enregistrent des théologiens de l'université de Paris en 1633 sur la base des « faits et relations des docteurs en médecine et chirurgie de la maison des Ursulines de Loudun » et qui les font conclure à une réelle possession⁶ ?

« En premier lieu, parce que, d'après les relations des médecins, ces deux religieuses [la supérieure et une autre sœur] ont été vues par eux et par beaucoup d'autres suspendues en l'air pendant un quart d'heure, de sorte qu'il aura fallu que leur corps, malgré son poids inné, fût élevé en l'air et maintenu ainsi suspendu [...]. Deuxièmement, parce que les religieuses susdites, étendues sur leurs lits, se sont dressées sur leurs pieds sans aucune inclination du corps ni aucune flexion des articulations, chose naturellement impossible [...]. Troisièmement, chez les susdites religieuses, pendant le temps des exorcismes, se produisirent des convulsions, agitations et contorsions épouvantables qu'au dire des docteurs médecins, on ne constate jamais dans les nombreux cas de maladie splénétique, utérine, épileptique et semblables, sans horrible mouvement du visage, de la bouche, des yeux et des joues. Bien plus, ces agitations ne modifiaient pas du tout le pouls naturel des artères et ne l'entraînaient pas plus vite que de coutume ; au contraire, il

restait dans l'état propre à un corps tranquille et en parfaite santé, du point de vue du mouvement de systole et de diastole [...]. D'autant que ces violents et étranges symptômes arrivaient par la force des exorcismes et adjurations, qu'ils disparaissaient avec leur interruption et que les religieuses revenaient alors à leur calme antérieur. »

Sauf à mettre en doute non seulement le récit des possédées elles-mêmes, mais la véracité de ce que disent avoir vu les témoins médecins ou chirurgiens, ou à supposer que ces derniers aient été abusés par leurs sens, victimes eux-mêmes d'illusions nées de leur imagination, il fallait adhérer à des théories fort audacieuses pour valider la possibilité de processus naturels dus à une pathologie. Dès la période médiévale, des systèmes philosophiques avaient permis de « naturaliser » des phénomènes plus volontiers inclus dans le champ des pratiques de fascination impliquant des pouvoirs surnaturels : l'action à distance de l'imagination de certains individus, qui pouvaient y compris mouvoir des corps autres que le leur, fut un thème amplement débattu à partir des traductions du XII^e siècle d'Avicenne et d'Algazel⁷. La philosophie d'Avicenne, qui faisait de l'imagination lorsqu'elle se trouvait coupée des sensations effectivement reçues par la perception du monde extérieur le véhicule d'informations venues du monde céleste, pouvait servir à expliquer les rêves prémonitoires du dormeur, comme les capacités prophétiques d'hommes d'exception à l'état de veille⁸. C'est dans le prolongement de ces conceptions que pouvait être rendu compte « naturellement » de la capacité qu'avaient certains mélancoliques illettrés de parler des langues qu'ils n'avaient pas apprises.

Chez le médecin universitaire italien de l'entourage du duc de Savoie dans la première moitié du XV^e siècle, Antonio Guaineri,

particulièrement curieux des phénomènes attribués à des ressorts magiques, ce type d'explication par une science infuse dans la voie ouverte de l'imagination, lorsque l'âme intellective est déliée du corps, fait partie des réponses à la question posée : « Pourquoi certains mélancoliques illettrés deviennent savants ? » La théorie platonicienne de la réminiscence est aussi mobilisée. S'y ajoute un brin d'astrologie : l'astre qui était dominant lors du premier instant de l'infusion de l'âme au corps peut, lorsqu'il n'est pas empêché, exercer une influence et communiquer un savoir⁹. Un peu plus d'un siècle plus tard, Johan Weyer ou Jean Wier, sans nier pour autant l'existence des démons, considère que les sorcières sont des malades et qu'elles ne doivent pas être assimilées à des criminelles ou empoisonneuses¹⁰ :

« ... à cause de leur sexe étant inconstantes, douteuses en la foy, non assez rassises dans leur esprit à raison de leur âge, [elles] sont beaucoup plus sujettes aux tromperies du diable, lequel s'insinuant et mêlant en leur faculté imaginative, soit en veillant, soit en dormant, leur phantastique toutes formes et apparitions, esmouvant les humeurs et les esprits du corps pour accomplir ses finesse d'une telle dextérité et adresse qu'elles ne savent autre chose confesser, sinon qu'elles ont fait les choses exécutées. »

La sorcellerie, la vulnérabilité à l'égard des malices du diable sont donc clairement imputées à la mélancolie et à une « imagination corrompue ». Tout en étant l'aboutissement d'une réflexion philosophico-médicale dont les germes se trouvent déjà dans la période médiévale, un tel point de vue ne pouvait être unanimement accepté, en raison, d'une part, de la faiblesse de la

« preuve » scientifique, d'autre part, du risque d'athéisme qu'il pouvait induire. C'est ce danger que met notamment en avant Jean Bodin dans sa *Démonomanie des sorciers* publiée en 1581, alors que lui-même est attentif à faire une distinction entre possession, folie, épilepsie ou somnambulisme : le danger d'athéisme était sans doute plus réel en ce début des temps modernes qu'au Moyen Âge. L'arrière-plan théorique des événements de Loudun fait donc apparaître des divergences irréconciliables sur tous les plans, philosophique, médical et théologique.

Concernant la théologie et la démonologie, une gradation se fait jour depuis le sorcier lui-même et les possédées jusqu'aux religieuses ou femmes laïques qui ne sont qu'obsédées. La distinction entre possession et obsession ne va pas de soi, l'une faisant référence à une action interne du diable, l'autre à une action externe, et elle se précise justement dans un cadre polémique lié à des affaires de sorcellerie au début du XVII^e siècle, avec pour source première l'ouvrage consacré aux pratiques magiques du jésuite belge Martin Del Rio publié en 1599, dont une traduction française abrégée paraît en 1611¹¹. Dans l'opuscule *La Démonomanie de Loudun* publié au lendemain de l'exécution d'Urbain Grandier, en 1634, une liste des victimes du maléfice est donnée : elle énumère parmi les religieuses huit possédées, six obsédées et trois « maléficiées », et, parmi les jeunes filles dont l'éducation est assurée dans le couvent, quatre possédées, une obsédée et deux « maléficiées¹² ». La distinction entre possession et obsession est clairement exposée lors de l'affaire des possédées de Louviers par le théologien Jean Le Breton en 1643¹³ :

« La principale différence d'entre l'obsession et la possession consiste que, dans l'obsession, le Démon agit seulement sur

les personnes obsédées, quoy que d'une manière extraordinaire, comme seroit en leur apparoissant souvent et visiblement, malgré qu'elles en ayent, en les frappant, en les troublant, et en leur excitant des passions, et des mouvemens estranges, et surpassans notablement la portée de leurs complexion, ou dispositions, ou facultez naturelles, là où dans la possession, le Démon dispose des facultez, et des organes de la personne possédée, pour produire non seulement en elle, mais par elle, des actions que cette personne ne pourroit produire d'elle-mesme, au moins dans les circonstances où elle les produit. »

Autrement dit, là où l'obsédé subit, le possédé agit. Du fait de l'opposition entre extérieur et intérieur, la conséquence en théorie n'est pas sans importance, puisque l'exorcisme destiné à faire sortir le ou les démons ne trouve sa justification que dans les cas de possession. D'où une certaine réticence de la part des théologiens ou acteurs ecclésiastiques à faire grand cas de la distinction. Ainsi, dans le rapport des docteurs parisiens en théologie envoyé en 1633 à l'évêque de Poitiers, que nous avons déjà cité, s'exprime une hésitation à suivre l'avis des médecins faisant de quatre religieuses de Loudun de simples obsédées¹⁴ :

« Quant aux quatre autres religieuses du même couvent que les docteurs médecins jugent obsédées et non possédées, nous ne voulons pas porter une appréciation, puisque les symptômes, en ce qui les concerne, ne sont pas aussi clairs que pour les deux premières. Si l'on désire pourtant de nous quelque appréciation fondée sur l'examen de l'information reçue, nous dirons, avec tout le respect dû aux docteurs

médecins, qu'elles nous paraissent possédées plutôt qu'obsédées. L'obsession provient en effet du démon en tant qu'agent externe. Or ce que les exorcismes ou d'autres actions font apparaître chez ces quatre religieuses semble provenir d'un principe interne. Mais nous tenons en suspens notre jugement, et nous préférons laisser se prononcer les docteurs susdits et les autres témoins oculaires. »

L'extension du concept d'obsession risque de porter atteinte aux prérogatives des exorcistes, même si, comme on le voit, les théologiens parisiens laissent entendre que l'exorcisme permet de trancher entre possession et obsession, et donc qu'il peut être pratiqué sur une simple suspicion. L'expérience vécue par le jésuite Jean-Joseph Surin donne une autre dimension au concept d'obsession. Appelé à la direction spirituelle du couvent de Loudun après l'exécution d'Urbain Grandier, il dit lui-même dans un récit autobiographique, resté à l'état manuscrit jusqu'au XIX^e siècle, avoir été obsédé par le démon, selon ses dires par contagion de la possession de la prieure, ce qui lui fit perdre à la fin de l'automne 1637 « la faculté de tous ses mouvements et la parole même ». Exorcisé, se croyant fou, possédé, il tente de se suicider en 1645 par défenestration. Après vingt ans de souffrance, la parole d'un prêtre le libère et lui fait retrouver ses facultés intellectuelles et physiques, ce qu'il raconte en ces termes :

« Et j'entendis dans mon cœur une parole, qui était comme ces paroles vitales que Notre-Seigneur sait prononcer [...] *Oui, cela se peut.* Ce mot prononcé à mon intérieur donna la vie à mon âme et la ressuscita. »

De l'opposition entre extérieur et intérieur du corps, on est passé à l'intériorité de l'âme où les paroles se traduisent en sentiments, mais le chemin fut encore long pour que ce type de discours mît à distance une lourde tradition démonologique¹⁵.

La polyphonie médiévale

Contrairement à l'image qu'une vision folklorique véhicule, la période médiévale ne peut être considérée comme un bloc monolithique, au sein duquel tous parlent d'une même voix et adhèrent aux mêmes idées. Tout d'abord il convient d'opérer un découpage chronologique au sein de ce long millénaire, et, puisque nous recherchons des traits communs ou divergents avec l'épisode de Loudun, nous ne porterons notre regard qu'à partir du XIII^e siècle, qui voit la diffusion de savoirs et la mise en place de pratiques qui perdurent à l'époque moderne. Comme l'écrit justement Jean-Marie Fritz, « la folie médiévale n'est pas encore confisquée par un discours spécifique, le discours psychiatrique, mais elle est l'objet potentiel de tous les discours¹⁶ ». Se déploient donc en parallèle ou s'entrecroisent les discours des médecins, des théologiens, des romanciers et poètes, des hommes de loi, et, au sein de chacun d'entre eux, se font entendre diverses voix, certaines bien assurées, d'autres hésitantes. Écartant d'emblée de notre paysage ceux que nous appellerons des fous « métaphoriques », tels que les fous de Dieu, les fous du roi, les fous carnavalesques et autres qui nourrissent aux temps « humanistes », dans des jeux opposés, la *Nef des fous* ou l'*Éloge de la folie*, nous retiendrons quelques échos des différents

discours médiévaux qui nous mènent à la frontière de la folie et de la possession, du « naturel » et du « démoniaque ».

L'assimilation de folie et possession ne fut prononcée qu'avec précaution par les auteurs ou acteurs qui n'étaient pas mus par des arrière-pensées étrangères au propos ; de même, l'accusation de sorcellerie, qui visait avant tout hérétiques ou praticiens sollicités pour des interventions qui avaient peu à voir avec le sujet qui nous occupe, répondit à des enjeux propres à des époques et à des milieux spécifiques. Les procès de canonisation constituent une source privilégiée pour mesurer la part respective accordée dans les miracles effectués par le candidat à la sainteté à la nature et au surnaturel, notamment au début du XIV^e siècle, où semblent se faire jour de nouvelles préoccupations démonologiques¹⁷. Sur les cas soumis aux commissaires comme supposés illustrer une intervention diabolique, bien peu au final tombent sous cette qualification, la plupart étant considérés comme relevant de démence naturelle. Par exemple, sur les trois cents miracles enregistrés dans le dossier de canonisation de Thomas de Cantiloupe rassemblé à la Curie pontificale à partir de 1307, on compte vingt-quatre fous, essentiellement des hommes qualifiés de « furieux » (*furiosi*) ou de « déments » (*dementes*), et une seule réputée démoniaque, tourmentée pendant cinq ans par un démon incubus et qui, une fois délivrée grâce à un signe de croix, tomba dans un profond sommeil puis, *quasi in amentiam*, garda une paralysie des doigts¹⁸.

La croyance des témoins en une possession ne suffit pas à emporter l'adhésion des commissaires de la Curie, fort vigilants. C'est le cas d'une femme que son mari fit enchaîner et garder par deux voisines, car elle proférait des paroles folles et délirantes. Bien qu'elle n'ait jamais blasphémé ni Dieu ni les saints, ce marchand la croyait possédée. Retenait davantage l'attention des enquêteurs le

fait qu'elle n'avait pas été transportée de lieu en lieu ni qu'elle ait commis quelque acte sous l'emprise d'esprits malins. Cet exemple parmi d'autres montre, comme le dit Alain Boureau, « qu'aux yeux du simple fidèle la limite entre possession et folie était mince, alors que pour les commissaires, il importait au plus haut point de la marquer¹⁹ ». Les instances ecclésiastiques étaient soucieuses de préserver le domaine de l'intervention démoniaque à son champ d'action précisément codifié, lorsque des circonstances extérieures au dogme n'incitaient pas à la transgression.

Thomas d'Aquin, souvent invoqué dans un tel contexte, fut lui-même soucieux de délimiter les champs respectifs du « naturel » et du « démoniaque », de même que de situer clairement la culpabilité morale. Le principe fondamental tel qu'exprimé dans la *Somme théologique* est la suprématie du libre arbitre humain, qui laisse le choix de laisser les passions dominer la raison ou non²⁰. Il est des maladies corporelles qui empêchent l'exercice du libre arbitre, de la volonté et, de ce fait, laissent les passions l'emporter sur la raison. Il est aussi des maladies, telles que la *frenesis* et la léthargie, qui abolissent les capacités des facultés d'imagination et de mémoire, des facultés indispensables pour que l'intellect puisse exercer son action, lui qui n'a pas d'instrument corporel²¹. À la question de savoir si la passion excuse totalement du péché, Thomas apporte une réponse positive lorsque l'abandon à la passion est involontaire, sous l'effet de la maladie. Ainsi, ceux qui deviennent fous par amour ou colère ne sont exempts du péché que si l'abandon à une telle passion « au début fut involontaire », du fait d'une maladie corporelle. En revanche, la passion sous l'effet de l'ébriété est considérée comme volontaire et non exempte de péché²².

Sans mentionner à cette occasion quelque atteinte physique du cerveau, Thomas d'Aquin cite aussi les cas où douleur et tristesse

excessives induisent les maladies de mélancolie et de manie :

« L'usage de la raison est empêché par une cause plus légère que n'est corrompue la vie, car nous voyons de nombreuses maladies ôter l'usage de la raison, alors qu'elles n'abrégent pas encore la vie. Et pourtant peur et tristesse apportent un très grand dommage au corps par l'immixtion de la tristesse, du fait de l'absence de ce qui est désiré. La tristesse elle-même parfois ôte la raison, comme on le voit chez ceux qui du fait de la douleur tombent en mélancolie ou en manie. Dans ce dernier cas, il semble bien que l'atteinte corporelle fût consécutive à une passion qui submergea la raison²³. »

La question du péché n'est aucunement posée en ce contexte. Quant aux démons, ils ne peuvent emprunter que les voies de la nature et n'ont donc pas d'emprise sur la raison sans l'assentiment humain. Si la raison est troublée, cela ne peut être que la conséquence d'une action sur la sensation et l'imagination du sujet :

« Le diable, s'il n'est retenu par Dieu, peut induire quelqu'un nécessairement à faire un acte qui est de l'ordre du péché, mais il ne peut induire la nécessité de pécher. Cela est évident du fait que l'homme ne résiste à l'impulsion du péché que par la raison, dont l'usage peut être totalement empêché par le mouvement de l'imagination et de l'appétit sensitif, comme cela se voit chez les possédés (*arreptitiis*)²⁴. »

Que la cause soit naturelle ou démoniaque, il n'y a pas à proprement parler de « déraison », mais un empêchement de la raison à exercer son office et, par voie de conséquence, une

aliénation de la volonté. S'interrogeant sur le lien entre influence des corps célestes et action démoniaque, Thomas concède que, sous l'effet de la lune, le cerveau, un corps froid et humide comme la lune, puisse être plus réceptif aux assauts du démon sur l'imagination humaine. Néanmoins,

« ... par expérience, on sait que l'influence des corps célestes ne peut rendre compte de certaines actions des démons, comme lorsque des possédés (*arreptiti*) parlent en une langue inconnue, qu'ils récitent des vers ou des sentences d'autorités qu'ils n'ont jamais appris. »

Il ne faut pas s'y méprendre : il n'est pas sûr que Thomas parle vraiment « d'expérience », cette remarque est une réponse à ceux qui nient l'existence des démons et attribuent leurs actions aux corps célestes²⁵. Comme on l'a vu, le médecin italien Antonio Guaineri, au xv^e siècle, évoque, parmi d'autres explications, l'action d'un astre pour rendre compte du savoir manifesté par des mélancoliques illettrés. Pour un médecin, l'appel à l'astrologie permettait de rester dans le cadre du « naturel ».

L'existence des démons comme la possibilité de leur action ne pouvaient être niées au Moyen Âge sous peine d'être poursuivi pour hérésie. Toutefois, en dehors des écrits destinés à édifier ou inspirés par des fanatiques de la démonologie, une gamme diversifiée d'opinions s'exprime pour limiter la réalité de leur action. Il s'agit d'abord de distinguer une action effective des illusions qui font croire à celles-ci soit de la part des victimes, soit de celle de leur entourage. Le développement de la science de l'optique joue un rôle déterminant en ce domaine, du moins l'optique ou *perspectiva* telle que conçue au Moyen Âge, c'est-à-dire avec l'inclusion d'une

psychologie de la perception et de la sensation²⁶. Auteur, par ailleurs, d'un long ouvrage d'optique, le savant polonais Witelo (le « Vitellion » des *Paralalipomena* de Kepler), qui fut un familier de la cour pontificale, rédige en 1268 une lettre sur la nature des démons adressée à un curé de Silésie²⁷. Une distinction essentielle est établie entre les démons qui apparaissent mais n'agissent pas et ceux qui n'apparaissent pas mais agissent. Seule la seconde catégorie renvoie à la réalité d'une intervention démoniaque, soit sous la forme d'incubes s'introduisant dans le corps des femmes, soit par une action sur l'imagination. Ces phénomènes sont, d'après Witelo, extrêmement rares, et, de manière générale, il tend à réduire le caractère malveillant de ces créatures surnaturelles. Les apparitions sont, quant à elles, expliquées par des processus naturels, soit par de simples illusions optiques ou « défauts de la vision », soit par des fantasmes dus à des maladies du cerveau : sans que ce soit explicité, on voit poindre ici la distinction entre illusion et hallucination.

Dans des maladies telles que la *frenesis*, la mélancolie ou la manie, sous l'effet d'une pathologie de la partie concernée du cerveau, c'est la faculté imaginative qui est atteinte, et sous l'effet de fausses images, les patients profèrent des paroles extraordinaires et se croient possédés. L'épilepsie, en revanche, résulte d'une atteinte dans la partie où siège le sens commun, cette faculté qui centralise les perceptions des cinq sens : la faculté rationnelle ne juge plus alors en fonction de sensibles extérieurs réels, mais en fonction d'images internes ; les patients croient voir des démons dont la forme dépend de leur environnement culturel, des récits et des peintures qu'ils ont pu voir ; privés de sensation et de mouvement, ils tombent. L'épilepsie demeure toutefois une maladie particulière, car ceux qui en sont atteints ont parfois un don de prophétie qui lui aussi

s'explique naturellement : l'âme rationnelle, privée d'informations sur le monde sensible, se retourne vers sa propre essence, se joint aux substances célestes séparées de la matière et entre en conjonction avec le monde de l'éternité, et perçoit l'avenir. Adressée à un curé, cette lettre porte témoignage des interrogations que ce dernier a pu connaître dans l'exercice de son ministère, confronté à des fidèles croyant être eux-mêmes ou quelque membre de leur entourage possédés. L'effort de Witelo fut de limiter le plus possible la réalité des phénomènes démoniaques, en réduisant à des processus naturels y compris des cas de prédictions de l'avenir.

Alors que la démonologie se développe, de même que la chasse aux sorcières qui commence à se répandre de manière notable, dans la première moitié du xv^e siècle, un médecin fait entendre une voix courageuse et exceptionnelle par sa fermeté. Formé à la faculté de médecine de Paris, Jacques Despars est sans aucun doute un homme très pieux, à l'orthodoxie religieuse sans faille. Il fut lui-même chanoine, trésorier du chapitre de Tournai et mourut en 1458 dans le cloître de Notre-Dame de Paris où il habitait alors. La fermeté du long passage qu'il consacre dans son commentaire au *Canon* d'Avicenne aux fausses croyances dans les interventions surnaturelles est peut-être à mettre en rapport avec la présence au sein du chapitre de Cambrai, où il siégea aussi dans les années 1430, du théologien Gilles Carlier, auteur de plusieurs traités relatifs à la lutte contre les revenants, les esprits et les sorciers, et exposant des méthodes d'exorcisme²⁸. La virulence des propos du médecin rend compte aussi d'une inquiétude devant l'effet produit par des prédicateurs annonçant la fin des temps, et par toutes les croyances en des actions surnaturelles, maléfiques comme celles des démons ou bénéfiques comme les cures attribuées aux saints guérisseurs. Sans mettre en doute l'existence des démons et la possibilité de leur

intervention, mais se montrant des plus sceptiques face à l'action des sorciers, auxquels il dénie le pouvoir de lui faire bouger le petit doigt, Despars aborde clairement la question des maladies mentales²⁹ :

« Avicenne dit que certains médecins pensent que la passion mélancolique est envoyée par le démon ; il arrive ainsi qu'un être infernal ou le diable assiège l'esprit du patient et y trouble le jugement de la raison. C'est l'opinion commune de la foule et de certains théologiens habitués à dire des mélancoliques et des maniaques qu'ils ont le diable dans le corps, ce que souvent les malades croient eux-mêmes et affirment. Ceux qui se fient à ces idées vulgaires ne recherchent pas, pour le soin de leur maladie, l'aide des médecins, mais celle des saints réputés avoir le pouvoir, conféré par Dieu, de chasser les Démons, comme saint Hermès, saint Hubert ou saint Acaire. Ils n'espèrent obtenir les suffrages de ces saints qu'en effectuant des neuvaines dans les églises qui leur sont dédiées et en s'entraînant à côté d'autres malades, liés par des chaînes de fer ou d'autre nature. Si, au lieu de faire ces neuvaines, ils recourent aux conseils des médecins, la foule stupide estime que les suffrages des saints en sont niés, empêchés ou retardés ; en effet, la croyance est qu'il faut d'abord éprouver la puissance de Dieu et de ses saints, et que ces derniers seraient jaloux des médecins et de leurs œuvres. »

Il n'est pas question en ce texte de séances d'exorcisme ni d'appel aux sorciers. Jacques Despars établit, en outre, une distinction nette entre un recours aux médecins et d'autres types de

pratiques, jugées par la foule comme incompatibles. Les efforts pour sortir le roi Charles VI de ses accès de démence montrent au contraire l'exemple d'un recours désespéré à toutes sortes d'acteurs, de nombreux médecins parmi les plus titrés de la faculté de médecine de Paris, mais aussi de sorciers, appelés pour désempêcher le roi supposé victime d'un charme ou d'un empoisonnement³⁰. Toutefois, si l'inefficacité des médecins n'a pour conséquence qu'une disgrâce éventuelle, le sort des sorciers est moins enviable. Périra ainsi sur le bûcher un certain Jean de Bar, qui avait fait partie de ceux appelés auprès du roi, comme il est enregistré dans la longue énumération des faits qui lui furent reprochés³¹ :

« Item, j'ay fait plains d'invocations de dyables ou je demandoye avoir puissance moult large a lier et delier paroles ou les ensentemens [pensées] des gens, les mauvaises fortunes du roy [Charles VI] et de Monseigneur le Delphin. Item, j'en ay fait une especiale ymage pour Monseigneur de Bourgongne [Philippe le Hardi], affin qu'il fust telement lié a moy et a faire ma voulenté qu'il n'eust puissance en quelconque de ses vertus riens me refuser, et que sus tous il me crust, ama et obeïst, et a ceste fin ay fait ladicte ymage consacrer par dyables en son nom. »

Le procès de Jean de Bar qui le mena au bûcher est contemporain d'une célèbre détermination de la faculté de théologie en 1398, inspirée par le chancelier Jean Gerson, lui-même soucieux de préserver la foule des croyances erronées, et dirigée contre la magie rituelle des invocateurs de démons³². Cette détermination de la faculté de théologie fut lourde de conséquences dans l'attitude

face aux magiciens ou sorciers de tous ordres à la fin du Moyen Âge, ce dont témoigne la ferme réaction du médecin Jacques Despars que nous avons citée, inquiet des effets induits sur les populations. Le cas de la folie de Charles VI témoigne aussi d'un climat ambigu et complexe où, certes, le pouvoir de la médecine est pris en compte, mais n'élimine pas pour autant le recours à d'autres acteurs.

L'expertise médicale ne semble pas être ordinairement requise à la fin du Moyen Âge dans les procès où sont en cause des fous, c'est-à-dire ceux qui sont dénommés de multiples manières : « furieux », « dément », « forcené », « hors du sens » « insensé », voire « fol », « frénétique » « mélancolique » ou « lunatique ». Le vocabulaire est flottant pour désigner la perte du sens ou de la mémoire, mais dans ces procès du quotidien la part du divin, d'une influence démoniaque est très discrète, l'allusion à la sorcellerie ne se faisant plus présente qu'à partir des années 1450. Ces procès du quotidien vont de la volonté de mettre sous curatelle des « prodiges » au jugement de fous devenus criminels ou suicidaires. Pour ces derniers, comme l'écrit Maud Ternon au terme d'une vaste enquête dans les archives des tribunaux royaux parisiens, « la folie fait plus sortir de prison qu'elle n'y fait entrer³³ ». Les fous sont considérés comme déjà punis suffisamment par leur maladie. Les délibérations font état des pèlerinages auxquels ont été conviés les patients, auprès des sanctuaires spécialisés, mais la plupart du temps il est rapporté qu'il s'ensuivit une aggravation, par exemple en ce cas où « ce non obstant il ne vint oncques guerison ne convalescence mais fist plus de folies qu'il n'avait oncques fait par avant³⁴ ».

La réalité des procès confirme le témoignage du médecin Jacques Despars. Il est probable que dans la majorité des cas le recours à des pèlerinages avait pour but de guérir une maladie

considérée comme « corporelle ». Toutefois une ambiguïté demeure dans ces témoignages judiciaires, du fait de la récurrence dans les formules employées de l'allusion à l'« Ennemy » qui assaille l'esprit du sujet³⁵. Un terme qui renvoie inévitablement à l'ennemi de Dieu évoqué dans les cas de possession, même si dans ces procès laïcs celle-ci n'est pas envisagée. Si la prison est rarement requise pour les déments criminels, suicidaires ou seulement agités, c'est à la famille qu'il revient de les garder, au besoin en les maintenant à l'aide de liens.

Entre le XIII^e et le XV^e siècle, une polyphonie se fait donc entendre, certains témoins exprimant fermement des thèses « naturalistes », d'autres déployant une démonologie débridée, mais dans l'ensemble règne une certaine ambiguïté, une hésitation, un entre-deux, que ce soit de la part des médecins, des théologiens ou des juges, qu'ils soient ecclésiastiques ou laïcs. Cet entre-deux se trouve déjà dans la première moitié du XIII^e siècle chez le théologien Guillaume d'Auvergne qui, notamment, reproche aux médecins de son temps de ne pas recourir suffisamment à la musique pour soigner les fous, se référant à l'épisode biblique du roi Saül guéri par la cithare de David³⁶. Dans le récit biblique, c'est bien un « esprit malin » qui est évoqué pour expliquer l'état de Saül, ce qui n'empêche pas le théologien Guillaume d'Auvergne de se tourner vers les médecins, et non vers les exorcistes pour des cas similaires. Cela rejoue la mention de l'« Ennemy » dans les procès du Parlement de Paris qui n'impliquait pas pour autant le recours à des exorcismes. D'ailleurs, les médecins eux-mêmes à la suite d'Avicenne ne niaient pas la possibilité d'une action surnaturelle au niveau de la cause première, mais défendaient l'idée qu'il leur revenait de tenir compte des causes secondes, toutes naturelles.

La voie étroite de la théorie médicale

Continuant à s'adresser aux médecins dans son ouvrage *De universo* – qui fut imprimé jusqu'à une époque avancée des temps modernes –, Guillaume d'Auvergne note leur défaut dans le cadre des maladies qu'il qualifie de « spirituelles ». Dans son état naturel et noble que lui a donné le Créateur, l'âme humaine a pour horizon deux mondes : l'un est le monde sensible, c'est le monde inférieur, la région des ténèbres en ce qui concerne la faculté intellective, car elle ne voit qu'à travers les sensibles. Or ces derniers ne parviennent pas directement à l'intellect, mais à travers les impressions perçues et retenues dans l'imagination et la mémoire. Elle n'a donc accès qu'aux restes laissés par ces impressions. De ce fait, « imagination et mémoire sont comme des livres dans lesquels elle lit les choses sensibles, ne pénétrant d'elle-même que ce qui sous-tend ces formes sensibles et leurs causes³⁷ ». Exprimé en d'autres termes, on retrouve ce que dira plus tard Thomas d'Aquin : la raison n'est égarée que par ce que l'imagination ou la mémoire lui envoient. De même, dans les procès que nous avons évoqués, les malades sont dits avoir perdu le « sens », mot sous lequel on ne sait s'il faut comprendre l'entendement ou plutôt la perception conforme au réel et la mémoire.

Si Guillaume d'Auvergne insiste sur le défaut des médecins, et « particulièrement de son temps », c'est que, sous l'effet des premières traductions de textes médicaux arabes, s'est développée au cours du XII^e siècle l'idée selon laquelle dans le cerveau siègent trois facultés, à savoir l'imagination, la raison et la mémoire, théorie qui ne manque pas d'ébranler quelques théologiens³⁸. Toutefois, du temps de Guillaume d'Auvergne et particulièrement à partir de la seconde moitié du XIII^e siècle, la théorie médicale développée dans

les universités qui viennent de s'installer est autre. Plus conforme aux impératifs de la théologie chrétienne et suivant ce qu'énonce le médecin et philosophe Avicenne, dont les œuvres ont été traduites dans la seconde moitié du XII^e siècle, la raison, que dans l'Antiquité grecque un Galien plaçait dans le cerveau, n'a plus d'assise corporelle. Les facultés siégeant dans le cerveau sont toutes de l'ordre du sensitif : réception et tri des sensations perçues grâce aux cinq sens, conservation et traitement des images laissées dans l'imagination et la mémoire, et tout au plus un jugement sur ces sensations et sur ces images consistant à évaluer si elles sont à désirer ou à fuir. C'est ce qu'exprime encore Jean Fernel au XVI^e siècle³⁹ :

« La forme du corps vivant, c'est l'ame, qui a la vie pour compagne [...]. L'ame sensitive a deux facultez de cognoistre, l'une externe qui est divisée dans les cinq sens comme dedans ses especes, et l'autre interne, l'interne comprend la faculté commune de cognoistre ou le sens commun, la faculté imaginative et la faculté de la mémoire ou de la reminiscence [...]. Elle est posée dedans le corps du cerveau, comme dedans son chasteau et sa forteresse. »

Les facultés de l'intelligence dont il est traité ensuite ne sont pas placées dans le cerveau, et l'appétit dit « raisonnable » est celui de la « volonté libre », autrement dit du libre arbitre. Si Galien distinguait, dans son traité *Des facultés naturelles*, des facultés dites « naturelles », auxquelles étaient dévolus les processus de nutrition, de croissance et de génération, et des facultés issues de l'âme gouvernant le sensitif et le rationnel, dans le modèle qui s'impose à partir du XIII^e siècle, l'âme est tout entière dans le corps et en

chacune de ses parties, usant d'instruments corporels pour les fonctions de nutrition, de croissance, de génération ainsi que pour les fonctions sensitives, lesquelles comprennent imagination et mémoire, mais le niveau le plus élevé de l'âme, le niveau rationnel, n'a pas d'instruments corporels⁴⁰. Il n'y a donc pas de maladie de la raison, l'égarement de celle-ci ne venant que des informations erronées que lui envoient imagination et mémoire, lesquelles ont leur assise dans le cerveau.

Dans la représentation la plus commune au Moyen Âge, les facultés sensitives dites « internes » ont leur siège dans des cavités, les « ventricules » cérébraux, où circule une substance des plus subtiles et aériennes, un esprit ou *pneuma*. De même qu'il y a trois facultés, des forces immatérielles issues de l'âme, pour assurer les fonctions du corps, il y a trois esprits (ou deux selon Averroès et ceux qui le suivent). Liée au débat sur l'organe dominant dans le corps (cœur ou cerveau ?), la question de savoir si c'est l'esprit naturel qui est formé en premier dans le foie à partir d'une vapeur du sang ou l'esprit vital formé dans le cœur n'est pas sans conséquence. Dans le premier cas, l'origine matérielle de cette substance est accentuée, même si elle subit un raffinement progressif, d'abord dans le cœur, puis à la base du cerveau où elle se transforme en « esprit animal », c'est-à-dire « psychique ». Dans le second cas, la valorisation du cœur donne à l'esprit qui y naît une substance particulière que d'aucuns n'hésitent pas à qualifier de « céleste ». Quelle que soit la théorie retenue, c'est au cœur et à l'esprit vital qu'est attribué le gouvernement des passions ou « émotions », la peur, la colère, la joie, la tristesse, etc.

Ce qui se passe dans le cerveau n'est pas qu'un jeu d'humeurs, même si, au final, les désordres qui affectent les facultés qui y siègent sont dus à leur excès ou à leur défaut. Les effets des

passions, échauffant, desséchant, humidifiant ou refroidissant, véhiculés par l'esprit vital, transformé en esprit animal, ont le pouvoir de provoquer aussi des désordres dans les facultés cérébrales. Les passions peuvent donc être à la fois causes et conséquences de l'altération physique du cerveau et, de ce fait, des déviances des facultés qui l'occupent. Pour employer une formule anachronique, physiologie et psychologie sont intimement liées, ce qui permet aux médecins de faire entendre leur voix, en s'efforçant de contourner l'obstacle que constitue pour eux l'empêchement de prendre en compte directement les facultés les plus élevées de raisonnement et la difficulté de situer ce qui relève de la volonté du sujet.

Comme il est bien connu, il n'y a pas au Moyen Âge et encore longtemps après une partie de la médecine dévolue spécifiquement à ce que l'on pourrait appeler des maladies mentales. Ces dernières figurent la plupart du temps parmi les maladies de la tête, où sont inclus aussi bien les différents types de céphalées que les affections du cuir chevelu. Toutefois, elles ont longuement retenu l'attention des médecins, d'autant plus qu'elles leur permettaient d'étendre leur compétence à tous les aspects de la vie humaine. La nosologie médiévale hérite des concepts forgés dans l'Antiquité : la *frenesis*, caractérisée par des délires accompagnés de fièvre et imputable à une inflammation des méninges, la léthargie, mais surtout la manie et la mélancolie, cette dernière tendant à recouvrir la plupart des désordres mentaux, du plus infime au plus sévère. Si le concept de mélancolie a son origine dans l'Antiquité grecque et s'il a connu un grand succès à la Renaissance, tant auprès des artistes, des poètes que des médecins⁴¹, le Moyen Âge a grandement œuvré pour l'installer dans les esprits, tant chez les lettrés que dans l'imaginaire commun. La mélancolie, qui peut se transformer en manie, a bien à voir avec l'humeur noire du même nom, mais elle est surtout la

manifestation de passions non assouvies, de désirs inaccessibles qui finissent par perturber l'esprit. C'est dans ce contexte que toute une littérature médicale s'est déployée autour de la passion amoureuse se transformant en maladie.

Qualifiée parfois d'amour héroïque du fait du passage de l'éros au héros, compris en un premier temps comme le chevalier des romans courtois, cette maladie qui peut mener à la mélancolie avait l'avantage de pouvoir expliquer le jeu complexe et réciproque des passions et des composants physiques du corps⁴². Si cet amour était le plus souvent éprouvé à l'égard d'une personne, il pouvait aussi avoir d'autres objets, plus matériels. Dans l'ensemble, les victimes en étaient le plus souvent des hommes. Il en était de même pour la mélancolie, notamment lorsqu'elle atteignait des religieux soumis à une ascèse excessive, à des frustrations sexuelles, comme l'énonçait déjà un traité sur la mélancolie d'origine arabe traduit à la fin du xi^e siècle⁴³. Le mal des femmes privées d'activité sexuelle était davantage la suffocation de la matrice, héritière du mal hystérique antique : le vagabondage de l'utérus n'était néanmoins plus retenu, au profit de l'action provoquée par la rétention du « sperme féminin », dont la fonction dans la reproduction était âprement discutée, mais qui restait un élément essentiel dans le plaisir féminin. Si les fumigations de toutes sortes ne suffisaient pas, des frictions par des mains de matrone étaient préconisées. Au début du xiv^e siècle, le médecin de l'université de Bologne, Mondino de' Liuzzi, célèbre pour son traité d'*Anatomie* fort prisé à la Renaissance, manifeste quelque embarras dans un des conseils rédigés dont nous gardons la trace : une *reveranda domina*, veuve, souffrait d'un flux mélancolique qui, venant de tout le corps, s'écoulait du cerveau vers les yeux, dû à la rétention de superfluités au sein desquelles, sans que cela soit dit, on peut imaginer la présence de l'humidité liée au

plaisir féminin. Il est donc préconisé que cette dame respectable évite la tristesse, se divertisse, mais, arrivant à la rubrique *coitus* qu'il ouvre habituellement dans ses régimes, Mondino ne peut que dire : « Je ne répondrai rien, car aucun usage ne lui en est possible ni convenable, même si cela serait profitable, puisque l'arrêt de cet usage fut la cause de la maladie⁴⁴. »

Disposant d'une nosologie de plus en plus complexe, héritière de concepts forgés dans l'Antiquité et enrichie de nombreux ajouts mettant en avant soit la cause humorale spécifique, soit la passion dominante dans l'aliénation de l'esprit, tentant de naturaliser des affections volontiers attribuées à l'action des démons, tels que la lycanthropie ou l'*incubus*⁴⁵ (sensation d'oppression qu'a le dormeur), le discours médical entre le XIII^e et le XV^e siècle est particulièrement riche sur le sujet des maladies du cerveau et, plus généralement, sur le lien entre l'âme et le corps, malgré les restrictions que lui impose l'orthodoxie religieuse. Les traitements préconisés font intervenir, certes, des médicaments, des aliments, mais aussi l'appel aux émotions, parfois à quelque violence physique. De manière moins avouée dans les traités, il est possible que des narcotiques puissants aient été préconisés, comme semble le suggérer une allusion du médecin Michel Savonarole au XV^e siècle :

« Les symptômes habituels sont la veille, et la fureur par laquelle [les maniaques] se blessent eux-mêmes et les autres. Traite d'abord avec ce qui est dit au chapitre de la veille superflue [...]. Beaucoup se plaisent à frapper les malades et les frappent violemment, croyant par les verges faire dévier la matière⁴⁶. »

Comme l'attestent les témoignages judiciaires réunis par Maud Ternon, il était parfois recommandé de lier les plus agités, de les surveiller. Les conseils se font multiples et de tous ordres, attestant aussi une impuissance. Quant au recours à la chirurgie parfois préconisé, il faut renoncer à l'extraction de la pierre de folie, si magnifiquement représentée par Jérôme Bosch, qui ne reflète en rien une pratique médiévale. Il ne convient pas plus de supposer d'audacieuses trépanations, lesquelles étaient réservées aux blessures du crâne d'ordre traumatologique, mais plutôt supposer, outre la pratique de la saignée, la cautérisation, d'ailleurs appliquée par les chirurgiens responsables avec précaution. Lisons donc, pour terminer, ce qu'écrivait en 1363, à Avignon, siège alors de la cour pontificale, le chirurgien Guy de Chauliac, en rapportant ce que d'autres ont écrit mais sans y adhérer lui-même, et notant de manière générale que les cautères sont moins pratiqués par les « modernes » que dans les temps anciens, car ils sont souvent le fait d'« idiots et d'opérateurs incompétents ⁴⁷ » :

« Au sommet de la tête, au lieu où parvient le majeur lorsque la main est étendue la paume vers le haut depuis le nez, conseillent Albucasis, Haly Abbas, Bruno, Guillaume, Lanfranc et Roger et leurs glossateurs d'appliquer des cautères ronds olivaires pour ôter les vapeurs du cerveau et chasser les matières qui sont collectées dans les parties atteintes. Certains vont en profondeur jusqu'à l'os. D'autres rasent ou raclent la première table du crâne, ce que n'approuve pas beaucoup Albucasis. De tels cautères valent dans la manie, l'épilepsie, le mal de tête, l'écoulement oculaire, la phtisie et autres catarrhes. On fait aussi des cautères avec le même instrument sur les cornes de la tête et

sur l'occiput pour échauffer et réconforter la tête en cas de paralysie, de tremblement, de spasme et en soin palliatif de la lèpre. »

Quel regard porter sur la contribution médiévale à la préhistoire de la psychiatrie ?

Nourrie autant d'exemples bibliques diversement interprétés, suivant le point de vue du locuteur, que de concepts forgés dans l'Antiquité grecque depuis les temps hippocratiques, infléchis et enrichis au fil des siècles, notamment par les auteurs de langue arabe, la période médiévale a inventé le médecin universitaire qui, fort d'un savoir légitimé par de longues études et un diplôme, prend place dans la cité. Si les médecins furent tellement critiqués par leurs contemporains lors des épidémies de peste qui ont sévi depuis le milieu du XIV^e siècle, c'est qu'ils existaient et étaient visibles, ce qui n'était pas le cas dans les siècles précédents. Le développement d'une médecine savante fut encouragé par les autorités politiques et, contrairement à des idées reçues, également par les autorités ecclésiastiques, à commencer par les papes, car il constituait un rempart contre des pratiques au relent de paganisme.

Depuis les délires causés par de fortes fièvres imputables à des maladies que nous qualifions aujourd'hui d'infectieuses jusqu'aux manifestations spectaculaires de l'épilepsie, sortie du sacré depuis Hippocrate, et aux égarements mélancoliques et maniaques, il y eut des explications diversifiées, fondées à la fois sur des concepts philosophiques rendant compte du fonctionnement de la pensée et

de la sensation, et des modèles physiologiques. Les médecins de la fin du Moyen Âge se montrèrent assez à l'aise avec la mélancolie « ordinaire », avec les états dépressifs que les malheurs du temps, les guerres et les épidémies faisaient naître et que des prêcheurs apocalyptiques entretenaient volontiers : ils disposaient pour apporter quelque soulagement aux mélancoliques momentanés d'une gamme de « régimes » incluant l'appel aux émotions ou « accidents de l'âme », pour reprendre le vocabulaire médiéval. Les démences chroniques et violentes les laissèrent plus démunis, comme l'exprime clairement le grand-père du funeste Jérôme, Michel Savonarole, que j'ai déjà cité en le soupçonnant d'avoir eu un recours parfois audacieux à des narcotiques puissants. Pour inciter à ne pas battre les malades violents, Savonarole évoque le cas d'un étudiant qualifié de « maniaque » qu'avait frappé l'assistant d'un médecin et qui, se souvenant de cet épisode à un moment où il paraissait avoir recouvré la santé, frappa cet assistant au visage « de son glaive dégainé ». Il en tire une leçon : « Il faut se garder des insensés et des maniaques. » Une réflexion lucide qui est aussi un aveu d'impuissance et laisse la voie libre à des acteurs moins soucieux de comprendre et de soigner que de punir.

PhrénoLOGIE : l'histoire étonnante d'une pseudoscience

PAR JACQUES HOCHMANN

À la mémoire de Georges Lantéri-Laura, historien inégalable de la phrénoLOGIE.

Palper les crânes : d'où est venue l'idée ?

Que l'enveloppe puisse renseigner sur le contenu, que l'extérieur renvoie à l'intérieur comme un miroir à la chose reflétée, on l'a prétendu longtemps. L'idée n'a rien d'original. Les Anciens avaient déjà produit, bien avant Lavater (1741-1801), des physiognomonies où le visage, dans ses rapports avec un bestiaire, dénotait le tempérament. Un certain Zopyre se faisait fort de révéler les vices de Socrate à l'examen de sa figure. La théorie a été reprise par Cicéron. En 1596, le Napolitain Jean-Baptiste Porta, dans sa *De humana physiognomonia*, décelait des indices de force du caractère dans un aspect « léonin¹ ». Un peu plus tard, Mme d'Aulnoy, avec ses *Contes de fées*, usait et abusait de la correspondance entre l'apparence et

la nature intime. Ainsi, Gracieuse, toute beauté comme son nom l'indique, était aussi toute douceur, tandis que la duchesse Grognon, « affreuse de tout point », était un monstre de méchanceté². D'apparence plus scientifique, le calcul de l'angle facial autorisait le Hollandais Petrus Camper (1722-1789) à distinguer l'éphèbe grec, porteur de toutes les perfections physiques et morales, du Nègre proche de la bestialité brutale de l'orang-outang. Toujours à Naples, au xix^e siècle, la forme du crâne d'un accusé permettait, en l'absence d'aveu, de maintenir ou non sa condamnation à une peine capitale³. On sait combien l'anthropométrie sera mise à la mode par Cesare Lombroso (1835-1909) pour déterminer l'innéité chez les criminels⁴.

S'il convient de s'arrêter sur Franz Josef Gall (1758-1828), médecin allemand formé à Strasbourg puis à Vienne, avant de venir résider et finir ses jours à Paris, c'est d'abord parce que ce fut un brillant anatomiste du cerveau. À une époque où, pour l'étudier, on coupait le cerveau en tranches transversales, Gall remet à l'honneur la dissection de bas en haut inaugurée, un siècle plus tôt, par Vieussens et Pourfour du Petit, qu'il poursuit, en comparatiste, chez l'homme et l'animal. Il apparaît ainsi comme un des précurseurs de la théorie de l'évolution. On lui doit la mise en évidence de la continuité de la moelle et du tronc cérébral avec le cervelet et les hémisphères, une description fine des circonvolutions du cortex, qu'il apprend à déplier, et l'individualisation des faisceaux fibrillaires de la substance blanche, montrant que certains sont à l'origine des nerfs tandis que d'autres relient entre eux des amas de substance grise, à travers les commissures. Ce n'est pourtant pas ce caractère de pionnier de la neuro-anatomie qui l'a rendu célèbre. Convaincu de l'homologie de l'extérieur et de l'intérieur, Gall stipulait que le cerveau était, chez l'homme comme chez l'animal, constitué

d'organes autonomes, sièges de facultés particulières, aussi différentes les unes des autres que les cinq sens. Persuadé que le développement inégal de ces divers organes, situés à la surface de l'encéphale, s'imprimait sur les os du crâne, il prétendait, par la simple palpation de la voûte crânienne, pouvoir déduire une psychologie différentielle. Il s'est cru ainsi le fondateur d'une nouvelle physiologie de l'esprit qui deviendra la « phréno-logie » (du grec *phrèn*, qui désigne d'abord le diaphragme puis ce que le diaphragme est censé contenir : le cœur, enfin ce que le cœur est réputé abriter, l'âme). « Mon but véritable, écrivait-il, en 1798, est de déterminer les fonctions du cerveau en général et celles de ses parties diverses, en particulier ; de prouver que l'on peut reconnaître différentes dispositions et inclinations par les protubérances ou les dépressions qui se trouvent sur la tête ou le crâne et de présenter d'une manière claire les plus importantes vérités qui en découlent pour l'art médical, pour la morale, pour l'éducation, pour la législation et généralement pour la connaissance plus approfondie de l'homme⁵ ». » Gall s'inscrivait ainsi à la fois dans la suite de la psychologie écossaise dite du « sens commun » qui cherchait à décomposer l'esprit en facultés, et des matérialistes français, comme La Mettrie, qui ambitionnaient de ramener l'âme à ses seuls déterminants organiques ou qui, comme Cabanis, voyaient dans la pensée une « production » du cerveau analogue à la production de la bile par le foie. La phréno-logie, affirme Broussais, un de ses plus fermes défenseurs, « rectifie les découvertes qui avaient été faites sans base organique, en les rattachant à des organes⁶ ». »

Diffusion de la méthode

Estimant impossible d'obtenir par les seules autopsies un échantillonnage suffisant pour établir sa nouvelle science, Gall ne se fonde pas que sur l'anatomie. Entre ses découvertes initiales et la phrénologie, il y a une rupture. Son premier disciple et collaborateur, l'Allemand Johann Gaspar Spurzheim (1766-1832), raconte qu'ayant remarqué que les étudiants doués d'une grande mémoire verbale avaient tous les yeux saillants Gall, certain par ailleurs, que la surface du cerveau (où s'accumule la substance grise) et non sa profondeur était l'organe des phénomènes affectifs et intellectuels, en avait conclu que cette aptitude particulière devait correspondre au développement d'une zone cérébrale située derrière le front⁷. C'est l'observation des animaux et celle aussi bien des hommes éminents que des prisonniers ou des aliénés, marqués par la dominance ou l'absence d'une faculté, qui va guider son raisonnement. Pour déterminer ces facultés, qu'il suppose innées, il fait parler les gens sur leur histoire afin de repérer, dès l'enfance, leurs talents ou leurs défauts. Il s'intéresse particulièrement, dans les asiles, à ces malades qu'Esquirol a désignés sous le nom de « monomaniaques », affligés d'une folie localisée, dont le peintre Géricault a laissé de célèbres portraits : les monomanes de l'envie, du jeu, du vol, du commandement militaire, du vol d'enfants. Il étudie aussi les différences de conformation du crâne chez les mâles et les femelles, et accumule une collection de crânes, de moulages et de bustes aujourd'hui au musée de l'Homme.

De toutes ces observations, Gall déduit vingt-sept facultés⁸. Chacune d'elles correspond à un organe doué, au moins chez l'homme, de mémoire, de jugement, de volonté et fonctionnant de manière indépendante. Certaines de ces facultés sont communes à

tous les vertébrés, ce sont les fonctions élémentaires correspondant aux instincts, comme « l'instinct de propagation » que Gall localise dans le cervelet et palpe au-dessus de la nuque. Il serait plus développé chez le mâle que chez la femelle, selon une théorie en vogue au xix^e siècle qui attribue à la femme un moindre appétit et une position passive dans la sexualité. « L'amour de la progéniture » est au contraire plus développé chez la femelle. Parmi les instincts, Gall repère aussi un « instinct carnassier » dont Lombroso se souviendra et qui est à l'origine de la « tendance au meurtre » ainsi qu'« une tendance à la ruse » nette chez certains animaux et chez les filous. Sous l'arcade sourcilière, on peut diagnostiquer l'importance du « sentiment de propriété » et de la tendance au vol qui lui est liée. Les animaux vivant en hauteur ont une bosse de l'orgueil plus développée. D'autres facultés sont communes aux hommes et aux vertébrés supérieurs, l'éducabilité, le sens de l'espace, le sens des mots et des noms (dont témoigne la fameuse exorbitation, point de départ de la phrénologie), les sens des rapports de couleur, de nombre. Seul l'homme enfin possède la sagesse comparative, particulièrement développée chez Goethe et placée à la partie moyenne du front où elle forme une protubérance allongée, l'esprit métaphysique (dont le crâne de Kant donne un exemple), l'esprit caustique (visible sur la tête de Voltaire), la faculté d'imiter (marquée chez les comédiens), la fermeté (dans laquelle on ne manquera pas de trouver une réminiscence d'une vertu cardinale) ou le courage. L'organe du sens de Dieu et de la religion est, comme il se doit, au sommet de la voûte, près de la ligne médiane.

Pour Gall, il n'y a pas d'organe central, et le sentiment d'unité du moi naît de la conjonction active de tous les organes constituant le cerveau. L'âme est un concept métaphysique sur lequel il ne se

prononce pas. Il laisse une place au libre arbitre conçu comme un choix entre des prédispositions contradictoires. Il n'est, en effet, pas partisan d'un déterminisme absolu et écrit : « L'homme concret ne se caractérise pas d'une manière véritable par ce qu'il accomplit mais par les penchants qui l'habitent et que la cranioscopie permet de reconnaître en dehors de toute actualisation⁹. »

Le succès est considérable. Après avoir ouvert un premier cours privé à Vienne et inquiété un certain nombre de sommités qui craignaient que leur crâne ne fasse l'objet de son diagnostic de personnalité, *ante ou post mortem*¹⁰, Gall, en 1802, voit son enseignement suspendu, au prétexte qu'il « sape les fondements de la religion ». Après un tour des principales universités allemandes, il doit, en 1807, s'exiler en France, où il devient un médecin à la mode et ouvre un nouveau cours privé qui attire les foules, malgré l'hostilité de Napoléon et de Cuvier.

Spurzheim, qui l'a accompagné, continuera à travailler avec lui jusqu'à une brouille intervenue en 1812. Il est l'auteur du vocable « phrénologie », pour désigner ce que Gall nommait simplement « physiologie du cerveau ». Il a ensuite répandu la doctrine et la pratique phrénologiques en Angleterre (où il a occupé temporairement une prestigieuse chaire à Cambridge) puis aux États-Unis, où il est mort. Sa contribution principale est surtout sémantique. Ajoutant sept items supplémentaires aux facultés identifiées par Gall, il établit une classification qu'il veut plus raisonnée, distinguant les facultés affectives (penchants et sentiments) des facultés intellectuelles (perception et réflexion). Il propose surtout une série de néologismes pour donner à sa discipline une apparence plus scientifique que celle suggérée par des mots comme « organe de la bonté » employés par Gall. L'amour de la progéniture devient ainsi la « philogéniture », la ruse fait place

à la « secrétivité », la « combativité » et la « destructivité » cohabitent avec l'« amativité », l'« affectionnivité » et l'« alimentivité ». Au sommet siègent les organes de la « comparaison » et de la « causalité ».

Ce sont eux qui, pour Broussais, le grand propagateur de la doctrine en France, fondent le « sentiment personnel », source de la volonté et de la liberté¹¹.

Ancien médecin des armées de Napoléon, professeur au Val-de-Grâce puis à la faculté de médecine de Paris, Broussais (1772-1838), est alors le maître incontesté de la médecine française. Sa conversion à la phrénologie entraîne une grande partie de ses confrères à Paris et en province, au point que, pendant la monarchie de Juillet, elle devient une doctrine officielle. Fils de révolutionnaire breton, massacré par les chouans, esprit de système, profondément matérialiste, Broussais utilise la phrénologie pour combattre la religion. « La pensée, affirme-t-il, est un phénomène de la substance nerveuse. » Le cerveau n'agit que quand il est excité. En ce sens, Broussais, théoricien de l'irritation, est, dans l'héritage des sensualistes, un ennemi des « idées innées » cartésiennes. Il préfigure le behaviorisme. Mais la réponse à l'excitation externe dépend des facultés et donc de la mise en jeu des organes cérébraux individualisés comme natifs par Gall et Spurzheim. Pour Broussais, le spirituel est, pourrait-on dire de manière anachronique, un excès du signifié sur le signifiant. Quand on n'a plus de mots à sa disposition pour exprimer un sentiment ou une notion, on invoque l'âme qui n'est, selon Broussais, qu'une illusion. Il admet toutefois l'existence d'« impondérables » et, restant vaguement déiste, conclut curieusement que « l'athéisme ne saurait pénétrer dans la tête d'un homme qui a réfléchi profondément à la nature¹² ».

La phréno-logie se répand alors partout : dans les asiles, à l'école, dans les tribunaux et les prisons. La littérature lui fait écho¹³. Gall, à ses débuts à Paris, n'a pas hésité à montrer ses capacités, dans des salons mondains, en palpant à l'aveugle les crânes et en décrivant la personnalité de leurs possesseurs. « Des musées phréno-logiques, des journaux, des instituts, des écoles, des consultations phréno-logiques témoignèrent de la vérité, de la moralité et de l'utilité de la nouvelle doctrine. Elle compta dans la science, dans l'administration, dans toutes les carrières d'ardents protecteurs¹⁴. » Même s'il émettait des réserves sur le trop grand nombre de fonctions et souhaitait remettre à l'honneur une « synthèse subjective », Auguste Comte se réjouissait de voir enfin la psychologie se fonder sur une physiologie du cerveau. Il n'y a guère de nos jours que la psychanalyse pour avoir connu une telle renommée (et suscité autant de discussions).

Parmi les thuriféraires d'une phréno-logie pratique, il faut mentionner le docteur Félix Voisin. Psychiatre, s'intéressant particulièrement aux enfants en difficulté qu'on qualifie alors (sans connotation péjorative) d'« imbéciles » et d'« idiots », il est à l'origine d'une première méthode médico-pédagogique qu'il appelle « orthophrénie ». La phréno-logie lui sert de base diagnostique et il l'utilise pour orienter les enfants qu'il traite vers la classe la plus adaptée à leur niveau et à leur comportement. Lui aussi fait des démonstrations publiques à visée publicitaire. Il invite, dans un établissement de jeunes détenus, une commission de l'Académie de médecine présidée par un élève de Broussais, Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881), à assister au défilé de trois cents pensionnaires qu'il classe après une inspection « du bout des doigts », à droite les mieux doués, à gauche les moins doués. Une seconde inspection permet de subdiviser encore deux catégories :

les moyennement bons et les moyennement mauvais. Le directeur, qui connaît bien ces jeunes, donne raison à Voisin et reconnaît la justesse de ses classifications. « Ou je suis devin, ou j'ai une science », s'écrie alors celui que Bouillaud, pourtant partisan de la méthode de Gall, qualifie ironiquement de « Minos phrénologique¹⁵ ».

Des critiques annonçant le repli

Malgré tous ces efforts, la phrénologie est, d'emblée, âprement discutée. Les principales oppositions viennent des philosophes. Hegel s'étonne de la réduction de l'esprit à un os et Maine de Biran insiste sur l'hétérogénéité des fonctions physiologiques d'un organe cérébral et de la nature spirituelle d'un acte intellectuel ou moral, indépendante de la physiologie. Il considère que Gall, après avoir décomposé l'unité de la pensée de manière artificielle, cherche secondairement à localiser tout aussi artificiellement ces distinctions dans le cerveau. Schopenhauer ajoute que la volonté ne dépend d'aucun organe¹⁶.

Devant l'Académie des sciences, un poète et dramaturge alors réputé, Népomucène Lemercier (1771-1840), trouve risible la multiplication des organes cérébraux et dénonce les prétentions à apprécier leur taille par la simple palpation de la voûte crânienne. Il redoute surtout les dangers de la méthode et accuse ainsi Voisin de vouloir réprimer « les exubérances de la pensée » et « modeler les têtes en des moules conventionnellement semblables ». Il voit dans la phrénologie une tentative de revenir sur les conquêtes de la Révolution en rétablissant « l'esprit des castes tranchées, subdivisées, comme au règne de la féodalité réprouvée ». À l'inverse

de l'inspiration des Lumières, les phréno-logues et autres orthophrénistes visent, selon lui, à « mutiler les facultés pensantes » et à discipliner les hommes sous la férule du Pouvoir, au nom d'une fausse science qu'il compare à l'utilisation de l'étude de l'angle facial par les anthropologues pour justifier l'esclavage par une prétendue infériorité de la race noire¹⁷. De nos jours, Michel Foucault reprendra cette critique politique, l'appliquant à la psychiatrie tout entière puis aux différents systèmes de rééducation des anormaux et des criminels¹⁸.

On pourrait objecter à Lemercier (comme aujourd'hui à nombre de critiques de l'utilisation idéologique des neurosciences) son incompétence. Des spécialistes toutefois viennent lui apporter leur renfort. Après Cuvier, un grand physiologiste, professeur au Collège de France, François Magendie (1783-1855), qualifie, lui aussi, sans ambages, la phréno-logie de « fausse science ». Le naturaliste Pierre Flourens (1794-1867), un des fondateurs d'une vraie physiologie du système nerveux fondée non sur des spéculations mais sur l'expérimentation, tout en reconnaissant la valeur des travaux anatomiques de Gall, démontre que le cervelet, qui agit sur la locomotion, ne peut être tenu pour l'organe d'un « instinct de propagation ». À Broussais, il reproche son esprit de système et la généralisation « outre mesure » de quelques constatations cliniques. Il soutient que, si l'intelligence a bien son siège dans une portion des hémisphères cérébraux, comme le prouve sa méthode des sections étagées, cette intelligence est une et ne peut être divisée en facultés indépendantes les unes des autres. Chez l'animal, elle décroît progressivement au fur et à mesure de l'abaissement des sections sur les hémisphères : une section haute l'affaiblit légèrement, une section basse l'anéantit. En ce qui concerne l'homme, sa critique toutefois ici se teinte de philosophie, sinon d'idéologie. L'argument de

fond que Flourens oppose à Gall est similaire à celui de Maine de Biran : le « sens intime », dérivé du *Cogito* cartésien, nous impose la connaissance immédiate de notre unité et de notre libre arbitre. Flourens invoque la Providence et s'inquiète devant les conséquences morales d'une justification biologique du meurtre ou de l'infanticide¹⁹.

Un aliéniste, Louis Francisque Lélut (1804-1877), s'engage à son tour dans le débat. Souvent très en verve, il rapporte un certain nombre d'anecdotes. Elles parsèment, comme des « contes », les œuvres de Gall et de Spurzheim, tel celui de ce chaste abbé dont le crâne montrait à l'endroit supposé de l'empreinte cérébelleuse une platitude exemplaire à l'inverse de la profonde fossette qui agrémentait celui d'un veuf vivant « à la turque » et entretenant un harem. Lélut multiplie les exemples de contre-épreuves et moque la façon qu'ont les phrénologues d'en faire fi. Nous possédons ainsi un masque mortuaire de Champollion. Si la phrénologie avait raison, objecte Lélut, ce génie de la philologie devrait nous avoir laissé l'empreinte des yeux poussés hors de leur orbite par le développement de l'organe des mots. Or, sur son masque, Champollion a les yeux enfoncés. Les phrénologues, pour se défendre, attribuent « cette contrariante disposition » à la maladie qui aurait amaigri le visage de Champollion ou à une maladresse du mouleur. Le masque de Champollion révèle de plus une hypertrophie de l'organe de l'« habitativité ». Il devrait donc avoir mené une existence sédentaire. C'est, répondent les adeptes de Gall, que ce grand voyageur se sentait partout chez lui ! Plus sérieusement, Lélut estime surtout l'organologie fantaisiste, ainsi que vaine la tentative de relier le cerveau de l'homme et celui des animaux. Le cerveau d'un serpent est trop petit pour recevoir tous les organes que Gall et ses successeurs prétendent y situer, et les différentes cartes tracées

sur la surface cérébrale par Gall, Spurzheim ou un autre disciple, Vimont (qui allait jusqu'à aligner quarante-deux organes), sont sans frontières naturelles. Cependant, là encore, derrière une critique méthodologique, on voit poindre des préoccupations « philosophiques ». Ce que Lélut reproche à Gall et à ses disciples, au-delà de leurs constructions imaginaires, c'est d'effacer la coupure entre l'homme et l'animal, et de céder à un matérialisme qu'il réprouve. Si, contrairement à Flourens, Lélut admet la division de l'esprit en facultés, s'il reconnaît que le libre arbitre peut être contraint par l'organisation biologique, il ne peut accepter une « détermination » de ces facultés par des organes circonscrits. La deuxième édition de son livre, paru d'abord en 1843, annonce, après une brève résurrection, la fin du système de Gall²⁰.

Le Second Empire, avec le retour du cléricalisme, consacre en effet un reflux général puis la disparition de la phrénologie. Cette ambitieuse entreprise, après avoir suscité des débats passionnés, des partisans et des ennemis, aussi intransigeants les uns que les autres, s'effondre dans le ridicule et le désintérêt. On n'en gardera, lointain vestige, que la « bosse des maths ». L'idée de localiser des fonctions dans le cerveau n'est pourtant pas morte avec elle. Elle va très rapidement connaître de nouveaux développements.

Des localisations cérébrales à la modularité de l'esprit

Ce qui a disparu pour toujours, c'est la cranioscopie, la facilité qui consistait à repérer la localisation des facultés sur les bosses ou fossettes crâniennes. C'est elle qui, après l'avoir séduite, est

devenue, au-delà des savants, la risée de l'opinion. Cependant la recherche neuro-anatomique et neuro-physiologique se poursuit. Elle tourne rapidement le dos à l'unitarisme de Flourens appelé encore « holisme cérébral » (dont on a vu les déterminants idéologiques).

En 1861, un chirurgien, Paul Broca (1824-1880), présente devant la Société d'anthropologie de Paris le cas d'un patient de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, un certain Leborgne surnommé Tan, car ce mot était le seul qu'il pouvait prononcer, alors qu'il comprenait parfaitement le langage. Ce patient est décédé, et l'autopsie a montré sur la surface cérébrale une lésion localisée au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale de l'hémisphère gauche. Voici donc, identifié pour la première fois, le centre d'une fonction corticale : la production du langage. L'asymétrie des hémisphères avait déjà été soupçonnée par un médecin de Sommières (Gard), Marc Dax, dès 1836. Dax cherchait alors dans le système de Gall la justification d'une constatation clinique : la dissociation entre la mémoire des mots et la mémoire des choses observée chez un certain nombre de blessés de l'hémisphère gauche. Ce travail n'avait pas alors été publié, et c'est son fils qui l'exhume à la suite de la communication de Broca.

Dix ans plus tard, un neurologue allemand, Carl Wernicke (1848-1905), individualise une aire voisine de l'aire de Broca et reliée à elle, dont la lésion détermine une perte de la compréhension du langage. Un médecin d'Annonay (Ardèche), Louis François Bravais (1800-1843), avait décrit des spasmes unilatéraux localisés à certains muscles et pouvant s'étendre ensuite à la moitié du corps. Le neurologue anglais Hughlings Jackson (1835-1911), dans ses travaux sur l'épilepsie, rapporte cette pathologie à l'excitation d'une zone localisée du cortex commandant la motricité. L'expérimentation vient confirmer les données cliniques.

En 1870, deux expérimentateurs allemands, Gustav Fritsch (1838-1927) et Eduard Hitzig (1838-1907) ont stimulé électriquement le cortex d'un chien non anesthésié, malgré l'interdiction de l'Université de Berlin. Ils ont pu ainsi déterminer des contractions musculaires dans les pattes du chien, du côté opposé, et décrire sur le cortex ce qu'ils appellent une bande motrice. Travaillant dans la proximité de Jackson, un neurologue écossais, David Ferrier (1843-1928), reprend, chez le singe, les stimulations électriques et les lésions localisées du cortex hémisphérique qu'il divise en trois grands domaines : le domaine antérieur siège de l'intelligence, le domaine moyen siège de la motricité, le domaine postérieur siège de la sensibilité.

Ces travaux cartographiques seront encore précisés par une étude histologique qui permet à l'Allemand Korbinian Brodmann (1868-1918) de distinguer, sur le cortex par leur architecture intime, cinquante-deux aires aux fonctions différentes. Plus tard, les stimulations localisées du cortex de l'homme, au cours des interventions neurochirurgicales chez le sujet éveillé, permettront au neurochirurgien canadien Wilder Penfield (1891-1976) d'enrichir la connaissance des lieux nécessaires à l'exercice de différentes fonctions cérébrales. Malgré les efforts qu'avait tentés Bouillaud pour sauver son héritage, ces découvertes n'ont pas remis la phrénologie à l'honneur. Le lien entre elle et la cartographie de l'écorce corticale, dessinée grâce à l'étude des pathologies chez l'homme et à l'expérimentation chez l'animal, n'a pu être maintenu. En effet, Gall cherchait l'emplacement de « dispositions », d'« inclinations », de « tendances » ou de « penchants ». En dehors des aires du langage, ce qui a été mis en évidence, ce sont des zones impliquées dans des fonctions élémentaires : la commande motrice d'un muscle ou d'un ensemble de muscles, la sensibilité d'une région du corps, la

perception visuelle ou auditive, plus tard la reconnaissance des visages ou le sens de l'espace.

On ne s'est pourtant pas arrêté là. Les progrès de l'exploration électro-encéphalographique et de l'imagerie médicale, d'une part, la modélisation de l'intelligence artificielle, d'autre part, ont amené ensuite les chercheurs à s'attaquer à l'élucidation des mécanismes de la conscience, plus généralement de l'esprit, et à reposer en termes nouveaux certaines des conceptions apparemment farfelues de Gall. C'est ainsi que, dès les années 1980, un fondateur des nouvelles « sciences cognitives » et de la « philosophie de l'esprit », Jerry Fodor (1935-2017), peut écrire : « La psychologie des facultés est en train de redevenir respectable après avoir traîné pendant des siècles en compagnie de phrénologues et d'autres individus louches²¹. » Bien qu'il continue à critiquer les approximations de Gall, « un homme qui semble avoir une assez mauvaise réputation²² », Fodor reconnaît la justesse de certaines intuitions de l'inventeur de la phrénologie. Par exemple, il le crédite d'avoir montré l'existence de « pouvoirs fondamentaux », de facultés innées que Fodor appelle « verticales », telle la capacité mathématique, par opposition aux facultés horizontales comme la mémoire, le jugement, la volition dont Gall nie l'inscription dans un organe particulier. Alors que les facultés horizontales, elles aussi en grande partie innées, sont disséminées et appartiennent à tous les « organes », les facultés verticales, c'est le mérite de Gall de l'avoir postulé, sont indépendantes les unes des autres, « associées à des structures neuronales distinctes²³ ». Reprenant la distinction chomskienne bien connue, Fodor considère, comme Gall, que les fonctions innées sont à l'origine de « compétences », mais que c'est la rencontre avec les données empiriques et l'apprentissage qui conditionne les « performances ». Il propose, en s'appuyant sur des modèles

empruntés au fonctionnement des ordinateurs, une classification des mécanismes cognitifs en modules qui partagent avec les « organes » de Gall leur caractère inné, leur « verticalité », leur indépendance les uns par rapport aux autres (ce que Fodor appelle leur « cloisonnement informationnel ») et leur « autonomie computationnelle », c'est-à-dire leur utilisation isolée et spécifique de mécanismes généraux comme la mémoire ou le jugement. Un module est composé de systèmes perceptuels dits « transducteurs » parce qu'ils transforment un stimulus en signal neuronal et de « systèmes périphériques » ou d'interface, qui recueillent l'information et par des algorithmes la rendent accessible à la pensée (c'est-à-dire qui la traduisent dans un langage compréhensible par l'esprit, ce que Fodor appelle le « mentalais » obéissant, comme tout langage, à des règles grammaticales). Les systèmes périphériques sont propres à un domaine (non seulement celui d'un des cinq sens auquel il faudrait ajouter le langage, mais encore, en ce qui concerne la vision, à la perception des formes, du mouvement, des couleurs, en ce qui concerne l'audition à celle des énoncés grammaticaux, des rythmes, de la mélodie). L'opération de ces systèmes est cloisonnée, rapide et en grande partie automatique (on ne peut pas s'empêcher d'entendre une phrase comme une phrase, et il est impossible de l'entendre d'une autre façon). Reste la question des « systèmes centraux », en d'autres termes de la pensée, que nous construisons à partir du traitement de l'information par les systèmes périphériques et de la confrontation de leurs données à la conscience de nous-mêmes et du monde fondée sur nos souvenirs et sur notre manière de nous situer dans ce qui nous entoure. Fidèle à Gall, Fodor pense que la recherche ne pourrait la traiter qu'en termes modulaires et craint que, si elle existe, une intelligence générale non modulaire ne soit inaccessible à la

connaissance. Ce qui n'est pas loin de ressusciter, comme « limite épistémique », un problème métaphysique sur lequel Gall refusait de se prononcer, celui de la croyance dans une âme supra-sensorielle, d'origine transcendante, accessible seulement au « sens intime ».

Il semble que ce soit à ce problème que s'attaquent aujourd'hui les sciences cognitives, dépassant la modularité au profit d'un modèle connexionniste. Dans le cerveau, « rien n'est centre, tout est réseau », disait déjà au XIX^e siècle un ancien saint-simonien devenu catholique social et fondateur de coopératives ouvrières, Prosper Benjamin Joseph Buchez, que ses idées démocratiques poussaient probablement à préférer, dans sa conception du fonctionnement cérébral, l'émergence *down up* de systèmes interconnectés à la soumission hiérarchisée *up down* à une autorité centrale²⁴. Ainsi, Stanislas Dehaene, à partir d'études électro-encéphalographiques, parle d'un « réseau cérébral global formé de multiples régions synchrones, dont les différentes facettes expliquent les quatre signatures de la conscience : une activité distribuée, particulièrement dans les aires pariétales et frontales ; une onde P3 ; une amplification de l'activité gamma ; et une synchronisation à longue distance²⁵ ». La compréhension des mécanismes biologiques à la base des systèmes centraux ne serait plus hors de notre portée. On commence à explorer « un espace cortical de travail global » où les données des systèmes périphériques s'articulent en une histoire que le cerveau n'enregistre pas comme une caméra, mais raconte, à la manière d'un « conteur homérique », selon la formule du prix Nobel de médecine Eric Kandel²⁶. Le neurophysiologiste Lionel Naccache, qui s'est particulièrement intéressé à la problématique des états dits de conscience minimale dans les sorties de comas, évoque de même le « pouvoir fictionnalisant » du cortex²⁷, c'est-à-dire sa capacité à interpréter globalement et à coordonner dans le cadre

d'un récit intérieur les stimuli de toutes provenances qui l'assailgent après avoir été traités par les systèmes périphériques. Quant à lui, Stanislas Dehaene, comme Gall jadis, n'exclut pas le libre arbitre. Bien que contraintes par la physique du cerveau, nos décisions restent autonomes et s'appuient sur une délibération, une évaluation du pour et du contre. « De notre cerveau émerge [...] un code individuel de l'instant présent épaisse de souvenirs et d'anticipations et qui projette constamment sur le monde extérieur le point de vue subjectif d'une personnalité singulière²⁸. »

Un débat très actuel

Comme la phrénologie en son temps, les travaux neuroscientifiques et cognitivistes suscitent à la fois enthousiasme et contestations. Ils ont le mérite de tourner la page d'une époque où le bélaviorisme se limitait à expliquer le comportement humain en termes de stimulus et de réponse, estimant inconnaisables les processus de transformation de ces stimuli dans la « boîte noire » intermédiaire entre les entrées et les sorties. Ils ont aussi le mérite de faire justice de l'« éliminativisme », cette conception réductrice qui ne retient en tant qu'objet de connaissance que les états du cerveau et nie la réalité des états mentaux de la psychologie commune, tels les croyances ou les désirs, en affirmant que l'évolution de la science ramènera ces états mentaux au rang de pures illusions analogues aux démons censés jadis posséder l'esprit des insensés. Mais on peut quelquefois s'interroger sur l'étourdissante extension à laquelle se livrent certains auteurs, dans une optique de conquête du marché, prétendant comme Gall, il y a deux cents ans, tirer de connaissances encore fragiles et provisoires

des applications « pour l'art médical, pour la morale, pour l'éducation, pour la législation ». Il est ainsi impossible d'affirmer que les anomalies des marqueurs de l'attention consciente décelés chez des schizophrènes ont un caractère causal. Ils peuvent être aussi bien le témoin d'un dysfonctionnement que son origine. De même, si les zones impliquées dans la reconnaissance de la voix humaine chez le sujet normal sont, à l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique, excitées indifféremment par la voix ou par un bruit quelconque, chez quelques autistes²⁹, cette anomalie n'est pas forcément la conséquence de l'atteinte spécifique dans l'autisme d'un module déterminé. D'une part, elle ne se retrouve pas chez tous les autistes. D'autre part, elle peut simplement refléter un défaut d'attention à la relation avec un autre humain, fréquent dans la pathologie autistique, mais qui est susceptible d'affecter temporairement un sujet « neurotypique ». N'y a-t-il pas alors dans la proclamation hâtive d'une étiologie, *post hoc ergo propter hoc*, un risque de dérive idéologique ? À l'inverse, la percée actuelle des neurosciences et des sciences cognitives entraîne des résistances de nature spiritualiste, sinon religieuse, explicites ou implicites, à une naturalisation de l'esprit et à la prise en compte des facteurs génétiques. Au nom de préoccupations humanistes, on veut défendre un domaine irréductible où le savant n'aurait pas le droit de pénétrer avec des paradigmes expérimentaux, où tout serait acquis, où rien ne serait inné. Vers la fin du xix^e siècle, un collaborateur de *La Revue des Deux Mondes* remarquait déjà, à juste titre : « Il a beaucoup été fait de métaphysique à propos des fonctions du cerveau³⁰. » Il est difficile de ne pas infester d'idéologie la question des rapports entre le cerveau et la pensée, le *mind body problem* des Anglo-Saxons.

Alors, idée folle, la phrénologie, ou anticipation maladroite du progrès des sciences et de débats très actuels ? Laissons conclure Jerry Fodor : « Gall a commis de graves erreurs qui l'ont achevé : il croyait que le degré de développement d'un organe mental pouvait se mesurer à la taille relative de la région du cerveau lui correspondant et il pensait que le crâne prenait la forme du cerveau “comme le gant prend la forme de la main”. La phrénologie allait suivre, aussi sûr que le jour suit la nuit, et avec elle des escroqueries et des fraudes en tout genre, dont Gall n'était aucunement responsable mais dont on semble lui avoir fait porter le chapeau³¹. »

L'éternel retour des stérilisateurs

PAR PATRICK CLERVOY

En médecine comme en science, les hommes œuvrent pour un avenir qu'ils veulent meilleur. On réalise après coup que leurs discours ont pu conduire au pire. Rares furent ceux qui avaient pu le pressentir. Les catastrophes qui affectèrent la psychiatrie au xx^e siècle trouvent leurs origines dans les discours du siècle précédent. En 1850, en préambule de son *Histoire de la Révolution française*, Jules Michelet écrit : « Ne cherchez pas pourquoi ce peuple va baissant, s'affaiblissant. N'expliquez pas sa décadence par des causes extérieures ; qu'il n'accuse ni le ciel, ni la terre ; le mal est en lui¹. » De quel mal parlait-il ?

La mode est à l'évolution

L'observation des fossiles avait conduit à une évidence : des espèces du passé avaient disparu, et d'autres avaient pu se maintenir moyennant des modifications adaptatives. On comprit que, confinée sur un espace géographique clos et disposant de

ressources alimentaires limitées, chaque espèce entrait en compétition avec les autres. Charles Darwin nomma ce phénomène : la lutte pour la vie. Au final de cette lutte, l'espèce qui reste est celle qui s'est adaptée le mieux. C'est le principe de la sélection naturelle.

À la même époque Johann Mendel décrivit les lois de transmission des caractères héréditaires, puis Thomas Morgan découvrit que ces caractères héréditaires étaient dans le noyau des cellules, portés par des petites cartes protéiques contenant les codes génétiques : les chromosomes. Ces chromosomes transmettent autant les qualités biologiques que les défauts. La science génétique venait de naître. Les trois quarts des prix Nobel attribués entre 1850 et 1950 l'ont été pour honorer des travaux sur la génétique ou sur l'eugénisme.

Des races parfaites

Jean-Baptiste de Lamarck, le naturaliste français qui utilisa pour la première fois le terme de biologie – la science de la vie –, avait défini les lois qui régissaient les êtres vivants. Sa quatrième loi établissait que : « Tout ce qui a été acquis, tracé ou changé, dans l'organisation des individus, pendant le cours de leur vie, est conservé par la génération et transmis aux nouveaux individus qui proviennent de ceux qui ont éprouvé ces changements². »

On en vint à des discours sur la classification des espèces en fonction des critères évolutifs. Il y aurait des espèces plus développées que d'autres, avec l'idée – folle – que des espèces dites supérieures auraient des droits sur des espèces dites inférieures. L'homme, se considérant comme l'œuvre ultime de son Créateur, devait protéger la supériorité qu'il s'attribuait. Les discours

scientifiques de l'époque clamèrent que cette supériorité était menacée par les tares héréditaires transmises par les chromosomes. La thèse était que les êtres humains, par des comportements excessifs d'assistance aux défavorisés, empêchaient la sélection naturelle d'opérer en son sein. Alors la société devait inventer un dispositif pour exercer une sélection que la nature était empêchée d'accomplir. En d'autres époques et d'autres lieux, ces idées avaient existé. Dans la Grèce antique, comme à Sparte, les enfants malformés étaient abandonnés aux bêtes sauvages. Mais, dans une Europe en plein essor industriel, ces pratiques prirent une ampleur jusque-là jamais vue.

La désignation des éléments à exclure

Contemporain de Jules Michelet, le médecin Bénédict Augustin Morel introduisit en France les idées de Darwin. Il publia en 1857 un livre qui allait fixer pendant près d'un siècle les orientations médicales : son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladiques*³. Cet ouvrage faisait une synthèse entre les valeurs religieuses du passé et les avancées récentes de la science. Bénédict Augustin Morel annonçait dès l'introduction qu'il fallait suivre le but assigné par la « sagesse éternelle » de combattre l'« abâtardissement de la race ».

Il déclarait « merveilleuse » la disposition naturelle qui fait que la dégénérescence aboutit souvent à la stérilité de celui qui en porte les stigmates. Mais il voulut aller plus loin et il jugea qu'une œuvre de santé publique devait être engagée pour limiter l'expansion des malades syphilitiques et épileptiques. Le naturaliste Georges-Louis

Buffon avait écrit que le climat, la nourriture et la domesticité étaient susceptibles de provoquer la dégradation d'une race animale. Dans son livre, Bénédict Augustin Morel reprenait cette affirmation et remplaçait le mot domesticité par celui de mœurs. Morel classait les différents peuples : « Les peuples de l'Europe sont les plus beaux, les plus blancs et les mieux faits de la terre », écrivait-il. Selon lui, les Lapons, les Samoyèdes, les Groenlandais et les Pygmées étaient des « tartares dégénérés ». Puis, associant un discours scientifique et un discours moral, Morel ajouta : « Le dégénéré, c'est l'homme tombé dans le vice. » Dire cela, c'était faire entendre deux choses. Premièrement, que l'homme déclaré « dégénéré » est responsable de la dégénérescence dans laquelle il se trouve. Deuxièmement, que, dans ces circonstances, le soin et le châtiment peuvent être confondus. Il n'y avait plus qu'à définir des critères physiques de dégénérescence : la taille, la couleur de la peau, la hauteur du front, l'enfoncement orbitaire, l'élargissement nasal... Les combinaisons étaient infinies. Les mauvais éléments furent faciles à désigner.

La culture européenne imprégnée de l'eugénisme

À cette même période, dans son livre sur l'avenir de l'homme, *Ainsi parlait Zarathoustra*, dans le chapitre sur la mort volontaire, Friedrich Nietzsche prophétise l'ère des eugénistes purificateurs et assassins. Il compare les hommes à des fruits : « Il y en a qui ne prennent jamais de saveur, ils pourrissent déjà en été. C'est la lâcheté qui les retient à leur branche. / Il y en a beaucoup trop qui vivent et trop longtemps ils restent suspendus à leur branche.

Qu'une tempête vienne et secoue de l'arbre tout ce qui est pourri et mangé par le ver. / Puisse venir le temps des prêcheurs de la mort rapide ! Ce seraient eux les vraies tempêtes qui secoueraient l'arbre de la vie⁴ ! »

Ces propos inspirèrent des écrivains de moindre talent, comme Antoine Wylm en France qui rédigea un livre dédié à « la morale sexuelle » : « L'État doit empêcher ce crime qu'est l'enfantement des dégénérés au physique comme au moral : qu'un pareil acte soit en opposition avec les règles fondamentales de la morale sexuelle, personne ne le contestera. Ce qu'on peut contester avec une apparence de raison, c'est le droit pour la collectivité de restreindre la liberté individuelle sur ce point. Cette objection ne me paraît pas satisfaisante [...]. L'alcoolique qui féconde sa femme ; le syphilitique non guéri qui contamine sa partenaire et son fruit commettent une mauvaise action. Ils façonnent un être misérable voué à toutes sortes de souffrances [...]. Ces enfants idiots, imbéciles, tarés, seraient traités avec plus de justice si on leur épargnait une vie inutile et douloureuse. Ne serait-on pas vraiment bon et moral en leur procurant une paisible euthanasie⁵ ? »

Le péché en héritage

En France le xix^e siècle s'était achevé sur l'humiliation de Sedan. Devant l'Assemblée nationale les gouvernants dénoncèrent les causes de cette défaite. L'armée n'était pas assez nombreuse en effectif. Il fallait faire plus d'enfants pour faire plus de soldats, et il fallait que ces soldats restassent en bonne santé. Il fallait donc soustraire les militaires aux fléaux qui sévissaient dans les tripots

autour des casernes : l'alcoolisme au comptoir et la vérole à l'étage. La guerre se transposait sur le terrain sanitaire.

La théorie de la dégénérescence expliquait non seulement que la race dégénérerait sous l'effet cumulatif des vices, mais aussi que les malades guéris transmettaient leur tare, même si le germe n'était plus présent. Il y eut le concept d'hérédo-syphilis développé par Alfred Fournier⁶. Au livre *La Doulou*⁷ dans lequel Alphonse Daudet décrivait les intenses douleurs liées à une syphilis contractée quarante ans plus tôt, son fils Léon Daudet dut répondre par un autre ouvrage, *L'Hérédo*⁸, dans le préambule duquel il tentait de se défaire de la fatalité héréditaire qu'on lui promettait : « Contrairement à un préjugé courant la personnalité humaine tend [...] à échapper à la servitude héréditaire. »

Il y eut aussi le concept d'hérédo-alcoolisme développée par Valentin Magnan⁹. Si ses parents avaient été alcooliques, celui qui n'avait jamais bu pouvait être porteur de l'hérédité alcoolique. Cette idée fut popularisée par Émile Zola qui était un auditeur assidu des enseignements que Magnan donnait à l'asile de Sainte-Anne. Au fil de son œuvre *Les Rougon-Macquart*, les enfants de Gervaise, bien que n'ayant jamais bu, portent en eux et transmettent le déséquilibre mental de leur aïeule.

Un prix Nobel... eugéniste

Le neveu de Darwin, Francis Galton, forgea le néologisme d'« eugénisme¹⁰ » – du grec « bien concevoir » – pour qualifier une démarche dont le but est d'intervenir sur l'évolution pour éléver les qualités raciales des générations futures. Ce fut une science de la

race, et dans le champ médical se développa l'idée d'une médecine de la race.

En France, dans les articles qu'il écrivait dans la presse, le médecin aliéniste¹¹ Édouard Toulouse désignait les malades mentaux comme de « pauvres êtres mal conçus¹² », des « débris inutilisables¹³ », de « lamentables produits humains¹⁴ » assimilables à des déchets. Il milita pour empêcher les handicapés de naître et recommanda la castration des personnes susceptibles de transmettre un caractère non conforme au standard de race pure : « Sans doute serait-il désirable de faire une race supérieure ; la chose est possible et ce sera l'œuvre de demain. En attendant, faisons une race saine. C'est là un devoir certain : il faut défendre notre sang contre les malades et surtout contre les aliénés. Car la déficience ou les déséquilibres du système nerveux, qui met en péril la civilisation, est héréditaire¹⁵. »

Charles Richet, qui apporta à la France en 1913 le prix Nobel de médecine pour la découverte de l'anaphylaxie, fonda la Société française d'eugénique. Il militait pour une sélection humaine plus radicale. Il prônait une sélection en deux temps : l'élimination de la race inférieure, puis l'élimination des anormaux. Le mot « élimination » est répété tout au long de son livre sur « la sélection humaine¹⁶ » :

« Les sociétés humaines [...] peuvent – elles doivent – entreprendre la sélection humaine, petitement d'abord, avec une légitime timidité. Mais dès les premiers efforts, les résultats seront si éclatants qu'on se jettera avec passion dans cette étude. Alors l'humanité évoluera vers ce sublime effet, une humanité plus belle, plus noble, plus saine, plus brillante. [...]

Si l'on veut maintenir la permanence du type nouveau qu'on a créé, il faut aussitôt éliminer tous les types aberrants, et répéter cette élimination pendant plusieurs générations, sous peine de voir disparaître, dans l'uniformité commune de la race, les formes individuelles qu'on veut faire persister dans la variété nouvelle. [...]

Même lorsque la nouvelle variété paraît bien constituée, il faut, pendant plusieurs générations encore, continuer la sélection, et éliminer au fur et à mesure qu'ils viennent à naître, les individus qui s'éloignent du type qu'on veut créer. [...]

Il faut quelque chose de plus ; un choix, une sélection, c'est-à-dire une élimination des médiocrités inintelligentes. [...]

Après l'élimination des races inférieures, le premier pas dans la voie de la sélection, c'est l'élimination des anormaux. [...]

Un moyen radical serait la castration [...]. Enfin on trouverait quantité de raisons, plutôt mauvaises que bonnes, pour établir qu'une société n'a le droit de châtrer ni les criminels, ni les imbéciles, ni les incurables, ni les contrefaits. [...]

Le moyen héroïque, ce serait la stérilisation, la castration [...] qui éliminerait de la race humaine tous les générateurs dégradés et imparfaits. [...]

Quand une femme met au monde un enfant débile, au lieu de l'abandonner, elle s'obstine à le faire vivre et lui prodigue des soins attendris. Ainsi font les sociétés humaines. Elles ont pour tous les malheureux l'attendrissement de cette mère. Elles portent secours aux malades, même lorsque leur maladie est à peu près incurable, et doit les laisser définitivement affaiblis. Non seulement elles ne condamnent pas, mais elles entourent de soins multipliés les rachitiques,

les scrofuleux, les aveugles, les idiots, les sourds-muets. Il y a des assistances privées et des assistances publiques pour protéger toute cette engeance misérable. Les médecins se félicitent de pouvoir arracher à la mort les pauvres petites créatures atteintes de débilité congénitale, qui traîneront plus tard une lamentable existence. On protège les impotents ; on fortifie les invalides. [...] Le fait naturel, c'est l'écrasement des faibles. Le fait social, c'est la protection des faibles. Donc, par l'état social se trouve viciée la grande loi de la sélection, qui est essentiellement la survivance des forts. »

Un autre prix Nobel... exterminateur

Alexis Carrel, lui aussi lauréat du prix Nobel de médecine 1912 pour ses travaux sur les sutures vasculaires et la culture tissulaire, publiait en 1935 *L'Homme, cet inconnu*¹⁷. Ce livre connut un succès de librairie considérable avec 1 million d'exemplaires vendus et des traductions dans vingt-deux langues. En fin de livre, page 387 de l'édition originale, figure un long développement sur l'abâtardissement de la race. Dans son propos, Alexis Carrel associait de façon répétée les fous et les criminels. Il les réunissait dans une même catégorie de personnes dangereuses qu'il fallait faire disparaître : « Il y a encore le problème non résolu de la foule immense des déficients et des criminels. Ceux-ci chargent d'un poids énorme la population restée saine. Le coût des prisons et des asiles d'aliénés, de la protection du public contre les bandits et les fous est, comme nous le savons, devenu gigantesque. Un effort naïf est fait par les nations civilisées pour la conservation d'êtres inutiles et nuisibles. Les anormaux empêchent le développement des

normaux. Il est nécessaire de regarder ce problème en face. Pourquoi la société ne disposeraient-elle pas des criminels et des aliénés d'une façon plus économique ? » Et pour une part d'entre eux, Alexis Carrel prônait la création d'un « établissement euthanasique, pourvu de gaz appropriés » qui permettrait « d'en disposer de façon plus humaine et plus économique ». Il justifiait sa proposition : « Après tout, c'est le développement de la personnalité humaine qui est le but suprême de la civilisation. » Alexis Carrel, Français, avait dès 1930 rêvé des chambres à gaz pour les malades mentaux.

La mise en route du programme d'élimination des malades mentaux en Allemagne

On a mis les crimes nazis sur le dos d'un petit groupe d'hommes. Mais, bien avant la publication en 1925 par Hitler de *Mein Kampf* où il dénonce les « races odieuses », le discours sur l'élimination des vies n'étant pas dignes d'être vécues était déjà bien en place. Dès les années 1920 existait l'idée que la société avait un droit à reconnaître la capacité à vivre des membres qui la composaient¹⁸. Des lois furent votées qui permettaient, au nom de l'État, de décider de la mort d'un être vivant parce que son existence était jugée sans valeur. C'était présenté comme un acte d'humanité, un acte de pitié vis-à-vis des personnes déficientes. Cela a donc commencé par un discours de charité. Non pas parce que l'Allemagne était en retard sur le plan de son développement, mais au contraire parce que, sur le plan des lois sociales, ce pays était en avance sur les autres pays

européens et que l'État avait à sa charge l'ensemble des malades et des handicapés.

Hitler et les nazis ne furent pas à l'origine de ces discours, mais ils les reprisent. Hitler n'a pas eu besoin de convaincre le peuple qui l'avait élu. Même s'il s'est efforcé après coup de mettre en scène son « combat », il n'a eu qu'à s'entourer des discours déjà existants¹⁹. S'il lui revient la responsabilité de la décision politique de mettre en place les structures qui ont pratiqué les euthanasies de masse, il n'aurait pu le faire sans le discours qui l'avait précédé.

Dès 1922, dans un livre sur « la suppression des existences dont la vie n'a aucune valeur », Karl Binding, juriste, et Alfred Hoche, médecin, écrivaient ainsi : « Il n'y a aucune raison juridique, ni sociale, ni morale, ni même religieuse pour ne pas libéraliser le meurtre de ces personnes²⁰. » Le nazisme n'a pas inventé le concept crime de masse, il l'a appliqué. S'il est la main qui a signé l'ordre de perpétrer crime, il n'est pas l'esprit qui en a eu l'idée. Pour l'appliquer, une loi a mis en place des commissions. Puis des médecins et des juristes ont été désignés pour siéger dans ces commissions. Ces commissions ont distingué ceux qui seraient exécutés et ceux qui ne le seraient pas. Les nazis se sont inspirés des idées qui circulaient et qui n'étaient pas que des idées allemandes. Par exemple en 1936 en Angleterre, le Dr Killrich Millard avait fondé une association sur l'euthanasie volontaire, information reprise et mise en valeur dans la revue nationale-socialiste²¹. Si le nazisme a été surtout allemand, l'eugénisme était européen depuis le début.

La castration encadrée par la loi

Les premières mesures furent des lois de stérilisation. Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les directeurs d'asile étaient tenus de signaler à la commission toutes les personnes déclarées schizophrènes, celles porteuses d'une maladie neurologique dégénérative, celles porteuses de malformations comme le pied-bot, celles atteintes de nanisme, les trisomiques et celles classées sous la rubrique plus vague de « simples d'esprit ». Chaque dossier était traité par des structures judiciaires dédiées : les tribunaux de la santé héréditaire, composés d'un juge, président de la commission, et de médecins, assesseurs. Leurs décisions étaient validées par une cour d'appel spéciale. Cette procédure fonctionnait conformément aux principes du droit avec deux niveaux d'instance. Entre 1933 et 1939, 350 000 stérilisations furent pratiquées sur les malades mentaux allemands²².

André Repond, un psychiatre suisse, militait pour que fût étendue aux autres pays d'Europe la loi allemande qui imposait la castration des malades mentaux. Ce même psychiatre avait écrit dans ce qui était alors une jeune et dynamique revue de psychiatrie francophone, *L'Évolution psychiatrique*, que la résistance à la loi allemande pouvait provenir d'un complexe de castration non surmonté²³. Seule voix à dénoncer ouvertement ces dérives, Eugène Minkowski lui opposa, sur le même ton psychanalytique, que les zélateurs de la castration étaient animés par des tendances sadiques inassouvies, ajoutant que ceux qui se voulaient les « sauveurs farouches » de la race étaient une menace pour son salut²⁴.

Les campagnes de stérilisation en Europe et en Amérique du Nord

La stérilisation des personnes handicapées mentales a été une obsession tout au long du xx^e siècle. La première loi de stérilisation a été promulguée dans l'État de l'Indiana aux États-Unis dès 1907. En 1936, cette loi s'était progressivement étendue à vingt-sept autres États. Elle s'inscrivait dans un contexte social particulier propre aux États-Unis marqué par plusieurs formes de ségrégation (raciale, culturelle, sexuelle), l'interdiction des mariages mixtes, l'interdiction à certaines populations de résider hors des ghettos. Les lois américaines de stérilisation eugénique visaient les personnes des établissements de soins spécialisés et qualifiaient ces stérilisations de volontaires. Il ne s'agissait pas d'un libre choix, mais d'une condition posée pour pouvoir quitter ces institutions. Celui qui refusait la castration était condamné à y rester interné. On estime que 60 000 personnes ont été ainsi stérilisées aux États-Unis entre 1930 et 1960²⁵. Au Canada, une loi de stérilisation eugénique fut votée dans la province de l'Alberta en 1928 ; elle fut abolie en 1972 ; près de 3 000 stérilisations y furent autorisées.

L'élimination expéditive des malades mentaux en Allemagne

Puis on glissa de la mutilation au meurtre. L'euthanasie entra dans les protocoles eugénistes. En 1939 un père demanda à Hitler l'autorisation de pouvoir procéder à la suppression de son enfant gravement malformé. Là encore, ce ne fut pas une initiative du

Führer, cela ne fut que son approbation à une demande spontanée émanant d'un citoyen. S'appropriant une idée qui ne venait pas de lui, Hitler a ensuite demandé que cette mesure fût appliquée à chaque cas similaire. Un comité de réflexion fut créé, réunissant des pédiatres chargés de recenser les nouveau-nés malformés ou gravement malades. Ces enfants furent euthanasiés par injection d'un mélange de barbiturique et de morphine. Quelques mois plus tard, la Seconde Guerre mondiale fut déclenchée, ce qui accéléra le processus d'élimination des malades mentaux. Le programme d'euthanasie fut renforcé en urgence pour libérer des places dans les asiles afin d'y accueillir les blessés de guerre qui affluaient. Un plan d'élimination à grande échelle des malades mentaux fut institué : le plan Aktion T4. Les éléments de langage furent importants. Hitler employa le mot de *Gnadentod*, soit la « mort miséricordieuse », la « mort charitable », la « mort par compassion », terme qui oscille entre l'oxymore et l'euphémisme.

Avec ce plan, de nouvelles ordonnances commandèrent que soient signalés non seulement les schizophrènes, les épileptiques, les déments séniles, les paralysés, les débiles mentaux, mais aussi toute personne hospitalisée depuis plus de cinq ans et tous les criminels internés dans les asiles. Pour accélérer ce mouvement, des primes furent instituées. Les expertises des médecins étaient rémunérées 100 reichsmarks s'ils traitaient plus de 500 dossiers par mois et 400 reichsmarks s'ils traitaient plus de 3 500 dossiers par mois. Cette prime récompensait une cadence moyenne d'un dossier toutes les cinq minutes. Cette prime au travail bâclé favorisa la perte du sens moral. Le zèle est l'ennemi du bien.

La machine à exterminer les malades fut mise en route²⁶. Une société publique de transport des malades fut créée pour les acheminer vers les centres d'extermination. Il y eut des appels

d'offres, des devis, des contrats. Dans ces centres, les malades étaient déshabillés, faisaient l'objet d'un dernier examen médical, étaient douchés, puis conduits dans une salle où ils étaient asphyxiés au monoxyde de carbone. À partir de là, le mensonge fut imposé. Les décès furent systématiquement déclarés sous une autre cause. L'euthanasie fut maquillée comme un accident de santé. Les exécutants furent peu imaginatifs. La plupart des décès furent certifiés liés à une « cholécystite aiguë », même pour ceux qui avaient été opérés de la vésicule biliaire bien avant. Chaque décès était annoncé à la famille par les termes « sa mort a été un soulagement » dans une lettre type signée du Führer. Quelques manifestations de réprobation s'exprimèrent dans des communautés chrétiennes évangéliques et catholiques²⁷, mais sans remettre en cause le processus totalement dirigé par les nazis. Les médecins et les infirmiers participant au programme d'euthanasie étaient contraints au silence, sous la menace d'une peine de déportation, voire d'une peine de mort. Un médecin qui eût manifesté sa réticence pouvait se voir accusé de sabotage.

De 1930 à 1941, au moment où prit fin officiellement le programme d'euthanasie, selon les estimations de la Commission des crimes de guerre du tribunal international de Nuremberg, plus de 200 000 malades mentaux furent euthanasiés. À ce chiffre il faut ajouter le nombre de 50 000 euthanasies « sauvages » qui ont été poursuivies au-delà de la date du 1^{er} septembre 1941 à l'initiative de certains médecins et de certains directeurs d'établissement. En ajoutant les malades mentaux euthanasiés jusqu'en 1945, le système médical allemand extermina plus de 250 000 malades mentaux²⁸.

L'extermination masquée des malades mentaux en France

En France, les publications sur la stérilisation des malades mentaux abondèrent pendant la période du triomphe des nazis en Allemagne et leur domination en Europe. Joseph Bieder fut un des rares psychiatres français à s'être ouvertement opposé à ceux qu'il nommait les « stérilisateurs ». Selon la comptabilité qu'il établit dans les *Annales médico-psychologiques*, il compte qu'il n'y a aucun titre dans les trois tables qui précèdent 1930, mais trente-sept dans les tables de 1931 à 1950, avec un pic de publication de seize titres entre 1934 et 1935²⁹.

En France, il n'y eut pas de campagne de stérilisation. L'élimination des malades mentaux se fit de façon insidieuse. Une famine sélective fut infligée aux aliénés pendant l'Occupation. Entre 1940 et 1945, on estime que 45 000 d'entre eux moururent de dénutrition. Pour aborder cette question sensible, observons Henri Ey (1900-1977) qui fut la figure unificatrice de la psychiatrie française après la guerre. Il décrivit cette période avec une image forte : « Notre population de malades était décimée par la famine à peu près dans la même proportion que perdait ses effectifs une division d'infanterie à Verdun³⁰. » Henri Ey était avec Jean Picard un des deux médecins de l'asile de Bonneval qui accueillait environ 700 malades. Bonneval faisait partie d'un ensemble d'une centaine d'asiles répartis sur le territoire national. Un quart des asiles avaient été soit détruits, soit réquisitionnés. Ceux qui restaient opérationnels accueillaient une population totale de l'ordre de 150 000 aliénés. Bonneval représentait un asile moyen en volume et en activité. Avant la guerre, la mortalité des malades y était remarquablement constante, de l'ordre de 8 % par an. Durant la guerre, elle fut portée

à 20 % pour les femmes et à 30 % pour les hommes. Un quart de l'effectif asilaire mourut donc pendant cette période. Renée Ey, sa femme, vit un jour son mari pleurer de rage devant une jeune femme qui venait de mourir d'une cachexie tuberculeuse entraînée par sa dénutrition³¹. Les malades étaient soumis à un rationnement auquel ils n'avaient pas la capacité de se soustraire. La tuberculose ravageait cette population délibérément sous-alimentée, avec un pic de mortalité en 1943. Dans les rapports à l'administration, Henri Ey indiquait que la valeur calorique de la ration alimentaire accordée aux malades avait chuté massivement, passant de 3 000 calories par jour en 1939 à 1 500 calories au printemps 1941, et il dénonçait dans le rationnement des malades une restriction « légale et mortelle ».

Il y avait des disparités. Les asiles à faible population de malades et ceux installés en zone rurale où les malades avaient accès à des activités agricoles avaient une mortalité moindre. Les deux asiles où la mortalité fut la plus sévère furent celui du Vinatier et celui de Clermont-de-Oise. Pour l'asile du Vinatier qui hébergeait 4 484 malades en 1940, on compte 2 980 malades décédés entre 1940 et 1944, soit une proportion des deux tiers. Dans sa thèse parue en 1981, Max Lafont emploie le terme d'« extermination douce ». Isabelle von Bueltzingsloewen apporta la preuve historique que, dans les asiles français, les aliénés qui y étaient retenus furent délibérément soustraits aux mesures d'amélioration alimentaire accordées aux malades des autres hôpitaux³².

Inversement à l'Allemagne, il n'y eut pas sous le gouvernement de collaboration de Vichy un ordre explicite pour faire mourir activement les malades mentaux. La faute de l'État français fut d'avoir édicté une loi discriminative entre les malades mentaux et les autres. Le processus d'élimination fut passif, par l'absence de

réaction pour soulager le sort des internés, alors que les rapports des aliénistes entre 1941 et 1943 dénonçaient cette situation.

Le sommeil du monstre

La petite communauté psychiatrique française sortit dévastée par cette épreuve. Il fallait la reconstruire, non seulement sur le plan économique et matériel, mais aussi sur le plan moral et idéologique. En mars 1945, elle se réunit à la faculté de médecine de Paris, lors des Journées psychiatriques organisées par la commission psychiatrique de l'Union des médecins français. Henri Ey prononça l'allocution introductory³³ qui dressait le bilan de l'institution psychiatrique telle qu'elle se trouvait au lendemain de la guerre : « La psychiatrie française [...] a subi un crépuscule. » Il critiqua l'enfermement asilaire qui retirait les malades mentaux de la société qui les oubliait ensuite. Il dénonça rétrospectivement la passivité de l'administration devant la famine qui les avait tués : « Et plus aucun intérêt ne [s'était] attaché aux “fous” autre que le devoir de subvenir tant bien que mal à leur onéreuse existence. [...] La mort [était] généralement le remède que, sans aller toutefois jusqu'à leur assurer, on [souhaitait] à leur infortune. » Son allocution s'adressait aux pouvoirs publics invités à prendre les mesures nécessaires pour satisfaire aux besoins grandissants de l'assistance psychiatrique. Il n'y avait alors que 400 psychiatres en France, et Henri Ey demandait timidement que ce chiffre soit porté à 1 000 (pour établir une comparaison, il y en avait 15 000 en 2016).

Cet appel fut le début d'une action concertée qui mobilisa l'ensemble des médecins des hôpitaux psychiatriques. Il n'existeait jusque-là qu'une association amicale ; ils se groupèrent en syndicat.

Georges Daumezon fut élu à sa présidence. L'ancienne revue *L'Aliéniste français*, qui avait cessé de paraître après l'invasion de 1940, fut réactivée. Le titre fut modifié pour devenir *L'Information psychiatrique*. Cette revue devint l'organe de liaison entre tous les éléments actifs qui participèrent à la renaissance de l'assistance psychiatrique, publant des réflexions sur les problèmes posés par la pratique psychiatrique en France ainsi que les textes législatifs et les instructions ministérielles.

Les problèmes étaient nombreux. Georges Daumezon introduisit son action syndicale par un point succinct sur la situation de la psychiatrie et ses perspectives d'avenir, évoquant le sort des malades poussés à la famine : « Nous avons pris nos fonctions dans une heure où la situation de l'assistance psychiatrique est plus sombre qu'elle n'a jamais été. Dans les malheurs qui ont abattu le pays, il est apparu à beaucoup que donner des soins à des êtres réputés incurables était un luxe inutile. Si légère que fût l'empreinte des doctrines contemptrices de l'individu, elle n'eut pas moins pour résultat de pousser à négliger l'assistance à des sujets "de seconde zone". La famine qui sévit longtemps dans nos établissements, le mépris dont ils sont entourés, la légèreté avec laquelle on les ferme, les brimades à l'égard des psychiatres n'ont pas d'autres origines que le mépris des valeurs humaines³⁴. »

Au lendemain de la guerre, la nouvelle génération de psychiatre tourna la page du passé. Les théories génétiques furent combattues par des médecins qui s'orientèrent vers la phénoménologie et la psychanalyse pour réfléchir sur leurs pratiques cliniques et l'organisation des soins apportés aux malades³⁵. En septembre 1950 se tint à Paris le premier congrès international de psychiatrie organisé par Henri Ey et dont la présidence fut confiée à Jean Delay. Ce congrès compta sept séances plénières pour faire le point sur

différents thèmes. La 7^e et dernière séance plénière était consacrée à « La psychiatrie sociale, eugénique et génétique ». Les rapporteurs s'accordèrent à dénoncer la faiblesse des fondements théoriques de l'eugénisme. C'est ainsi qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale la thématique de la stérilisation des malades mentaux disparut...

Le réveil des stérilisateurs

On aurait pu croire que l'élan humaniste qui animait le renouveau psychiatrique à partir des années 1950 allait durablement protéger les malades mentaux. C'était sans compter avec une nouvelle charge des « stérilisateurs ».

Le contexte avait évolué. Plusieurs établissements commençaient à travailler en milieu ouvert, tournés vers l'extérieur. Les premiers psychotropes neuroleptiques, comme la réserpine, puis la chlorpromazine, apportaient une stabilisation des malades agités. Les permissions de sortie se généralisaient. Les soins s'adaptèrent, évoluant vers la réinsertion des patients dans leur milieu social.

Exposées aux sollicitations sexuelles extérieures, le nombre de femmes malades mentales enceintes se multiplia. Gabriel Deshaies, de l'hôpital de Saint-Maur, commença dès la fin des années 1950 à militer pour obtenir la possibilité de recourir à l'avortement et demanda une modification de la loi qui autorisât les psychiatres à stériliser des malades mentaux³⁶. Dans les arguments qu'il utilisait, on retrouvait les éléments des discours du siècle précédent : « La société a plus à pâtir qu'à bénéficier de ces enfants [...] mal-nés, à la vocation souvent délinquante ou psychiatrique³⁷. » Gabriel Deshaies s'emportait contre la mauvaise foi des opposants à la stérilisation :

« N'y a-t-il pas quelque humour noir dans la position de ceux qui réprouvent hautement comme immorale toute manœuvre stérilisatrice, alors qu'ils condamnent les malades à la stérilité par l'incarcération. » Pour terminer il ajoutait : « Quant au consentement du malade, il resterait facultatif. Dans bien des cas, surtout en matière de stérilisation, le but de l'intervention devrait, au contraire, être dissimulé au malade afin de ne point risquer d'éveiller éventuellement des sentiments d'infériorité, de dévalorisation, de culpabilité [on se demande laquelle ? NdA], ou d'agressivité³⁸. »

Stérilisation, racisme et pulsion génocidaire

Quatre ans plus tard, Gabriel Deshaies revint à la charge en inventant le concept d'*incapacité parentale*. Aux arguments déjà développés dans ses écrits antérieurs, il pensa juste à en ajouter un nouveau : « La multiplication humaine risque de devenir catastrophique³⁹. » Selon lui, le développement démographique justifiait la mise en place de mesures d'élimination des enfants « mal-nés ».

Il mobilisa ses confrères, espérant une majorité qui parviendrait à faire modifier la loi. L'entreprise lui prit deux ans. Ils purent se réunir en 1966. Leurs travaux furent publiés dans un numéro spécial de *L'Information psychiatrique* intitulé « Le contrôle de la procréation chez les malades mentaux ». Gabriel Deshaies ouvrit les débats avec un discours proche de celui des nazis, considérant qu'il y avait des vies qui ne valaient pas d'être vécues. Il reprenait un passage du serment d'Hippocrate : « Je garderai le respect absolu de la vie

humaine dès sa conception », en lui apportant le commentaire suivant : « Or la vie d'un homme “n'est pas toujours une vie d'homme” » ; et le corps d'un homme « peut vivre sans aucune “humanité”⁴⁰ ». Il termina son exposé par un encouragement au législateur, lequel pourrait selon lui trouver dans l'élaboration d'une loi autorisant la stérilisation des malades mentaux « une occasion valable d'humaniser la société⁴¹ ». On repère dans cette formulation la même structure verbale oxymorique que celle employée par les nazis dans le mot *Gnadentod* : la mort « par compassion ». C'est pour le bien des enfants qui ne naîtront pas qu'on est autorisé à mutiler leurs parents.

Joseph Bieder de l'asile de Charenton – aujourd'hui hôpital Esquirol – et qui avait vécu pendant l'Occupation les rafles antijuives riposta à la tribune du Congrès annuel des aliénistes de langue française qui se tint la même année à Grenoble. Dans sa réplique il déclara que les stérilisateurs étaient des exterminateurs qui déguisaient leurs intentions : « Il y a une corrélation, dans les États racistes, entre la stérilisation et les pulsions génocidaires. » Il prit à contre-pied les arguments de son adversaire : « La stérilisation ne guérit rien, il n'est pas sûr qu'elle pourrait prévenir des aggravations d'une maladie, il n'est pas exclu même qu'elle compromette une guérison possible⁴² » et il cita l'expérience de Jacques Rondepierre, médecin-chef de l'hôpital Henri-Rousselle, qui avait publié le cas d'une patiente schizophrène qui avait été déclarée guérie après une grossesse⁴³.

L'autorité catholique, la loi et l'ordre des médecins

Lors de cette réunion de 1966 consacrée au contrôle de la procréation chez les malades mentaux, Guy Benoît exposa la vision des soignants sur la vie sexuelle des malades mentaux⁴⁴. Son style psychanalytique fait qu'on ne sait pas définir si l'expression de cette vision exprimait un jugement direct ou décalé : « Il est bien connu que chaque hôpital psychiatrique renferme dans ses services de femmes quelques vicieuses qui courrent [...] et doivent être protégées. » Les soignants auraient peur de la « licence sexuelle » qui résulterait des mesures contraceptives qu'on leur proposerait. Il demanda – en évitant habilement de proposer une réponse – s'il fallait accorder aux malades mentaux le droit à l'amour au prix de leur droit à la procréation.

Après lui, Pierre Sizaret fit l'inventaire des problèmes moraux et légaux soulevés par cette question. Il souligna qu'en 1952 l'autorité catholique avait déjà formulé des recommandations destinées au corps médical. Pie XII avait rappelé que « l'homme est usufruitier et non propriétaire de son corps⁴⁵ », et réprouvait explicitement la stérilisation préventive : nul ne peut porter atteinte à l'intégrité d'autrui, ce dernier fût-il handicapé. En 1963, dans son encyclique « Paix sur Terre », son successeur Jean XXIII avait rappelé à son tour que « tout être humain a le droit à la vie et à l'intégrité physique⁴⁶ ».

En droit français, la législation de l'époque sur l'avortement était extrêmement restrictive. Elle n'autorisait le médecin à la pratiquer que si la vie de la mère était gravement menacée et après que deux autres médecins, dont au moins un expert auprès du tribunal civil, eurent rendu un avis favorable. La stérilisation était aussi soumise à

des conditions strictes que le Conseil national de l'ordre des médecins avait établies en avril 1955, exigeant l'avis favorable de deux experts et l'information détaillée du bureau départemental de l'ordre des médecins.

Toujours lors de cette journée de 1966, Gabriel Deshaies fit intervenir un juriste. À la question « existe-t-il des moyens légaux permettant de prévenir la carence de la future mère lorsqu'elle souffre d'une maladie mentale ? », ce juriste indiqua que « l'enfant né et ayant vécu les premières années de son existence dans des conditions traumatisantes [...] – même porteur d'aucune tare – [était] un être vulnérable, fragile, parfois inadapté⁴⁷ ». Il proposa de s'appuyer sur l'ordonnance du 2 février 1945 qui traitait de la protection de l'enfance en danger. Il déplorait : « Notre droit ne prévoit aucune action préventive pour empêcher une malade mentale d'être mère⁴⁸. » Il cita les juges des enfants qui écrivaient que, « si on ne fait rien, ils rempliront plus tard les prisons, les sanas, les asiles pour asociaux : il faut les aider à se développer et à s'adapter à la vie en société⁴⁹ ». Le message était clair : au nom de la protection des enfants qui auraient à souffrir des carences de leur mère malade mentale, il revendiquait le droit de les empêcher de naître.

Les stérilisateurs restent impunis

Il y eut l'affaire de Mlle J., médiatisée avec le procès d'un « stérilisateur » assumé, Robert Million, alors médecin-chef de l'asile de Saint-Égrève. Mlle J. fut hospitalisée quatre semaines dans son service entre avril et mai 1963. L'observation médicale décrivait une belle jeune femme de 20 ans, arriérée mentale, qui exprimait

« naïvement une demande infantile d'être comme les autres jeunes filles », qui voulait « être embrassée » et voulait « un mari pour l'avoir dans son lit "comme maman"⁵⁰ ». Robert Million précisait que les parents étaient « d'excellente culture, catholiques sincères et profonds ». La mère lui confia sa crainte d'une grossesse chez sa fille et proposait de l'emmener en Suisse où l'opération de stérilisation était autorisée. « Nous lui proposons de prendre nos responsabilités "ici et maintenant" », déclara Robert Million. Il déclara aussi être agacé par les railleries des gynécologues suisses sur les restrictions du droit français quant à la stérilisation des malades mentaux : « À l'époque, j'avais encore en tête les paroles du professeur de gynécologie de Genève, le docteur Geisendorf qui, dans un pathétique appel à la responsabilité des médecins français lors du colloque de Royaumont de mai 1963, avait dressé devant nous la situation très difficile des spécialistes suisses chargés de résoudre de nombreux cas semblables. J'ai pensé qu'il n'existe pas de part et d'autre d'une frontière deux définitions différentes du "sens de l'humain" et de la charité... » On entend encore l'oxymore d'une mutilation justifiée par la compassion. Robert Million cita Gabriel Deshaies et la notion d'incapacité parentale. Pour souligner son engagement, il termina son témoignage par : « J'ai assisté à l'intervention ! »

Le Conseil départemental de l'ordre des médecins convoqua Robert Million pour n'avoir pas respecté la règle qui proscrivait la stérilisation à visée anticonceptionnelle hors d'une situation de mise en danger de la vie de la mère. Amené à s'expliquer, Robert Million demanda : « Devais-je la laisser partir en Suisse. Tout était prêt... » La question lui fut posée : « Pouvez-vous nous affirmer qu'une grossesse aurait presque sûrement entraîné la mort ? » Robert Million reconnut qu'il ne s'agissait pas d'un risque « vital » mais, se

prévalant de la pensée d'Henri Ey, il assura que la maladie mentale tuait la malade dans son « humanité ». Le Conseil ne lui donna pas raison. Robert Million fut sanctionné d'un avertissement et d'une amende de 120 francs (somme équivalente aujourd'hui à 200 euros). Ces sanctions étaient symboliques. Le but du Conseil départemental de l'ordre des médecins était de rappeler aux médecins aliénistes la loi et le cadre étroit des dérogations. Estimant sa sanction « scandaleuse » pour une affaire « banale », Robert Million fit appel de sa condamnation auprès du Conseil national. Il cita à nouveau Gabriel Deshaies pour se défendre : « C'est l'internement qui est castrateur. » Il obtint gain de cause. Le Conseil national annula la sanction du Conseil départemental.

Trois ans plus tard, dans le témoignage que Robert Million fit à l'occasion de la réunion de 1966, l'épilogue qu'il donna à cette affaire fut nuancé. Il indiqua que la malade était maintenant améliorée... La mère lui avait confié : « On respire depuis qu'elle a été opérée, on est plus décontracté... » Robert Million expliqua ainsi cette amélioration : « L'aspect psychotique du tableau était lié à l'angoisse maternelle. » Il confia à demi-mot qu'il eût été préférable de recourir à une contraception.

« La bête (n')est (pas) morte »

En 1967, à l'initiative du député gaulliste Lucien Neuwirth, une loi fut promulguée pour autoriser la contraception orale. En 1975 l'avortement fut légalisé grâce à une loi courageusement défendue par Simone Veil. Ces avancées ne firent pas disparaître les stérilisateurs. Le problème réapparut en 1997 avec l'affaire des handicapées de l'Yonne. Entre 1995 et 1997, cinq femmes

handicapées mentales, employées au Centre d'aide par le travail de Sens, furent stérilisées à leur insu. « On a dit à ces femmes qu'on les opérait de l'appendicite alors qu'on les stérilisait », expliqua le père de l'une d'entre elles⁵¹. En 2000, l'association de défense des handicapées de l'Yonne déposa une plainte auprès du tribunal de grande instance de Sens pour « violence ayant entraîné une mutilation permanente » et « non-dénonciation de crime » en raison de l'inaction des autorités locales. Ce fut le début d'un feuilleton judiciaire qui dura huit ans. Le magistrat instructeur déclara la plainte irrecevable. Cet arrêt fut frappé d'un pourvoi par l'association. Le pourvoi fut rejeté par la cour d'appel. Les associations de défense se constituèrent en partie civile pour porter à nouveau plainte. Le tribunal de grande instance de Sens rendit un non-lieu. Les requérantes interjetèrent appel de ce non-lieu. La cour d'appel de Paris confirma l'ordonnance du tribunal de grande instance de Sens. Les parties civiles formèrent un pourvoi en cassation. La chambre criminelle de la Cour de cassation le déclara irrecevable. En 2008, l'affaire fut portée devant la Cour européenne des droits de l'homme⁵². En 2018, vingt ans après les faits, elle n'est toujours pas jugée. Au xxi^e siècle, malgré la loi en vigueur⁵³, les stérilisateurs restent impunis.

Épilogue

Aujourd'hui la question de la procréation chez les malades mentaux ne se pose plus comme elle se posait au xix^e et au xx^e siècle. L'efficacité et la diffusion des méthodes contraceptives ont permis de dissocier les enjeux de la sexualité de ceux de la

fécondité. La stérilisation des malades mentaux ne déchaîne plus comme autrefois les passions des médecins et des législateurs. Mais la question de l'accès des malades mentaux à la procréation reste la même. Un malade mental reconnu comme tel n'a pas accès à la procréation médicalement assistée. Personne ne peut garantir que, demain, une personne reconnue « normale », mais dont les tests génétiques décèleront une vulnérabilité mentale, pourra y avoir accès. La problématique de fond de la stérilisation des malades mentaux est la considération que porte une société sur ses membres les plus vulnérables. Si la société est comparée à un tissu, sa solidité est celle de ses mailles les plus faibles. Celui qui veut renforcer les liens d'une société doit prendre soin de ses points de fragilité. À l'opposé, celui qui voudrait faire disparaître ses mailles les plus faibles finirait par faire disparaître le tissu dans sa totalité.

L'étrange et terrible destin des anorexiques

PAR GÉRARD OSTERMANN

Le savoir, dans ses différentes composantes, a toujours été traversé par des idées folles. Le champ psychiatrique n'y fait pas exception. On entend souvent la citation « Mal nommer les choses, c'est ajouter aux malheurs du monde » que l'on attribue à Albert Camus. Cela sonne bien, mais il n'a pas dit exactement cela – la phrase de 1944 dit : « Mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde » ! « Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire arrivent aisément », affirmait avant lui Nicolas Boileau. Or ce qui est mal nommé ne peut pas précisément se penser ! Et ce qui est mal pensé risque de produire toutes sortes de contre-attitudes négatives soignantes. Nous avons besoin de comprendre pour agir. Et nous avons besoin de comprendre pour ne pas nous y perdre. Sans doute aussi le mot lui-même est-il trompeur : étymologiquement, « anorexie » signifie en effet « sans appétit » – du grec ancien : ὄνορεξία (anorexía), « manque d'appétit ». Or l'anorexie n'est pas une perte d'appétit. « Au contraire, on a faim tout le temps ! », corrige la philosophe Michela

Marzano¹ qui raconte dans son ouvrage, *Légère comme un papillon* son histoire d'anorexique. Mais l'étymologie ne tient pas lieu d'analyse conceptuelle. Ce n'est pas non plus une absence de volonté : « On ne manque pas de volonté, mais on l'emploie tout entière à ne pas manger parce qu'on se sent coupable d'avaler, alors même que l'on est sans cesse tenté par la nourriture. » Pour faire une anorexie, il faut beaucoup d'appétit, c'est-à-dire avoir des envies fortes de quelque chose de fort, des attentes fortes, et, en même temps, avec cette force, il y a en arrière-plan le doute sur soi. Et, donc, il y a le chaud de l'appétit, le froid du doute et il y a l'orage entre les deux. Si aucun soignant n'a peur de soigner un cancéreux, beaucoup sont terrifiés par le soin d'une anorexique : ils refusent d'être engagés dans ce soin pour ne pas risquer d'être accusés de sa mort éventuelle. Quelle peut être l'énigme d'un tel défaussement ?

Un paradoxe humain fou : se priver jusqu'à se détruire pour exister

Il est vain d'exhorter une personne anorexique à faire un effort pour manger tant que n'ont pas émergé les raisons profondes de sa destructivité. Et, s'il est parfois nécessaire de l'hospitaliser à cause de sa faiblesse, le gain de quelques kilos ne résout pas ses difficultés intimes. Les rechutes sont fréquentes, ou bien les symptômes se transforment.

Il y a là un scandale pour l'esprit : ces jeunes filles, ces jeunes femmes, voire plus rarement ces jeunes hommes, souvent brillants, adoptent une conduite de restriction alimentaire qui peut les conduire

jusqu'à la mort, alors que ce n'est en rien une conduite suicidaire, mais au contraire un moyen pour elles de se sentir exister. Marta Balinska², évoquant ses quinze années d'expérience d'anorexie, écrit : « Pour vivre vraiment – et non pas uniquement survivre – il fallait prendre le risque de mourir. » Alors qu'elles restreignent leur alimentation, elles sont habitées par la peur de la boulimie, et celles qui sont boulimiques n'ont qu'un rêve, celui de devenir anorexiques. Elles sont obsédées par la nourriture et, si elles la refusent, c'est parce qu'elles craignent de ne pas pouvoir la contrôler. Derrière cette conduite paradoxale, on retrouve le paradoxe qui est au cœur de la spécificité humaine. Pour être soi, il faut accepter de se nourrir des autres mais, en même temps, pouvoir se sentir différent de ces autres. Plus on a besoin de recevoir des autres ce qui nous manque, plus on peut ressentir ce besoin comme une menace sur notre autonomie³.

Ce paradoxe propre à l'être humain existe parce que seul l'homme perçoit la conscience qu'il a de lui-même. Le lien de dépendance ne trouve pas à s'élaborer par des moyens intrapsychiques. Or ce désir pour l'autre peut se transformer en un pouvoir de l'autre sur soi. C'est ce que traduisent de façon souvent bien peu métaphorique les expressions communes telles que : « il me prend la tête », « tu me soûles », « tu me gaves », où l'on voit l'attente à l'égard d'autrui se transformer en une peur d'un empiétement que les troubles du comportement et les passages à l'acte (scarifications) tentent souvent de conjurer par la fausse maîtrise de la situation qu'ils semblent offrir⁴. L'élément commun central à ces angoisses, c'est bien la peur de ne plus être soi, de ne plus s'appartenir. Le maître mot est la « perte de contrôle » : la peur d'être ou de devenir fou en est l'expression la plus forte. L'émotion que l'autre suscite en nous peut ainsi être éprouvée comme le

cheval de Troie à l'intérieur de nous. La « réaction anorexique » n'est pas en soi une maladie, mais le symptôme devient une maladie lorsqu'il est organisateur d'un mode relationnel, et il faut reconnaître que ce type de trouble du comportement possède un pouvoir organisateur formidable⁵.

Si manger est un acte social (« manger, c'est parler avec les autres », note Brillat-Savarin), chez l'anorexique, il y a quelque chose qui ne veut pas parler, la parole est comme amputée. L'anorexie est ce « cri silencieux », ce « symptôme d'une parole qui ne parvient pas à s'exprimer autrement »⁶. L'anorexique exhibe son corps, l'expose, le jette dans la relation. Il existe même des sites Internet qui font la dangereuse et folle promotion de l'anorexie. Et en même temps, par un paradoxe qui n'a pas fini de nous étonner, l'anorexique se désolidarise de son être matériel, en refusant de satisfaire ses besoins les plus élémentaires ; ce qui tend vers la négation de la réalité de ce corps-prison. Lorsque les mères sont par exemple contaminées par la peur de grossir⁷ et subissent la pression médico-diététique, toute la symphonie de l'oralité en est infiltrée. La nourriture, dans sa nécessaire quotidienneté, absorbée par chacun d'entre nous, revêt soudainement le masque d'une inquiétante étrangeté par l'enchevêtrement organique du corps et de l'aliment, que ce soit sous le sceau du bon usage ou dans le secret déferlement des pulsions – et ce sont des histoires sans faim dans lesquelles la nourriture est soit absente (anorexie), soit trop présente (boulimie). Histoires qui paraissent aussi sans fin, tant leur évolution sera parfois longue, imprévisible, à rechutes, s'étalant sur plusieurs années.

L'important avec la question des troubles des conduites alimentaires, c'est la pluralité des angles de vue possibles. En effet, la maladie alimentaire est un syndrome, c'est-à-dire un ensemble de

signes et de symptômes. Au début d'ailleurs, ce n'est pas vraiment une maladie que de se priver de manger ou de manger trop, mais cela le devient ensuite, car le corps est atteint, même si c'est la personne qui compte.

L'anorexie dite sainte ou mystique

Même quand sont évoquées des tentatives plus anciennes, on s'accorde pour situer à la fin du xix^e siècle l'apparition des formulations modernes du diagnostic d'anorexie. Les divergences se font sur l'articulation entre cette histoire du diagnostic et celle de la maladie : a-t-on affaire à une apparition récente du diagnostic et de la maladie, ou à une découverte diagnostique tardive d'une maladie très ancienne ?

C'est autour de la question des « saintes anorexiques » que le débat s'est noué. Les saintes médiévales étaient-elles des anorexiques ? Autrement dit, la maladie a-t-elle existé avant le diagnostic ? Les femmes réputées pour vivre sans rien manger – c'est-à-dire rien d'autre que l'eucharistie – furent particulièrement nombreuses du xiii^e au xv^e siècle. Deux auteurs se distinguent dans le débat qui oppose les tenants de la rupture entre *anorexia mirabilis*, la perte miraculeuse d'appétit, et *anorexie mentale* aux tenants de la continuité. Ginette Rimbaud et Caroline Eliacheff, dans leur ouvrage *Les Indomptables*, ont fait connaître en France les conceptions de l'Américain Rudolph M. Bel⁸ sur l'*Holy Anorexia* de Catherine de Sienne⁹. Cet historien utilise rétrospectivement des théories psychologiques modernes pour expliquer les cas de jeûne médiéval, et parle d'une « analogie » entre les jeûneuses médiévales et les

jeûneuses modernes : les saintes médiévales auraient eu des « comportements anorexiques » (*anorexic behavior patterns*). Même si Bel n'affirme pas l'équivalence entre anorexiques modernes et saintes médiévales (qu'il qualifie de « saintes anorexiques »), il en fait deux « analogues », psychologiquement motivées par une même recherche d'identité et d'autonomie dans des sociétés qui oppriment les femmes. « En ce sens, conclut-il, la réponse anorexique est éternelle. »

En revanche, pour la médiéviste Caroline Bynum¹⁰, le renoncement à la nourriture prend sens dans un système plus large de pratiques religieuses, ce qu'oublient les auteurs modernes qui donnent au jeûne une place prépondérante : le rapprochement avec l'anorexie mentale apparaît comme un contresens historique, et l'usage du diagnostic rétrospectif est pour cette historienne une erreur. Il n'est même pas possible, selon elle, de parler d'un même comportement de jeûne qui serait vu différemment d'une époque à l'autre (comme un acte de piété au Moyen Âge et une maladie au xx^e siècle).

Pascal Guingand pose clairement la question : « Qu'est-ce que Marthe Robin, mystique anorexique et stigmatisée, qui n'a ni mangé ni bu, ni dormi pendant plus de cinquante ans, peut avoir de commun, fondamentalement, avec Mme W, pensionnaire chronique des services d'endocrinologie et de psychiatrie ? La ferveur religieuse pour l'abstinence ? Le rejet du corps ? La recherche de pureté ? Le fait énigmatique que l'une et l'autre mangent non pas rien mais *le rien*¹¹ ? » Il est plus juste alors de parler d'« inédie » – fait pour une personne de vivre sans se nourrir en puisant son énergie dans le milieu ambiant – que d'anorexie. Jacques Lacan, en écrivant « elle mange *le rien* », est le seul à avoir affirmé que l'anorexique *mangeait*, qu'il y avait une manière positive de

comprendre ce refus. D'ailleurs *rien*, en anglais *nothing*, signifie : *pas une chose*. L'« anorexie sainte » disparaît vers le xvi^e siècle lorsque, la définition de la sainteté des femmes s'étant modifié, il devient possible pour les saintes d'être reconnues dans leurs bonnes œuvres, et non dans leur jeûne mystique¹². Pour Quignard, l'anorexie est l'anachorèse elle-même. De son enfance, l'auteur se souvient d'une nurse qui préférait lire que le chérir. Privé d'une affection qu'elle portait aux mots plutôt qu'à l'enfant qu'il était, il devient anorexique : « Ma gorge se serre soudain, évoquant ces heures où je ne parlais pas encore. Elles masquent un autre monde qui se dérobera toujours à ma quête. Une espèce de sanglot sec faisait suffoquer le haut du corps. Je ne déglutis plus. Je ne souffris plus qu'une fourchette ou une cuiller s'approchent de mes lèvres. L'attraction qu'exercent sur moi les livres est d'une nature qui restera¹³ ».

La bataille France-Angleterre

La découverte médicale de l'anorexie mentale reste un sujet disputé entre Français et Anglais. D'un côté, sir William Gull, médecin officiel de la Couronne, parle dès 1869 de l'apepsie hystérique des jeunes femmes refusant de s'alimenter, alors qu'elles sont déjà très amaigries. En juillet 1874, il publie pour la première fois une description de l'*anorexia nervosa*. Entre-temps, le psychiatre Charles Lasègue, qui a commencé sa carrière en psychiatrie, puis qui fonde et dirige les archives générales de médecine, publie, en 1873, la description de ses résultats tirés de l'examen de huit patients soignés pour anorexie hystérique. Les publications se

multiplient, témoignant d'un intérêt et d'une reconnaissance par le corps médical, mais il faudra attendre des décennies pour que cette maladie soit connue du public.

On a contesté que Lasègue et Gull soient les « découvreurs » de l'anorexie quand on a remis au jour les publications en 1860 du psychiatre Louis-Victor Marcé (1828-1864) dans les *Annales médico-psychologiques*¹⁴. Celui-ci note une forme de délire hypocondriaque consécutif aux dyspepsies et caractérisé principalement par le refus d'aliments. En France, ce sont les travaux de Huchard (1883) qui débouchent sur le terme d'« anorexie mentale », mais c'est Charcot (1885) qui va insister sur un élément essentiel du diagnostic : le désir et l'obsession de la minceur. Pierre Janet (1909) va particulièrement s'intéresser à la composante obsessionnelle de l'anorexie mentale. Avec Jean Martin Charcot, l'un des maîtres de Freud en psychiatrie, commence l'hospitalisation avec isolement, alors que Lasègue ne la prescrit aucunement. Charcot imagine ainsi forcer la patiente anorexique à manger par l'ennui et l'isolement de son entourage. Vision d'un moment, qui témoigne de la difficulté de se représenter de façon claire et dépassionnée des troubles d'origine psychique. En témoigne le nombre de dénominations proposées : *Apepsia hysterica*, *Anorexia nervosa* (Gull, 1868, 1874), anorexie hystérique (Lasègue, 1873), anorexie mentale (Huchard, 1883), anorexie psychogène, abiorexie (Klotz, 1955), cachexie psychogène, psycho-endocrinienne de l'adolescence, oligophagie d'origine psychonévrotique (Decourt, XXX). Au moment de la Première Guerre mondiale, des médecins cherchent une étiologie purement somatique, on vient de découvrir les hormones hypophysaires et on parle alors de cachexie hypophysaire (Simmonds, 1914).

La suite de l'histoire de l'anorexie mentale est marquée par le questionnement incessant des scientifiques sur son déterminisme

principal et rend compte de la singularité de la maladie située au carrefour du somatique et du psychique. On a tenté des explications psychopathologiques de l'anorexie mentale comme symptôme ou syndrome. On l'a même rapprochée de la psychose et des états limites. Ce que l'on peut repérer, c'est une faille dans la construction de l'oralité. L'oralité, c'est aussi parler. C'est en effet un déséquilibre psychosomatique. C'est même presque un paradigme du déséquilibre psychosomatique, tout à la fois de l'oralité, de la féminité et de la subjectivité¹⁵, car les caractéristiques du vivant sont : assimilation, reproduction et individuation, et on retrouve cela dans toutes les atteintes de l'anorexie. Soigner, c'est restructurer les oralités et développer ce qui en était non développé, comme les oralités du mordant.

À la recherche éperdue de la structure de l'anorexique

Sur la question même de la structure, des écoles de pensée s'opposent sans convaincre, car aucun de ces courants théoriques ne débouche sur une attitude thérapeutique cohérente et efficace. Il y a plus à gagner pour le soin à apposer plus qu'à opposer les approches. La théorie est l'ensemble des règles systématiquement organisées pour servir de base à une science et expliquer le plus grand nombre de faits. Généralement, la pratique s'oppose à la théorie. Le problème en médecine, c'est que l'on pense l'exercer à partir d'une théorie scientifique qui n'est qu'une fiction. La fiction est une invention de l'esprit qui n'a de réalité que par convention. Toute rencontre avec un malade est rencontre avec une souffrance que

l'on prétendra expliquer seulement dans un second temps. Nous avons besoin de comprendre pour ne pas nous perdre. Or nous savons que comprendre et savoir nous éloigne de l'intersubjectivité de la rencontre. Les études théoriques sur la place des troubles des comportements alimentaires dans la psychopathologie et dans la nosographie psychiatrique ont amené certains à vouloir en faire des symptômes rattachables à des entités psychiatriques déjà connues. L'anorexie apparaît comme « transnosographique », avec des dimensions psychopathologiques très différentes allant de l'hystérie à l'obsession, à la phobie, à la psychose ou aux états limites, voire aux troubles bipolaires. Mais ce qui est structurel, c'est la défaillance de l'oralité. Manger, c'est se conserver en vie, et cette transmission initiale ne s'est pas correctement opérée.

Penser l'anorexie hors de la nosographie psychiatrique classique, la penser comme une maladie au carrefour du psychologique et du somatique pose la question du soin : doit-il se faire en psychiatrie, en endocrinologie ou en nutrition ? N'est-ce pas là l'illustration de notre défaillance de l'interface entre spécialités ?

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la recherche d'une définition rigoureuse et explicite de chacune des opérations qui conduisent à un diagnostic psychiatrique a abouti à l'établissement de critères diagnostiques précis tels que ceux décrits dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)* ou ceux utilisés dans la *Classification internationale des maladies (CIM)*. En même temps, ces classifications ne parviennent pas à une définition satisfaisante. On ne peut pas s'en sortir avec le raisonnement psychiatrique tel qu'il est. Le *DSM-5*, par exemple, a fait disparaître le critère aménorrhée. C'est comme si l'on avait gommé toute la partie endocrinologique. Et pourtant le tissu adipeux est un tissu intelligent qui produit la leptine, dite « hormone de la satiété ».

Quand le corps est sans masse grasse, la leptine n'est plus sécrétée. Cette hormone permet la commande des œstrogènes comme des hormones mâles.

Mais tous les troubles psychiatriques ne peuvent-ils pas être regardés comme une volonté de maîtrise qui remplace la dépendance au lien par un comportement autocentré ? Depuis cinquante ans, les avancées scientifiques montrent que la biologie, c'est la transmission, l'ouverture, le changement et non la répétition du même. Quand la peur domine, il y a un repli sur soi. Si ce repli est temporaire, il est protecteur. À l'inverse, si l'on s'y enferme, la contrainte arrive. C'est la peur, en partie irrationnelle, qui va alors devenir l'agent organisateur de la structure.

Au départ c'est une biologie, et un défaut de régulation émotionnelle. Ce défaut de régulation émotionnelle est probablement très lié aux mécanismes d'attachement décrits par John Bowlby. Ceux qui réfléchissent sur le soin insistent sur l'accompagnement indispensable d'un attachement sûr pour retrouver le goût d'éprouver et de ressentir. Sortir de l'anorexie, c'est en effet tout un réapprentissage des émotions et des affects. Guérir passe souvent par une dépression de remaniement, en particulier pour les formes les plus difficiles, qui sont celles avec crises de boulimie et vomissements¹⁶. Il faut, en effet, replacer les troubles des conduites alimentaires dans ce que l'on appelle aujourd'hui les conduites addictives.

L'anorexie : une addiction folle ?

Depuis quelques années, une série de travaux scientifiques sont venus étayer une vision nouvelle de l'anorexie mentale. L'addiction,

c'est ne faire que ça, ne penser qu'à ça et être mal sans ça. C'est mettre une sensation à la place d'une émotion mal régulée. L'équipe du Pr Philip Gorwood révèle l'implication majeure des circuits cérébraux de la récompense et ce, par différents niveaux d'exploration. Les anorexiques n'auraient pas peur de grossir, mais plaisir à maigrir ! « En inversant notre compréhension de cette maladie, dit Philip Gorwood, on a bon espoir de développer enfin des traitements efficaces¹⁷. »

Si l'anorexie est un symptôme de notre époque, c'est parce que l'anorexique ferme le circuit du besoin, dans la mesure où elle vient signifier qu'il se peut que l'on meure de faim, pour ne pas mourir, au sens du désir. Elle ne veut « rien », dans un univers où tout le monde veut « tout ». Elle rappelle une évidence, celle de la dialectique subtile entre l'être et l'avoir, et celle de signifier le manque face à un environnement qui pousserait à la totalité, à l'Un. L'anorexique mange *le rien* et a grand appétit.

L'insensé du côté des soignants

L'insensé, c'est de penser que l'anorexie, ce n'est que dans la tête ou que dans le corps des patients et qu'il faut les contraindre parce qu'ils n'ont pas de volonté. On ne peut que rejoindre Philippe Jeammet, fervent partisan des internats. Dans la majorité des cas, l'internat est un facteur de liberté. Certes, il représente une contrainte extérieure, mais bien moindre que la contrainte intérieure émotionnelle de l'enfant au sein de sa famille pris sous le regard des parents, eux-mêmes pris par la force du symptôme de l'enfant.

Du refus de la douleur à la douleur du refus

Entrer dans l'anorexie, c'est d'abord lutter contre la faim et entrer dans une restriction alimentaire. Sauter des repas va assez vite retentir sur tous les rythmes de la vie biologique, et les douleurs de la faim génèrent des troubles du sommeil. La faim fait surgir des fantasmes cannibaliques qui épouvantent en créant une souffrance encore plus éprouvante que celle que la faim voulait éviter. Si, par la nourriture, nous mangeons tous de l'autre d'une manière métaphorique, l'anorexique saute en quelque sorte ces étapes et, affamé, mange de l'autre sous sa forme la plus pure : l'autre-Idéal¹⁸. La maladie anorexique apparaît comme une maladie de l'idéalité. La culpabilité et la honte contribuent à resserrer le nœud de la restriction avec un repli sur soi de plus en plus inquiétant. L'atteinte du corps biologique fait alors basculer la réaction anorexique – forme assez banale des crises d'adolescence – en une véritable maladie somatique. Un trouble fonctionnel au départ finit par devenir après des années d'évolution un trouble organique. Il importe de souligner que ces jeunes patientes sont avec l'état de survie qui s'installe dans une sorte de fracas émotionnel, et tout mouvement d'émotion même s'il comporte une dimension positive risque d'aggraver le processus anorexique.

La médicalisation de l'existence : une triple passion de l'ignorance, de la norme et de l'évaluation¹⁹ ?

Dans *Anorexie et désir mimétique*, René Girard²⁰ s'inscrit en faux contre les interprétations courantes, psychanalytiques ou autres. Loin d'être profondément enfouie dans l'esprit du temps, la motivation est parfaitement visible dans l'esprit du temps : « Le désir de mincir, point, et pour tous. » Il évoque l'impératif de minceur qui domine l'imaginaire collectif.

Dans la *Naissance de la clinique*, Michel Foucault montre comment le regard clinique hippocratique qui consiste à voir le malade se transforme en un *voir la pathologie*. Et sans doute faudrait-il rajouter à présent : voir l'image chiffrée et objectivée de cette pathologie. Ne sommes-nous pas soumis à trois passions ?

La passion de l'ignorance²¹

La passion de l'ignorance consiste à entretenir farouchement et à son insu la méconnaissance de ses propres pensées, en particulier celles qui relèvent de l'intime. Qu'est-ce qu'il y a en moi que j'ignore à ce point passionnément que je ne veux rien en savoir bien que j'en sache quelque chose ? La passion nous meut pour masquer ce qui est inscrit au fond de nous. L'aspect psychologique du phénomène est soigneusement ignoré, ne serait-ce que par l'interposition quasi systématique du postulat biologique, écran qui isole le chercheur de son objet de recherche. À l'inverse, les soignants qui ne sont préoccupés que du psychologique finissent par oublier l'écoute du biologique.

Des chercheurs de l'Inserm de l'unité « Nutrition, inflammation et dysfonction de l'axe de l'intestin cerveau » (université de Rouen) travaillent depuis des années sur les rapports entre l'intestin et le cerveau²². Et ils ont identifié, en 2014, une protéine qui s'est révélée être le sosie parfait de l'hormone de la satiété, appelée aussi la mélanotropine. Son nom de code ? ClpB. Cette protéine est fabriquée par certaines bactéries comme *Escherichia coli* qui sont naturellement présentes dans notre flore intestinale. Normalement, l'organisme produit des anticorps contre cette protéine. Mais ces anticorps se lient également à l'hormone de la satiété du fait de son homologie de structure, ce qui explique qu'ils modifient l'effet rassasiant de l'hormone. Si cette étude de l'Inserm démontre le rôle d'une protéine bactérienne dans la régulation de l'appétit, il serait particulièrement réducteur d'en faire l'unique cause des troubles des conduites alimentaires. Car il nous faut apprendre à raisonner non plus en causalité linéaire, mais en causalité circulaire, c'est-à-dire penser la complexité, comme l'enseigne régulièrement Boris Cyrulnik.

Si le thérapeute est un adepte des thérapies de la « mémoire retrouvée » (TMR), s'appuyant de façon simpliste sur la théorie du refoulement, il dira à sa patiente anorexique ou boulimique que son problème actuel n'a très certainement qu'une seule cause : des abus sexuels subis dans sa petite enfance et ensuite refoulés²³. Le psy utilise alors des procédés destinés à retrouver cette « mémoire » – par exemple l'analyse des rêves, la suggestion, l'hypnose, l'imagerie guidée. Il peut aussi recommander au patient de revoir un endroit lié à l'enfance et d'attendre une sorte d'illumination, de flash, qui lui fera prendre conscience de l'événement qui s'y serait passé. Dès lors, l'imagination fait son travail : elle apporte des éléments supplémentaires, et l'histoire va prendre corps. Les ravages des faux

souvenirs ont commencé à sévir aux États-Unis dans les années 1980. Ce fléau s'est étendu à la France à la fin des années 1990 et gagne dans l'ombre de plus en plus de terrain.

La passion de la norme

Michel Foucault a montré que la dimension d'autocontrôle est au centre du processus de socialisation dans la modernité. Tout se passe comme si les jeunes filles anorexiques avaient totalement réussi à intégrer cette norme : elles sont arrivées à contrôler (ou en ont du moins l'illusion) leurs sensations corporelles, leurs pensées, leurs affects, leurs relations, etc. En rentrant dans ces processus d'autocontrôle, elles ne perçoivent alors pas qu'elles sont prises dans le dispositif du pouvoir moderne qui fabrique de cette manière de l'individualisation. Toutefois, cette dimension d'autocontrôle est d'autant plus importante que notre culture contemporaine est centrée sur l'autonomie²⁴.

La passion de l'évaluation

Nous sommes désormais obligés de coucher les maux de nos patients dans le lit de Procuste de la 10^e classification internationale des maladies (*CIM10*) ou du *DSM-5*. Le *DSM* (*Diagnostic and Statistical Manual*) est une sorte de catalogue et de recensement des troubles du comportement créé par la psychiatrie américaine. En multipliant les catégories psychiatriques (entre le *DSM-I* et le *DSM-IV*, soit entre les années 1950 et les années 1990, on est passé de 100 à 400 troubles du comportement), on a multiplié d'autant les possibilités de porter ces diagnostics. On enferme les patients avec

des étiquettes diagnostiques, de façon de plus en plus bureaucratique.

Si l'évidence est que l'anorexie apparaît aujourd'hui comme une maladie psychiatrique, le paradoxe est que le code sécu de *consultation complexe* (trouble des conduites alimentaires) existe, mais quand on est psychiatre on ne peut pas l'utiliser. Il est pour les endocrinologues ! Pour parler comme Bourdieu, l'évaluation est le « cheval de Troie » par lequel toutes les logiques du marché entrent à l'intérieur de nos actes professionnels, qu'il s'agisse du soin, de l'enseignement et des évaluations scolaires, de la recherche, du travail social, du journalisme avec les logiques de l'audimat.

Et si la folie était du côté de la société ?

Depuis 1995, date de la lecture mimétique des troubles alimentaires, plusieurs études ont montré le rôle joué dans la conduite anorexique par l'imitation des modèles médiatiques. En premier lieu, il y a le rôle de la télévision dans le formatage des comportements alimentaires²⁵. Une étude phare montre ainsi, chez les jeunes filles d'une partie des îles Fidji, les modifications des comportements alimentaires après l'arrivée de la télévision en 1995. On voit par là l'importance du modèle social dans le développement d'un mal-être corporel, sans avoir besoin de postuler l'existence de troubles internes à la famille comme déclencheur prépondérant. Il y a aussi toute la problématique de la Seconde Guerre mondiale avec cette souffrance absolue des camps de concentration qui n'a jamais été vraiment élaborée dans la culture. C'est tout le rapport de la culture à l'image de la mort. La publicité autour du corps des mannequins, par exemple, servirait en quelque sorte à masquer ce à

quoi la civilisation a été confrontée. Ces corps maigrissimes apparaîtraient comme des fétiches, ou des épouvantails²⁶ pour masquer le clivage du collectif vis-à-vis des camps de déportation et la question du mal qu'on ne peut pas exclure de notre propre culture²⁷. C'est pour cela que les personnes en anorexie dans notre société nous plongeraient dans une noire mélancolie qui nous rend incapables de nous identifier à leur enfer intérieur et au désespoir pour leurs proches. Si l'influence sociale et culturelle ne provoque pas en elle-même un trouble alimentaire, elle y participe inévitablement et favorise la résolution d'un problème psychologique dans une désorganisation alimentaire. Notre société est une société de consommation et d'image. Et l'image de la femme qui nous est proposée est mince, voire plus, représentation associée à un mode de vie valorisant et actif. Les images sont retouchées, les mannequins sont elles-mêmes d'ailleurs souvent anorexiques.

Notre époque est boulimique. Notre rythme est effréné. Notre temps est destructeur. Nous sommes passés d'une société de racines à une société de flux, avec une amplification démesurée en termes de mobilité, d'invisible, d'insaisissable, de virtuel. Cette société de flux ramène à une position de désenchantement et à un état de précarité où il n'y a plus de consensus qui nous fassent être ensemble. Une des préoccupations actuelles, c'est de pouvoir relier. Notre société de consommation accentue la place d'une oralité avide et génère à contre-courant la maîtrise des oralités : nourriture et parole sont envahissantes (publicité, Facebook, etc.). C'est bien la question du contrôle ou la question du repli protestataire. L'anorexie mentale, au niveau social, c'est une réussite parfaite du système : contrôler tout, ses pensées, ses affects, ses relations : une démesure effrayante et pathétique. Le corps de l'anorexique illustre tragiquement le dualisme de l'Occident, sa nostalgie d'une condition

angélique, et la situation particulière de la femme dans son rapport à l'incarnation. Oui, décidément, avoir un corps, nous ne savons pas à quel point c'est original, à quel point c'est compliqué aussi, surtout s'il s'agit d'un corps féminin. Tout cela, la personne souffrant d'anorexie le dit, par le biais de son corps nié et exhibé, encombrant et sacrifié.

Maîtrise de la nature, progrès technique et contrôle du corps

L'anorexique cherche à montrer dans un contexte de défi et de lutte forcenée la tentative, paradoxale, de se libérer du corps. Elle va jusqu'à une contrainte, une contrainte proche de la torture et de la mortification. Nous sommes devant un paradoxe, insistant et méconnu : la libération, une nouvelle contrainte de la modernité. Est-ce un souci du corps que de le contrecarrer ? N'est-ce pas en réalité neutraliser le corps, une manière de neutraliser précarité, souillure et mort ?

Emprise familiale ou famille en prise²⁸

Il est actuellement reconnu que toutes les familles ne sont pas dysfonctionnelles, mais il est certain que les patient(e)s issu(e)s de familles perturbées ont tendance à développer une évolution peu favorable, et ce facteur est d'autant plus lourd que l'anorexique est jeune. Ce n'est pas le plus souvent que ces parents soient mauvais, c'est qu'il y a une surtension émotionnelle dans la famille. L'anorexie,

par le fait aussi qu'elle laisse planer une menace de mort et qu'elle renvoie l'image d'un corps très abîmé, suscite des réactions émotionnelles intenses à l'intérieur de la constellation familiale.

La séparation, c'est les mettre à l'abri de cette surtension qui dramatise le contexte et où elles vivent dans une espèce de court-circuit émotionnel permanent dans l'échange de regards. Au niveau familial, l'hospitalisation introduit une sorte de pause, de trêve dans la chaîne des interactions dysfonctionnelles qui déclenchent et surtout entretiennent la configuration anorexique. Il est indispensable, pour briser les captures imaginaires que l'isolement de la jeune patiente provoque, de maintenir un contact étroit avec les parents et de leur permettre de prendre des nouvelles régulièrement de leur enfant, de favoriser des rencontres fréquentes avec ceux qui soignent et d'essayer aussi de prendre une part active dans les soins. Dans cette direction, la mise en place de groupes de parents se révèle une aide aussi précieuse qu'appréciée. Nous avons connu une période, il y a plusieurs décennies, où l'on instituait une véritable *parentectomy* (un horrible mot à consonance chirurgicale), c'est-à-dire que les parents ne pouvaient avoir aucun contact avec l'enfant ni même d'échange par courrier ou par téléphone. N'est-ce pas alors ajouter de la souffrance à la souffrance et de la culpabilité à la souffrance ? L'hospitalisation en milieu spécialisé est une phase transitoire, souvent cruciale dans la prise en charge des anorexiques. Dans la mesure du possible, il convient de l'intégrer d'emblée comme une éventualité dans le contrat thérapeutique. Elle ne devrait pas être conçue comme une menace ou un pis-aller. L'hospitalisation se décide en fonction de critères qui tiennent compte de l'état somatique, de la situation familiale et de l'état psychologique de la patiente, ainsi que des possibilités d'établir un projet thérapeutique réaliste.

À l'opposé d'une démarche culpabilisante, il semble essentiel de considérer les parents comme alliés du traitement en valorisant les compétences familiales à toutes les étapes de celui-ci. Le vécu traumatisant des parents lié à la séparation ne s'élimine pas quand la cause disparaît, et l'approche thérapeutique se doit de prendre en compte la dimension conflictuelle sous-jacente. La thérapie ne marche pas en réparant la famille, mais en s'associant, en s'appuyant sur elle, en travaillant au niveau intergénérationnel (ce que les parents ont vécu dans leur enfance ou leur adolescence) et transgénérationnel (lié aux secrets de famille générant la souffrance de quelque chose qui n'est pas digéré). Le travail familial est alors « intégré » et se fonde aussi sur diverses pratiques et théories pour élaborer un « canevas organisateur » des soins vers l'anorexique.

La perte pathogène des repas en famille

Au centre de la vie quotidienne, les repas font partie du rythme familial, des repas que l'on aimerait toujours agréables et chaleureux, des repas qui parfois tournent au vinaigre, mais qui restent une réalité fondamentale de notre vie ensemble. Pourquoi le repas est-il si important ? Comment le vivre au mieux en famille ? Quelle place la nourriture prend-elle dans notre vie quotidienne ? La nourriture fait partie intégrante du mythe familial, c'est-à-dire de l'ensemble des croyances implicites partagées par tous les membres d'une famille, qui l'identifie comme unique et singulière, qui donne forme aux liens et tisse la trame intersubjective entre chaque sujet se reconnaissant comme appartenant à cette famille. La vie est rendue appétissante par l'Autre, et l'enfance est une mise en bouche. La nourriture est un des vecteurs les plus

importants de la transmission au sein d'une famille ; elle sollicite ce qui est de l'ordre de la sensation et de la perception, ce qui met l'eau à la bouche ou déclenche la nausée, ce qui suscite envie ou dégoût. Aujourd'hui, il y a souvent une absence de repas pris ensemble, même le soir, parce que les parents rentrent tard et que les enfants ont déjà mangé. On arrive à la situation où l'on peut compter sur les doigts d'une main les repas pris ensemble dans une semaine.

Une idée folle : l'anorexie est un choix !

Autour du contexte particulier des années 1960, il y avait des services hospitaliers où l'on pouvait obliger les filles qui vomissaient à remanger leur vomi, par exemple. C'est un rapport de force avec une violence en miroir qui conduit à des actes pour le moins sadiques. Comme si c'était une demande des *indomptables* ! Il faudrait les dompter, mais elles ne sont pas indomptables, elles sont elles-mêmes, elles ne choisissent pas, elles sont sous l'emprise d'un sentiment de menace auquel elles répondent. C'est une réponse plus biologique que pensée, que raisonnée. Elles répondent ainsi parce qu'on est programmé ainsi : si l'on vit dans un état d'angoisse, des mécanismes se mettent en place pour diminuer l'angoisse. Il n'y a pas le choix de l'anorexie : il faut avoir des éléments prédisposants par rapport aux origines génétiques qui font partie d'une constellation de réactions en lien avec l'anxiété.

Guérir de l'anorexie n'est pas une idée folle

Pourquoi faudrait-il penser que l'oralité ne puisse pas guérir ? Certes, comme toutes les autres addictions, la guérison est lente et difficile, mais non impossible, comme en témoignent si bien certaines patientes comme Nicole Desportes²⁹ dans son remarquable ouvrage *Voyage jusqu'au bout de la vie : comment j'ai vaincu l'anorexie*.

Chaque médecin a sa théorie, mais un peu d'expérience apprend que la solution, quand elle existe, est toujours singulière et particulière, renvoyant non pas à un type de malade, mais à un patient déterminé *hic et nunc*. Quand l'hospitalisation a été acceptée, l'isolement donne le *la* pour s'accorder entre le corps et la psyché ainsi qu'entre la patiente et les soignants. Il s'agit de transformer le vide du chaos anorexique en un creux régénérant et de remplacer l'isolation anorexique par l'isolement.

Notre capacité soignante, c'est faire du lien et nous mettre en « creux³⁰ » (ce n'est pas se centrer sur la pathologie, mais aérer ce qui est vivant, s'appuyer sur ce qui continue de fonctionner). Le lien thérapeutique va être un lien anorexique, cela va se faire petit à petit, on va essayer de jouer l'attachement contre l'emprise, l'aider à penser. Quand on dit trouble des conduites alimentaires, le mot *trouble* est, lui, bien nommé, car le moins que l'on puisse dire, c'est que l'on n'y voit pas très clair. En effet, qu'il s'agisse de la dimension historique ou de l'anorexie contemporaine, il n'y a pas de consensus, et cela vient singulièrement compliquer la pensée du soin³¹.

Saturne et la mélancolie :

la théorie des humeurs

PAR PATRICK LEMOINE

« Or, ceux-là qui sont nés sous le signe Saturne / Fauve planète, chère aux nécromanciens, / Ont entre tous, d'après les grimoires anciens / Bonne part de malheur et bonne part de bile. / L'imagination, inquiète et débile / Vient rendre nul en eux l'effort de la Raison. »

Verlaine, *Poèmes saturniens*.

Les systèmes de pensée qui ont le plus marqué l'histoire de la médecine mondiale sont principalement la conception occidentale, hellénistique, hippocratique, nutritionnelle et localisatrice, et la conception orientale, pour l'essentiel chinoise et ayurvédique, temporelle et nutritionniste. Les deux constructions sont basées sur une théorie des humeurs et ont pareillement sombré dans une représentation cosmogonique de l'homme aussi aberrante qu'irrationnelle, ne devant rien à l'observation, tout à l'idéologie. Il a suffi en Europe qu'Hermès Trismégiste, digne héritier du dieu égyptien Thot, énonce dans la table d'Émeraude : « Ce qui est en bas est comme ce qui est en haut, et ce qui est en haut est comme

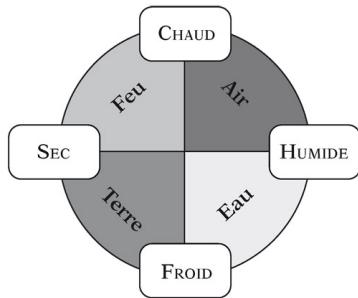
ce qui est en bas » pour qu'Empédocle (début du v^e siècle av. Jésus-Christ) rédige un texte considéré comme fondateur :

« Connais premièrement la quadruple racine
De toutes choses : Zeus aux feux lumineux,
Héra mère de vie, et puis Aidônéus,
Nestis enfin, aux pleurs dont les mortels s'abreuvent¹. »

Dès lors, chaque homme est un microcosme, parfait reflet du macrocosme, bien connu pour être composé d'un certain nombre d'éléments : (cinq en Orient) quatre en Occident : l'eau, le feu, l'air, la terre, combinés par couples ou duos. Comme le Feu est chaud, l'Air est froid, l'Eau est humide, la Terre est sèche, chacun d'entre nous est donc composé d'une mixture harmonieuse entre ces différentes qualités avec des proportions variables selon le genre ou même l'individu : feu/terre ; air/eau. Et, comme à l'époque, aucune législation ne condamnait encore le sexism, la femme (lunaire) était forcément décrite comme froide et humide, alors que l'homme était sec et brûlant, solaire comme il se doit !

La théorie des humeurs est le fidèle contrepoint de celle des éléments : la bile jaune (*colera* en latin) est chaude et sèche comme le feu, la bile noire (*colera nigra*) est froide et sèche comme la terre, le flegme (*flegma* ou *phlegma*) est froid et humide comme l'eau, et le sang (*sanguis*), contenant un peu des autres humeurs, est chaud et humide comme l'air.

Dans un tel système, la maladie ne peut qu'être due à une rupture d'équilibre entre les différentes composantes, et tout traitement vise à rétablir l'harmonie entre les humeurs. L'Église a, par la suite, promu au rang d'article de foi cette conception pourtant fort imprégnée de panthéisme.



Terrifiant soleil noir, Cronos chez les Grecs, puis Saturne chez les Romains, la sombre planète préside à la destinée funeste des infortunés qui ont le malheur de naître sous son influence. Saturne est l'astre des maladies, de l'humeur noire et parfois même de la mort. Cette tradition perdurera jusqu'au xix^e siècle, et on en retrouve les traces non seulement chez Verlaine, mais aussi chez Gérard de Nerval (*Chimères*, 1854).

« Je suis le ténébreux, le veuf, l'inconsolé,
 Le prince d'Aquitaine à la tour abolie
 Ma seule étoile est morte, et mon luth constellé
 Porte le soleil noir de la Mélancolie. »

Le DSM de l'époque avait le grand mérite d'être aussi simple que clair :

- un personnage sanguin suivra un mode de vie surtout pulsionnel ;
- un bilieux (jaune) suivra la pente de la colère ;
- un flegmatique (ou lymphatique) risquera de s'adonner à la paresse et à l'indolence ;
- enfin, si c'est la bile noire qui prédomine, c'est l'ombre sombre de la mélancolie qui planera sur son être.

Galien décrit les symptômes cardinaux de cette affliction : tristesse et abattement profonds, pouvant conduire au délire et à la folie. Comme avant lui les rois Saül et David, Démocrite, quand il rit de tout, est le parfait exemple d'un bipolaire créatif placé sous le signe de Saturne. Le terme de mélancolie (*melaina cholè* en grec) est formé de la conjonction de « bile » (*cholè*) « noire » (*melaina*). Un point particulièrement intéressant est que, si les trois autres humeurs (sang, lymphé, bile jaune) existent bel et bien, la bile noire, pourtant décrite très en détail comme noire, visqueuse, goudronneuse, s'écoulant paresseusement, n'existe... que dans l'imagination des Anciens. Bitumineuse et brillante, cette glu poisseuse est d'autant plus difficile à évacuer qu'elle est impossible à visualiser. Sombre mélasse, elle s'incruste dans l'organisme dont elle obstrue les vaisseaux, bloque la circulation. « Une eau mêlée de ténèbres substantielles », pour reprendre les termes de Gaston Bachelard. Son siège se trouve dans la rate, le *spleen* des Anglais, cette bipolaire nation atrabilaire et phlegmatique, bien connue pour son *humeur sombre* comme pour son *humour noir* – *humor* signifiant à la fois humeur et humour en anglais.

La description de la maladie qui découle d'un excès de bile noire ou atrabile n'en est pas moins précise, de même que son traitement : « Souci, maladie difficile : le malade semble avoir dans les viscères comme une épine qui le pique ; l'anxiété le tourmente ; il fuit la lumière et les hommes, il aime les ténèbres ; il est en proie à la crainte ; la cloison phrénaïque fait saillie à l'extérieur ; on lui fait mal quand on le touche ; il a peur ; il a des visions effrayantes, des songes affreux, et parfois il voit des morts. La maladie attaque d'ordinaire au printemps. À ce malade on fera boire l'hellébore, on purgera la tête ; et, après la purgation de la tête, on donnera un médicament qui évacue par le bas. Ensuite on prescrira le lait

d'ânesse (dont la couleur blanche luttera contre le noir de la bile en question). Le malade usera de très peu d'aliments, s'il n'est pas faible ; ces aliments seront froids, relâchants, rien d'âcre, rien de salé, rien d'huileux, rien de doux. Il ne se lavera pas à l'eau chaude ; il ne boira pas de vin ; il s'en tiendra à l'eau ; sinon son vin sera coupé. Point de gymnastique, point de promenades. Par ces moyens, la maladie se guérit avec le temps ; mais si elle n'est pas soignée, elle finit avec la vie². »

C'est à la Renaissance que se produit un engouement pour la position mélancolique. Être mélancolique, au sens de cette période, signifie être inactif, oisif, méditatif, triste, humble et, par conséquent, supérieurement intelligent, les hyperactifs étant rarement des génies. Le pseudo-Aristote, au IV^e siècle, n'a-t-il pas proclamé que « la mélancolie est la punition de l'homme supérieur » ? À l'origine du génie et de la mélancolie, il faut pareillement chercher du côté d'un excès de bile noire, de sorte que tout génie, selon lui, est une espèce de furieux mélancolique. Du coup, Marsile Ficin, le philosophe néoplatonicien à la fois astrologue et catholique (sacré grand écart !), considère que, pour être « tendance », rester vraiment dans le coup, il faut absolument être né sous le signe de Saturne Cronos, sombre planète de la Mélancolie, noir soleil du génie. Cronos, la dernière des sept planètes antiques, est souvent confondue avec Chronos qui représente le temps, ce monstre infanticide qui sans fin dévore ses créatures, les heures, et finit par toutes les engloutir, un jour ou l'autre, comme dans le terrifiant tableau de Goya. Avant lui, Aristote avait été à la fois surpris et troublé de constater que tous les êtres d'exception, les génies, sont des bilieux : « Pourquoi, écrit-il, tous les hommes qui se sont illustrés en philosophie, en politique, en poésie, dans les arts, ont-ils été bilieux, et bilieux à ce point de souffrir de maladies qui viennent de la

bile noire, ainsi on cite Hercule parmi les héros ? » Et en effet Hercule avait ce tempérament.

Louis XI avait ainsi clairement adopté une position mélancolique. Ennemi du faste, de la splendeur et des fêtes, il fut probablement le plus retors et aussi le plus efficace des rois de France. Discret, radin, cynique, superstitieux, effacé, ennuyeux, sournois, en un mot, génial, ce souverain mal fagoté intrigua sa vie durant contre son ennemi intime, Charles le Téméraire. À l'opposé de son sinistre suzerain, l'illustriusse Bourguignon, le magnifique duc d'Occident, tout de splendeur, de luxe et de tape-à-l'œil, bringueur impénitent, courageux au combat, tête brûlée, impulsif, snob et pusillanime, ne se plaisait que dans l'action et la guerre. À force de ruse et de cautèle, Louis XI sut réduire à merci son terrible adversaire. L'attirant hors de France et de Bourgogne pour le laisser s'aventurer en Suisse où il prit une raclée mémorable par une vague tribu de montagnards à moitié sauvages, il finit par abattre le Bourguignon – et la Bourgogne – sans verser une seule goutte du sang de ses sujets. Jeanne était vengée ! Charles le Téméraire est finalement mort gelé, à moitié dévoré par les loups, sous les remparts de Nancy, occis par l'*Universelle aragne* sans que ce dernier eût besoin de lui dépêcher un seul de ses sicaires.

Pervers contre psychopathe, le second n'avait aucune chance !

À l'image de Louis XI, Charles Quint, l'homme le plus puissant de son époque, maître quasi incontesté de l'Univers, fut aussi le prince de tous les mélancoliques. Il est probablement un des seuls, voire le seul souverain de cette envergure qui, à la fin de sa vie, abdiqua de son plein gré pour se retirer au couvent en Espagne. Il poussa même le raffinement morbide jusqu'à organiser ses propres funérailles auxquelles il assista, plus ou moins anonyme au milieu des autres moines de sa communauté. Quoi de plus ennuyeux et quoi de plus

lent qu'un enterrement... surtout quand c'est le sien ? Il fut bien puni d'ailleurs, car il y prit froid et en mourut trois semaines plus tard. On a un peu de mal aujourd'hui à imaginer le président Donald Trump en train de démissionner pour rentrer dans les ordres, à moins que ce ne soit dans l'ordre monétaire ! Le couple improbable qu'il forma avec François I^{er} , autre roi fastueux et impulsif, rappelle celui de Louis XI et de Charles, sauf que, dans ce cas, on ne peut pas dire que l'un l'emporta définitivement sur l'autre, même si après le désastre de Pavie le roi de France fut fait prisonnier et réduit à la merci de son ennemi... et que la rançon qu'il dut payer fit très mal à la France !

On ne peut s'empêcher de comparer ces frères ennemis à un autre duo plus contemporain : François Mitterrand, cynique, rusé, opiniâtre, réservé, austère, séducteur malgré tout mais de manière secrète, méditatif, en un mot génial, et Chirac grande gueule, dragueur, intelligent, bringue, bâfreur, direct, chaleureux, sympa, hyperactif à l'évidence et, malgré leurs origines, le plus gascon des deux. Mitterrand, sa vie durant, a su, lui aussi, damer le pion à Chirac, ce qui ne l'empêchera pas, comble de l'ironie, de l'adouber sur sa fin. Il est vrai que le Président théoriquement de gauche avait depuis longtemps annoncé la couleur : on ne peut qu'être florentin, donc mélancolique et génial, quand on appelle sa fille Mazarine ! Il avait aussi clairement exposé son programme personnel, ne travaillant qu'à mi-temps à l'Élysée, méditant pour le reste et reprenant à son compte le fameux « Laissons du temps au temps » que bien avant lui, un autre François, nommé Rabelais, avait lancé à la face du monde.

À la même époque de la Renaissance, la plupart des grands philosophes et penseurs cédèrent à la même mode. Marsile Ficin, Pic de La Mirandole, Machiavel se veulent saturniens, mesurés,

maussades, en un mot, génialissimes ! Léonard de Vinci et Michel-Ange ne sont pas loin de cette position, à l'inverse de Raphaël, peintre de cour et séducteur impénitent. Le point d'orgue de cette mode mélancolique est atteint lors du fameux duel pictural, Albrecht Dürer vs Lucas Cranach. La réalisation de *Melancholia I* par le premier est commanditée par le parti catholique : un ange pesant, morose au sexe incertain, voire ambigu, est assis, le menton appuyé sur la main gauche, c'est-à-dire dans la position traditionnelle de la réflexion et de la mélancolie. Le personnage central laisse passer le temps symbolisé par le sablier et la cloche des heures dans l'attente du jugement dernier (balance à peser les âmes). Mais, comme le temps de la mélancolie catholique est méditatif et imprécis, voire flou, le sablier est exactement à mi-course, le cadran solaire ne projette aucune ombre portée, alors que le sablier en produit une importante. L'heure est-elle inconnue ou est-ce midi pile, moment fatidique du démon méridien qui saisit les malheureux moines en proie à l'acédie ?

Autour de lui s'étale le plus invraisemblable bric-à-brac d'objets de toute l'histoire de l'art. Le désordre des objets artistiques (pilon à couleurs) et scientifiques (compas) serait-il à ce point nécessaire à l'inventivité ? Toute création naîtrait-elle du désordre ? C'est le fameux « *ordo ab chao* », le désordre tiré du chaos, cher aux philosophes.

Il est parfaitement clair que le personnage central n'a pas l'air joyeux et encore moins hyperactif, alors qu'il a à portée de main tous les outils, compas, rabots, scie, balance, bref, tout ce qu'il faut pour travailler ! Il s'ennuie, mais ne somnole pas. Son expression est, au contraire, anxieuse et concentrée, et il semble souffrir profondément. Le contraste est saisissant avec le *putto* qui, lui, s'active et avec le chien qui dort. En donnant un regard aigu, extrêmement vigilant à

l'ange de la mélancolie, Dürer a probablement voulu démontrer que la douleur morale est un état nécessaire au génie créateur et que cela n'a rien à voir avec la fainéantise du paresseux endormi, le chien, ni avec le labeur répétitif de l'artisan. Un message toujours d'actualité !

Ce qui différencie principalement le paresseux du mélancolique, c'est le génie et la souffrance. C'est la raison pour laquelle l'ange tient un compas et est entouré d'objets évoquant le principal des arts libéraux : la géométrie, mère de tous les arts, que tout génie digne de ce nom doit connaître et maîtriser.

Moralité : la Création divine, comme humaine (symbolisée par les instruments de la géométrie), ne peut naître que de la souffrance mélancolique. Elle est la synthèse du *typus melancholicus* et du *typus geometricus*. On dirait aujourd'hui que l'invention découle de l'inaction.

L'arc-en-ciel qui surplombe l'étendue d'eau éclairée par le flamboyant soleil noir de Saturne, patron de la Mélancolie, est à première vue un rappel du dicton : « après la pluie, le beau temps ». Il est aussi une allusion biblique : après quarante jours d'errance et d'inaction sous les torrents du déluge, Noé, réfugié sur son arche, s'échoue sur la pointe d'une montagne, le mont Ararat. L'histoire de l'humanité peut recommencer. Toujours est-il que la conception catholique de la mélancolie considère que l'oisiveté peut concerner tout le monde, y compris les anges, même s'ils ont autant d'objets que possible pour se distraire. À l'inverse, l'angelot assis à ses côtés est très actif et concentré. L'artiste a-t-il voulu signifier qu'un personnage au travail n'est qu'un enfant comparé à un homme en méditation et que ceux qui peuvent périodiquement délaisser les objets de leur labeur pour rêvasser un temps sont des hommes plus accomplis que les activistes ?

Campant sur des positions exactement inverses, Lucas Cranach, aiguillonné par Luther et son chargé de communication Mélanchton – terre noire, comme par hasard – en bon protestant, accepta de répondre à Dürer. Une réponse antiacédique, car l'acédie est une maladie de l'âme, s'exprimant par l'ennui, le dégoût, l'abattement. C'est en réalité une variante clinique de la mélancolie. Elle enlève à l'âme tout intérêt pour les choses spirituelles, les actes de la vertu de religion. D'ailleurs, les protestants, qui n'ont aucune tradition d'ascèse, ne connaissent pas non plus les notions de vie contemplative. On n'a encore jamais entendu parler d'un luthérien retiré dans le désert, façon anachorète ou yogi ! Calvin pas plus que Luther n'ont jamais fondé de couvent ni d'ordre régulier. Le protestantisme a donc radicalement supprimé la vie monastique méditative à l'origine de l'acédie, mère de l'oisiveté, de la paresse et, ô horreur, de l'improductivité, voire de l'abominable masturbation – ne dit-on pas à un inactif : « qu'est-ce que tu branles ? ». Pas de mélancolie ni de saturnisme chez les protestants anglo-saxons ! La question de l'acceptation ou non de la mélancolie est sans doute une des principales racines du grand divorce entre catholiques et protestants, peut-être même des guerres de religion.

Lucas Cranach, zélé, a peint quatre Mélancolie dont la troisième, réalisée en 1532, est conservée au musée d'Unterlinden à Colmar sous le titre de *Melancolia*. On y voit une autre sorte d'ange : une ravissante jeune femme ailée de noir. Son sexe ne fait absolument aucun doute. Elle est vêtue d'une robe rouge, couleur de la vie, de la fécondité et aussi des règles. Cette coloration est peu habituelle pour les anges qui sont en général représentés blancs, immaculés. Elle arbore un généreux décolleté. Son regard en coin est fripon et rien moins qu'angélique malgré des ailes à peine devinées.

Tout en taillant une plume (un comble) enfilée sous son aisselle, à moins que ce ne soit un bâton (qui sait ?), voire une verge (*no comment !*) dont douze copeaux gisent à terre (le temps des douze mois qui passent ?), la friponne se tient devant une ouverture à travers laquelle on aperçoit des chérubins ou plutôt des *putti* en train de se balancer avec espièglerie. Rappelons qu'en astrologie la balance, avec son suggestif et sensuel mouvement de va-et-vient d'avant en arrière et *vice versa*, est la première maison de la planète de la volupté. Son geste nonchalant et son regard aguicheur sont d'une ambiguïté assez rare et évoquent plus Vénus que Minerve ! Marie-Madeleine pécheresse plus que Marie, sainte mère de Dieu et vierge éternelle ! En un mot, l'amour plutôt que la sagesse. La balançoire bipolaire va répétitivement entraîner le *putto* du noir de la nuée mélancolique au rouge de la dame, de l'humeur sombre à l'humeur éclatante, de la tristesse à l'exaltation – en médecine, on dirait : de la manie à la mélancolie.

Par ailleurs Miss Mélancolie porte de guingois la couronne du Christ et a le pied gauche tordu, ce qui du coup lui confère quelque chose de satanique. Elle a d'ailleurs la beauté du diable, et c'est bien ce qui la rend si dangereuse ! Attention aux malheureux séducteurs qui tomberont dans ses filets, car, si la dame invite à l'amour, elle tient en même temps le couteau qui pourrait bien priver les malheureux Casanovas de l'organe qui fait leur fierté ! Sur le plan étymologique, Vénus n'est-elle pas à la fois vénale et vénérienne ? N'oublions pas qu'à l'époque, selon l'enseignement de sainte Hildegarde de Bingen (1098-1179), l'humeur noire était liée au péché originel...

L'autre interprétation, émise par Marsile Ficin, est que cette jeune femme, plus ravissante que ravissante, risque de transformer le spectateur prédateur en proie et de le faire sombrer dans la folie de

l'humeur noire (toujours la bile noire !). Pour Lucas Cranach, la mélancolie vient de Satan plutôt que de Saturne... la différence tient en trois lettres ! Elle est portée par la séduction de Vénus dont il importe de se garder. L'état maniaque ne s'accompagne-t-il pas d'une hypersexualité ? L'humeur noire appartient à Lucifer, le porteur de lumière en latin, le sombre archange qui diffuse la lumière du diable, avatar chrétien de Cronos. On peut noter au passage la proximité entre *chole* (bile) et *cholos* (colère) qui fait que le verbe *cholan* signifie à la fois avoir (se faire) de la bile et être en colère ou être fou furieux.

Dans les quatre tableaux de Cranach plane une sombre nuée peuplée d'êtres effrayants : trois sorcières et deux victimes chevauchent des dragons, des boucs, des génisses et des sangliers, tous animaux sataniques. L'effrayant nuage semble prêt à fondre sur les personnages. Selon les différents tableaux, il peut venir soit depuis l'extérieur (on le voit par la fenêtre), soit depuis l'intérieur de la pièce. C'est sans doute lui qui symbolise les conséquences de la mélancolie, et on a l'impression que la dame fait tous ses efforts pour le tenir à distance. Ou l'attirer ?

On parle d'ailleurs en psychiatrie de balancements de l'humeur pour décrire les oscillations thymiques de la psychose maniaco-dépressive ou trouble bipolaire. Dans un des trois autres tableaux de Cranach, l'allusion aux deux pôles *up and down* des Américains est encore plus nette, puisque c'est la dame elle-même qui porte les deux couleurs, soulignant que cette affection duelle de l'âme concerne bien le même personnage. L'homme mélancolique peut tour à tour être hilare, comme le philosophe Démocrite qui riait de tout, et sombre comme un autre philosophe, Héraclite, ou même comme Ajax préparant son suicide.

Si, dans la théorie des humeurs, le trouble bipolaire, moderne vocable utilisé pour désigner la psychose maniaco-dépressive, est dû à un excès de bile noire mais rend les gens géniaux, nul n'est besoin de la traiter, et ils peuvent croupir des vies durant dans les asiles à l'image de Camille Claudel ou de Vincent Van Gogh – encore des géniaux mélancoliques ! Ou alors, il faut utiliser des traitements spéculatifs destinés à évacuer l'excès de bile noire.

Au fond, on peut dire qu'après 2 500 années d'errements de la mythique théorie des humeurs en psychiatrie il ne reste qu'un point avéré : il semble que le génie soit souvent associé au trouble bipolaire. Cette maladie, en bonne partie génétique, concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient le niveau de vie ou le pays où l'on vit. Elle est assez souvent associée à une bonne intelligence et à un haut niveau de créativité ; de nombreux prix Nobel, prix littéraires, distinctions ont été remportés par des bipolaires. Il suffit de penser à Mozart, Van Gogh, Hemingway, Newton, Dickens, Churchill, Virginia Woolf, Catherine Zeta-Jones pour s'en convaincre.

Une étude américaine³ s'est penchée sur la psychologie des auteurs ayant remporté les grands prix littéraires outre-Atlantique et de leurs familles. Elle a permis de montrer que la proportion de bipolaires était beaucoup plus importante chez eux que dans la population générale et ce, jusqu'à leurs cousins, ce qui permet de penser qu'il y aurait un lien génétique entre créativité et bipolarité... Aristote avait donc raison sur ce point ! De plus, c'est non seulement la créativité mais aussi le niveau intellectuel qui semblent plus élevés dans la maladie bipolaire : parmi les 10 % de jeunes ayant le plus de prédispositions aux troubles bipolaires, le QI moyen s'est avéré supérieur de 10 points à celui des 10 % d'enfants les moins susceptibles de subir les conséquences de la bipolarité⁴. Plus

d'intelligence et plus de créativité seraient donc l'apanage de la bipolarité, ce qui fait penser aux commentaires des prix de littérature américains : quand vous nous pensez déprimés, c'est en réalité que nous sommes en gestation de notre œuvre, et quand vous nous décrivez comme maniaques, c'est que nous sommes en train de l'accoucher, d'où l'idée qu'aucune création ne se fait à jet continu, mais par intermittence, ce qui permet de penser que le trouble bipolaire remplit une fonction utile à la société, même si c'est dans la souffrance.

Une autre étude⁵ avait déjà donné des conclusions comparables : les sujets bipolaires se rencontrent plus souvent dans les milieux artistiques, domaines où la créativité s'épanouirait le plus. Parmi les peintres, écrivains, musiciens et danseurs, il y aurait 25 % de chances supplémentaires de trouver les gènes impliqués dans le développement de la bipolarité que chez les agriculteurs, travailleurs manuels et commerçants, mais encore faudrait-il prouver que les laboureurs soient moins créatifs que les écrivains ! « Pour être créatif, il faut penser différemment. Quand on est différent, on a tendance à être considéré comme étrange, fou, voire malsain », note le journaliste qui rapporte les conclusions de cette étude. Cette recherche semble donc confirmer la tendance de la recherche et consolider la croyance tenace selon laquelle les artistes et les intellectuels sont bien souvent aux confins de la folie⁶, ce qui est possible mais non certain, tant la définition de la créativité et même de l'intelligence est complexe.

Cependant, si une telle corrélation existe, le mécanisme n'a rien de systématique. Avoir un fort QI ou de grandes capacités créatives n'est pas forcément synonyme de folie. Il pourrait donc s'avérer nécessaire de protéger, sans brider leur créativité, les enfants concernés par ce risque.

Au final, 2 500 années de croyances en une idéologie – toute maladie, en particulier la mélancolie, est due à un excès de bile noire – sont à mettre au panier, mais, au moins, cette théorie n'a pas fait trop de mal, à défaut de faire du bien !

Mesmer : charlatan ou visionnaire ?

PAR PIERRE LEMARQUIS

Nous sommes à l'intérieur d'un hôtel particulier parisien à quelques semestres de la Révolution française, mais nous n'en avons pas conscience. En dehors des exploits des frères Montgolfier et de ceux de notre hôte, Mesmer le magnétiseur, nous négligeons les sujets de conversation habituels comme les dernières médisances en cours qui ne sont plus guère colportées. Nous avons payé très cher notre place et attendu des mois cet instant. Voici bientôt une heure que nous sommes dans l'obscurité d'un salon, les rideaux ayant été tirés. Un tapis épais amortit nos pas, et seules les respirations de plus en plus rapides et intenses rompent le silence imposé. Pas une seule parole ne doit être prononcée. Peu à peu nos yeux se sont habitués à l'obscurité, de grandes tapisseries ponctuées de signes cabalistiques ornent les murs, de nombreux miroirs agrandissent l'espace et reflètent la faible lumière à l'infini. Nous avons progressivement distingué les autres visiteurs : n'y aurait-il ici que des femmes ? Des aristocrates comme nous ! Et quelques laquais qui s'affairent. Oh, voici la vieille baronne de P***

qui dit avoir rencontré le comte de Saint-Germain dans sa jeunesse ; il lui aurait raconté avec moult détails la crucifixion du Christ auquel il a assisté, mais a brisé son cœur lorsqu'il lui a confié qu'il ne serait jamais amoureux, si ce n'est d'une chanteuse égyptienne ! Et la marquise d'Eniomel qui a un magnifique Nègre à son service avec lequel elle échange des regards complices ! Et là-bas la marquise de Créquy qui a fréquenté Casanova et le comte de Cagliostro, elle, pourtant proche de ces philosophes révolutionnaires si rationnels à la mode ! Comme notre hôte d'ailleurs qui soigne les pauvres gratuitement ! C'est vrai, avec moins de réussite et moins de moyens que pour les plus fortunés. Ils restent le plus souvent dehors et se contentent de saisir des cordes attachées à des arbres qu'il a magnétisés ! Mais tout de même où s'arrêteront les idées inconvenantes de ces libres-penseurs ? Notre rang et notre fortune nous permettent de bénéficier du superbe baquet qui nous attend et trône au milieu du salon ! C'est finalement une sorte de tonneau plein d'eau avec des tiges en fer qui plongent à l'intérieur. Nous les saisirons bientôt, dès que le maître aura trempé ses mains dans le liquide pour l'activer, et nous nous reliersons toutes ensemble avec des cordes ou en nous tenant la main pour faire circuler le fluide magnétique ! Mon Dieu, serais-je bientôt soulagée de mes maux de tête et de mes vapeurs ? Et pourquoi ces affections épargnent-elles les pauvres selon ma servante Suzanne¹ ?

Mais voici que résonne une musique céleste, étrange, celle d'un harmonica de verre. Elle signale le début imminent de la « cérémonie », le début de la cure magnétique et l'arrivée de Mesmer, notre sauveur ! Le voici qui pénètre dans le salon, impressionnant par sa carrure et son aura. Il porte un peignoir saumon, des babouches et trempe les mains dans le baquet tandis que continue à s'insinuer dans nos oreilles la musique cristalline

composée par Mozart, son ami. Nous saisissons les barres métalliques et les portons sur nos zones malades. Le courant passe instantanément et se propage en s'amplifiant à l'ensemble des patientes reliées entre elles. Des tremblements, des cris stridents envahissent la pièce et ne sont pas sans évoquer ceux habituellement réservés à Vénus. Mesmer circule entre nous en psalmodiant des mots incompréhensibles : « *Diggi, daggi, shurry, murry, horum, harum, lirum, larum...* » ? Il nous touche vigoureusement au passage, nous mettant directement en contact avec sa force cosmique. Certaines d'entre nous s'évanouissent, et la tête de la vieille marquise s'effondre dans le baquet. D'autres, prises de convulsions salvatrices, s'écroulent à terre en hurlant. Si la crise est trop intense, elles sont emmenées dans des pièces capitonnées avoisinantes où leurs nerfs seront calmés, dit-on, de la façon la plus naturelle possible... Il règne dans le salon une telle agitation que je me sens défaillir² !

Franz Anton Mesmer est né le 23 mai 1734 en Suisse, au bord du lac de Constance. Fils du grand veneur d'un évêque chasseur, ce dernier remarque les capacités intellectuelles de l'enfant et le prend sous sa protection. Il validera un doctorat en philosophie, en théologie, en droit et viendra faire sa médecine à Vienne. Il se révèle également bon musicien, aussi à l'aise au clavecin qu'au violoncelle ou à la flûte. C'est lui qui introduit en Autriche l'harmonica de verre perfectionné par Benjamin Franklin. Vous avez tous essayé un jour ou l'autre de produire des sons en passant votre index humide sur le sommet d'un verre plus ou moins rempli. Vous avez admiré des musiciens de rue qui vous jouent une sonate de Mozart avec ce procédé, chaque verre étant accordé pour produire une note. Franklin a amélioré l'idée et réalisé son instrument en emboîtant des bols en verre les uns dans les autres et en faisant tourner l'ensemble

dans de l'eau par l'intermédiaire d'un pédalier, comme une vieille machine à coudre. Il suffit d'appliquer ses doigts sur les bols en mouvement pour que l'ensemble devienne un instrument émettant de mystérieux sons cristallins, comme ceux des premiers synthétiseurs, propices aux cérémonies occultes en tout genre. Donizetti l'utilise pour la scène de la folie dans son opéra *Lucia di Lammermoor* lorsque son héroïne perd la raison et ensanglante ses noces en poignardant le mari dont elle ne veut pas. Richard Strauss salue Mozart, qui s'était entiché de l'instrument au contact de Mesmer, dans son œuvre *La Femme sans ombre*, qui revisite *La Flûte enchantée*.

Étrangeté, mystère, les sons acidulés de l'instrument seront bientôt accusés de tous les maux, capables de provoquer des crises d'épilepsie ou de démence, des accouchements prématurés, et de... faire aboyer les chiens ! L'instrument sera interdit par la police, mais survivra clandestinement.

Les connaissances musicales de Mesmer le guideront dans le choix du sujet de sa thèse de médecine qu'il soutiendra en 1766 « Sur l'influence des planètes ». Il y évoque l'« harmonia mundi » entre les astres et les hommes qui permet à nos corps de s'harmoniser avec le cosmos comme un instrument de musique muni de plusieurs cordes, la force mystérieuse, le principe vital originel pénétrant au plus profond de l'homme pour le relier au cosmos et assurer l'accordage pouvant être, faute de mieux, la « gravitation universelle ».

Sous l'influence de l'astrologie médiévale, on admettait l'effet des astres sur les hommes : nous serons mélancoliques sous l'influence de Saturne, lunatiques avec la pleine Lune, joviaux avec Jupiter, libidineux avec Vénus, tout en privilégiant le Soleil et sa lumière pour la guérison³.

Ancrées dans la médecine antique et celle que Marsile Ficin avait développée pour les Médicis sans oublier l'influence de Paracelse, les idées de Mesmer annoncent pourtant la modernité de Claude Bernard et la notion d'homéostasie : la maladie est considérée comme un déséquilibre de l'harmonie chez l'individu, un désaccordage trop important, une altération délétère des lois rythmiques du flux et du reflux qui permettent habituellement de rester en bonne santé et ne demandent qu'à être renforcées.

Le président de son jury de thèse n'est autre que le célèbre baron Van Swieten, proche du pouvoir, que consultera Louis XVI à Versailles et qui attribuera son impuissance à un phimosis. Affichant une volonté de progrès en médecine, il s'intéressera à l'algie vasculaire de la face, proposera le mercure pour soigner la syphilis et dissitera sur les vampires, validant sans problème les travaux de Mesmer, comme il accueillera plus tard la phrénologie de Gall qui attribue aux bosses du crâne une signification sur les aptitudes d'une personne, comme la bosse des maths. Le fils du baron n'est autre que le bibliothécaire qui sera ami et protecteur de Mozart.

Patient, prudent et tenace, le fils du grand veneur accumule les diplômes et s'élève dans l'échelle sociale. Modeste, bienveillant et jovial, il n'aura pas à se mettre au travail pour gagner sa vie : il séduit une riche veuve, la baronne von Bosch, qui possède un château, sorte de petit Versailles au bord du Danube. Remercions au passage quelques veuves fortunées qui ont permis le développement de la neurologie : Augustine-Victoire Durvis qui assura le confort matériel de Jean Martin Charcot, fondateur de la première chaire de neurologie au monde à la Salpêtrière, et Cécile Geisenheimer, veuve d'un diamantaire, qui demanda Alois Alzheimer en mariage. Le Tout-Vienne ne tarde pas à fréquenter le château von Bosch et ses propriétaires si généreux et si affables qui offrent repas et nourritures

spirituelles, et, cerise sur le gâteau, des concerts privés qui verront défiler Haydn, Gluck et Mozart.

La première rencontre avec le petit génie remonte à la fin de l'année 1767. Les Mozart tentent pour la troisième fois leur chance à Vienne auprès de la cour impériale, mais une épidémie de variole ravage la ville et emporte l'archiduchesse Josépha. Mozart échappe de peu au fléau, et, lorsque le concert à la Cour est enfin programmé, la récompense se limite à une médaille et à la promesse d'un opéra, *La Finta semplice*, qui sera saboté, en particulier par Gluck, qui ne croit pas aux capacités d'un enfant de onze ans. Mesmer, toujours généreux et perspicace, détecte le génie et convie toute la famille en son château. Il console Mozart en lui commandant un opéra qui deviendra *Bastien et Bastienne* d'après *Le Devin du village*, un intermède musical que Jean-Jacques Rousseau a composé pour Louis XV. Le futur philosophe espérait encore une carrière de musicien que Rameau détruira par ses railleries. Le futur créateur de *La Flûte enchantée* s'initie à la philosophie des Lumières avant de découvrir Beaumarchais. Déjà taquin, Mozart empruntera quelques traits de son protecteur pour créer le personnage de Colas, le devin-magicien qui tente d'influencer par ses tours et ses formules les amours des petits bergers Bastien et Bastienne : « *Diggi, daggi, shurry, murry, horum, harum, lirum, larum...* » Tout Mozart est déjà dans cette incantation qui anticipe la future carrière de Mesmer !

Il faut attendre l'été 1774 pour que le médecin ait l'impression de prendre contact avec cette force mystérieuse qui transite à travers le cosmos et les êtres humains et qu'il a obscurément nommée « gravitation universelle » dans sa thèse. Un de ses proches, Maximilien Hell, jésuite passionné d'astronomie, lui fait part de la curieuse histoire d'un couple de passage à Vienne qui a fait fondre

des aimants pour les appliquer avec succès sur le ventre souffrant de la femme. Mesmer se souvient alors des propos sur l'aimant « souverain de tous les mystères » de Paracelse, son inspirateur, tout comme lui médecin et philosophe, pour qui l'aimant possède une puissance thérapeutique cachée, allant de la guérison des écoulements des yeux, des oreilles, du nez et autres parties du corps à celle des abcès et fistules, sans oublier le cancer, les hémorragies chez les femmes, la jaunisse et l'hydropisie. Bref, l'aimant guérit tous les maux ! Serait-ce donc là le fluide originel dont rêve Mesmer ? Il veut en avoir le cœur net et, armé de ces pierres si précieuses, il commence à consulter et à proposer des cures magnétiques. Son charisme aidant, il obtient de nombreux succès et une grande clientèle à tel point qu'il en oublie un jour ses pierres à la maison !

Ne voulant pas perdre la face ou pris d'une intuition soudaine, il applique directement ses mains sur le corps en souffrance, en les bombant comme si elles tenaient ses instruments de travail, et le miracle a lieu : la patiente est guérie ! Mesmer analyse la situation en bon scientifique et en conclut que c'est lui qui possède le pouvoir de guérison et que, s'il s'agit bien de magnétisme, ce dernier émane de son influence « animale », et non d'une simple essence « minérale ». Il constate bientôt qu'il lui suffit d'effleurer ses patients pour qu'ils réagissent, se tendent, s'agitent. Il note que dans un premier temps les symptômes s'amplifient, passent par une sorte d'acmé, une crise violente avant que ne survienne l'apaisement. Il en déduit sa théorie de la « crise », nécessaire et salvatrice, comme pour un exorcisme médiéval. Il s'aperçoit bien vite également que son traitement ne s'applique pas à toutes les maladies, qu'il ne peut par exemple pas guérir les lésions tissulaires, mais seulement améliorer l'état général, et que tous les malades ne sont pas

magnétisables. Il constate également la plus grande efficacité de ses soins si la thérapie s'applique à un groupe de personnes reliées entre elles par les mains ou une corde, permettant le passage du fluide ou la contagion émotionnelle.

Quoi qu'il en soit, les patients affluent, et le château est transformé en clinique magnétique. Tout bien portant étant, par son équilibre fragile, un malade qui s'ignore, l'histoire de Mesmer rejoint parfois celle du bon *Docteur Knock, ou le Triomphe de la médecine*. Inspiré par l'esprit des Lumières, Mesmer soigne gratuitement les pauvres. Il magnétise son château tout entier : les arbres, auxquels on se relie par des cordes, l'eau que l'on boit, les instruments des musiciens dont il repère l'importance fondamentale dans le processus de guérison, les musiciens eux-mêmes. Des miroirs renvoient les ondes magnétiques dans la totalité du domaine. La grande cantatrice Antonia Bernasconi doit chanter *Mithridate* pour Mozart ce soir et a perdu la voix ? Qu'importe, une passe magnétique de Mesmer, et elle triomphe à l'opéra, portant la popularité de son sauveur au pinacle.

Le succès extraordinaire de Mesmer ne fait pas que des heureux, en particulier chez ses confrères jaloux qui se voient délestés de leurs patients. Les aristocrates grinent des dents et supportent de moins en moins la gratuité des soins pour les plus démunis par un homme qui ne cache pas ses sympathies pour la philosophie des Lumières. Les mêmes qui venaient joyeusement s'empiffrer au château et vantaient les vertus de leur hôte en trinquant à sa santé souhaitent désormais l'éliminer. Ils se contentent pour l'instant de cracher leur venin en attendant l'occasion propice de mordre.

Celle-ci prendra les traits d'une ravissante pianiste, très aimée, au nom plein de promesses : Marie-Thérèse von Paradis. Son père est un proche de l'impératrice d'Autriche, que l'on soupçonne parfois

d'être sa marraine et qui porte le même prénom. La jeune femme malheureusement est aveugle, et son impériale protectrice lui verse à ce titre une importante pension.

Mesmer, au plus fort de sa gloire, entreprend de redonner la vue à la jeune fille qui est alors âgée de 16-17 ans. Compte tenu de l'importance du travail à accomplir, il souhaite que l'adolescente réside avec lui au château durant les soins délicats à entreprendre, afin qu'elle puisse bénéficier de toute la force magnétique possible. La vision de Marie-Thérèse s'améliore, et son premier regard, un peu effrayé, sera pour son sauveur. Les écrits de son père qui relate la guérison en cours semblent tout droit tirés de la *Lettre sur les aveugles* de Diderot : « Ce qui lui donne le plus de peine, c'est d'apprendre à connaître les couleurs et les distances, car en ce qui concerne le sens de la vue, elle est aussi inexpérimentée et peu exercée qu'un nouveau-né. »

Soulignons que la jeune fille semble d'une grande émotivité : « Rien que de passer rapidement devant ses yeux, protégés par un quintuple bandeau, une bougie allumée⁴ » et elle tombe « à terre, comme foudroyée ». Les médisances devant cette mineure proche de l'impératrice assignée à résidence chez Mesmer vont bon train, d'autant plus que la jeune fille semble de plus en plus apprécier la proximité de son thérapeute – tel, plus tard, le professeur Charcot à la Salpêtrière avec sa patiente Augustine⁵. Mais ce n'est pas suffisant pour faire chuter le magnétiseur. De bonnes âmes, des amis qui veulent du bien au père de la pianiste lui soufflent à l'oreille que, si sa fille recouvre la vue, elle perdra à coup sûr sa grosse pension d'invalidité. Sacrebleu, le bon papa court immédiatement au château rechercher sa fille, sabre au clair. La scène est dramatique, l'adolescente se roule par terre en s'accrochant à son médecin, hurle qu'elle veut rester avec lui ; le père la frappe, la mère s'évanouit. Très

vite la presse et les caricaturistes s'emparent de l'affaire ; l'évêque condamne Mesmer, l'équivalent de l'ordre des médecins le destitue, et l'impératrice Marie-Thérèse lui intime l'ordre de quitter le pays.

Mozart, conscient du talent de la pianiste, et peut-être en souvenir de sa propre sœur Nannerl dont la carrière a été sacrifiée à son profit, lui offrira pour ses 25 ans son dix-huitième concerto pour piano. Il lui ouvrira son carnet d'adresses et la recommandera dans toute l'Europe où elle effectuera plusieurs grandes tournées. Il nous reste à écouter une sicilienne bien mélancolique dans la composition de laquelle elle semble nous compter ses souvenirs et ses secrets. Mozart reprendra le deuxième mouvement du concerto Paradis dans *Les Noces de Figaro* pour nous narrer les malheurs de la pauvre Barberine, la fille du jardinier, qui a perdu son « épingle », celle qui fermait une lettre proposant un rendez-vous galant...

Mesmer, tel le phénix, renaît de ses cendres. Il a de nombreux amis à Paris qui partagent ses idées et l'accueillent à bras ouverts. Ce n'est pas le cas de Louis XVI qui, pourtant, comme ses prédécesseurs, impose les mains pour guérir les écrouelles : sa proximité avec Marie-Thérèse d'Autriche ne lui permet pas d'accepter le magnétiseur à l'Académie des sciences qu'il dirige. La faculté de médecine lui réserve le même sort, et celle de Berlin emboîte le pas. Qu'importe, Mesmer s'installe dans un hôtel de la place Vendôme et reprend son exercice, tout en publant pour tenter de s'attirer les bonnes grâces des sociétés savantes. Son mémoire sur la découverte du magnétisme animal publié à Genève en 1779 rassure sur sa modestie et sur sa sincérité, mais ne convainc pas⁶ : « Mes procédés, s'ils n'étaient pas raisonnés, paraîtraient comme des grimaces aussi absurdes que ridicules, auxquelles il serait impossible d'ajouter foi. » Qu'importe, il loue à l'hôtel de Bullion, et la rumeur publique et ses relations jouent en sa faveur. Mieux, sa

renommée parvient aux oreilles de la reine Marie-Antoinette par l'entremise d'une dame d'honneur qu'il a guérie d'une paralysie et qui le recommande, comme plus tard la phrénologie de Gall gagnera le cœur de Joséphine, malgré l'opposition de Napoléon. Sa stratégie marketing envers la souveraine est des plus subtiles. Il fait mine tout d'abord de quitter Paris : « Exclusivement par respect pour Sa Majesté je lui offre de prolonger mon séjour en France jusqu'au 18 septembre et d'appliquer mon traitement, jusqu'à cette date, à tous les malades qui m'accorderont encore leur confiance. » Puis il propose de rester si on le paie au prix fort, et emporte le marché : « Dans une affaire qui concerne toute l'humanité, l'argent, aux yeux de Votre Majesté, ne peut venir qu'en deuxième ligne. Ma découverte et moi-même devons être récompensés avec une largesse digne du souverain auquel je me lie. »

Comme Fouché et tant d'autres avaient suivi Joséphine dans sa passion pour la phrénologie, des hommes influents comme Condé et le baron de Montesquieu emboîtent le pas à la reine, et la carrière hexagonale de Mesmer atteint des sommets. On peut parler de véritable « mesmeromania ». Le magnétisme animal diffuse et se trouve au cœur des préoccupations de l'ensemble du pays, toutes classes sociales confondues, les pauvres étant bien entendu toujours soignés gratuitement. Mesmer jette son dévolu sur l'hôtel de Coigny dans le faubourg Saint-Honoré et ouvre une clinique en Belgique. Les portes de l'université lui restant fermées, il fonde une société secrète pour transmettre son enseignement qui, fidèle à ses théories, se nomme L'Harmonie universelle. Les droits d'entrée y sont très élevés et la sélection, rude, mais Lafayette sera un de ses plus célèbres élèves, ce qui amusera Louis XVI : « Vous n'allez tout de même pas amener cela à Washington ? »

Mais c'en est trop pour le monarque horloger. De façon parfaitement rigoureuse, il convoque une commission scientifique de haut niveau pour valider ou non le magnétisme animal. Celle-ci sera dirigée par Benjamin Franklin en personne, accessoirement l'« inventeur » de l'harmonica de verre, venu d'Amérique, de Jussieu le botaniste, de Bailly l'astronome, de Lavoisier le chimiste et, pour finir de trancher l'épineuse question, du bon docteur Guillotin, hygiéniste, dont l'invention future s'abattra sur la tête de deux de ses pairs (Bailly et Lavoisier) ainsi que sur celle du roi commanditaire de l'étude. Les questions à débattre sont simples : 1) Le magnétisme animal existe-t-il ? Son existence peut-elle être prouvée ? 2) En cas de réponse positive, est-il utile comme remède ? En effet, commente avec une logique digne de Lewis Carroll l'ordonnance royale, « le magnétisme animal peut exister et ne pas être utile, mais en aucun cas il ne peut être utile s'il n'existe pas ».

À la première question « Le fluide magnétoco-animal existe-t-il ? », les experts remarquent que nos sens ne peuvent en témoigner. Jussieu, le botaniste qui échappera à la guillotine, souligne tout de même, anticipant Pasteur, la possibilité de l'existence d'un agent invisible à nos sens, transmissible par un individu à un autre et pouvant parfois exercer sur ce dernier une influence visible. Les experts se penchent donc sur les effets visibles possibles de ce fluide magnétique imperceptible, mais aucun des membres de la commission ne les ressent. Lorsqu'il s'agit d'étudier des sujets témoins en simple aveugle, c'est-à-dire ignorants quels objets ont été magnétisés, par exemple en devant tester des tasses pour retrouver celle qui a été magnétisée, ils se trompent régulièrement.

Les experts soulignent l'importance de l'harmonica de verre : par ses variations d'intensité, de rythme, de mélodie, le son étrange de

l'instrument peut susciter des émotions et des réactions très diverses chez les auditeurs qui n'ont rien à voir avec le magnétisme animal. Ils constatent enfin le rôle crucial de Mesmer qui, par son charisme, son regard et ses attouchements, influence profondément ses patients, les menant du calme à l'extase, jusqu'aux convulsions les plus violentes qui se propagent aux autres patients. Leurs descriptions évoquent celles que Charcot fera des crises d'hystérie qu'il avait également le don de provoquer chez les patientes les plus représentatives qu'il « exposait » au public à la Salpêtrière : mouvements rapides et involontaires de tous les membres, spasmes dans la gorge, crampes de l'hypocondre et de l'épigastre, fixité du regard, cris perçants, gémissements, pleurs, rires bruyants suivis d'une phase d'épuisement...

Le rapport de la commission précise : « On est surpris du repos profond d'une partie de ces malades et de l'agitation qui anime les autres, aussi des accidents variés qui se répètent et des sympathies qui s'établissent ; on voit des malades se sourire, se parler avec affection et adoucir mutuellement leurs crises. » On ne parle pas encore d'hypnose, mais il est noté : « Tous sont soumis à celui qui les magnétise. Ils ont beau être dans un assoupiissement apparent, sa voix, son regard, un signe les en retire. » Oubliant les mots de Paracelse « la suggestion donne à l'homme un pouvoir sur son semblable comparable à celui de l'aimant sur le fer », la commission conclut : « Là où l'on ne voit rien, ne sent rien, ne touche rien, il ne peut rien y avoir, l'action extraordinaire du magnétisme ne repose que sur l'imagination, sur la simple illusion. » Le verdict rendu le 11 août 1784 est sans appel : « Rien ne donne la preuve d'un fluide magnétoco-animal et par conséquent ce fluide non contrôlable est sans utilité. » Pire encore : « Les effets violents notés au cours des traitements publics doivent être attribués en partie à l'effleurement, à

l'excitation et à l'automatisme de l'imagination qui nous force malgré nous à reproduire des phénomènes agissant sur nos sens. » Un second rapport, secret celui-là, confié à la police par Louis XVI, soulève la dangerosité du magnétisme pour l'ordre public et les dépravations qui peuvent en découler pour ces femmes rendues vulnérables par des hommes en proie à une force animale.

Pour la seconde de fois de sa vie, Mesmer est donc la proie des caricaturistes, des sociétés savantes, et voit sa crédibilité effondrée. Contrairement à la plupart de ses détracteurs, il conservera toutefois sa tête en 1789 pour ses idées sociales et ses services rendus aux pauvres.

Sa méthode « psychothérapeutique » avant la lettre et ses effets tout au moins sur les maladies « nerveuses » continuent de lui valoir de nombreux soutiens. L'un de ses élèves, le comte de Puységur, découvre dès 1784 le somnambulisme qu'il croit réussir à induire par magnétisme, alors qu'il ne s'agit que de suggestion. Il jettera bientôt les bases de l'hypnose – « hypnotiser » se dit *mesmerize* en anglais. Le « mesmérisme » nous donnera Edgar Poe, Hoffmann et le spiritisme du siècle suivant, ainsi que Charcot, le premier neurologue officiel.

Mozart à Vienne fait un beau clin d'œil à son ami en 1790 dans son opéra *Così fan tutte* où deux (faux) morts sont ressuscités devant leurs fiancées ébahies grâce à la « Pierre de Mesmer » ! Hélas, l'activité de thérapeute que poursuit vaille que vaille le magnétiseur à Paris est privée de la bourse des plus puissants par effet de mode, puis de guillotine. Ruiné, Mesmer quitte la capitale en 1792 et tente de retourner dans son château viennois occupé par une vague cousine. Elle le dénonce immédiatement comme sympathisant des révolutionnaires. Il se voit aussitôt reconduit à la frontière. À 58 ans il s'installe en Suisse dans une petite ville

nommée Frauenfeld, à proximité du lieu de naissance de Paracelse (qui gît à Salzbourg dans le cimetière qui abrite quelques membres de la famille Mozart).

Sa carrière de médecin généraliste attentionné et prudent se poursuit sans histoire jusqu'à ses 80 ans où, sentant ses dernières heures arriver, il s'allonge en demandant à l'un de ses élèves de lui jouer du Mozart à l'harmonica de verre pour l'aider à rejoindre ses chères étoiles, à se fondre dans l'harmonie cosmique. Il refuse en 1803 de se rendre à Paris pour y recevoir les honneurs d'une importante société savante, et décline pareillement l'invitation proposée en 1812 à Berlin pour le réhabiliter en grande pompe.

C'est en 1882 que Charcot fera reconnaître officiellement en France les vertus de l'hypnose et de la suggestion, organisant des séances publiques de démonstration à la Salpêtrière avec des « hystériques » qui séduiront Freud. L'une des dernières publications du premier neurologue s'intitule *La foi qui guérit*⁷ et fera sensation. Est-il soudain devenu mystique ? Rien de tel, il confie simplement en fin de carrière qu'il ne décourage pas les patients pour lesquels il ne peut rien et qui désirent se rendre dans des lieux de culte propres aux miracles, ouvrant la voie à la médecine psychosomatique.

Comme Gall avec sa phrénologie localisatrice des fonctions cérébrales, totalement erronée, mais qui influencera le neurologue Paul Broca et sa découverte de la zone cérébrale de l'expression du langage, Mesmer a inspiré Charcot et Freud. L'hypnose médicale et la stimulation magnétique cérébrale sont couramment utilisées aujourd'hui dans la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles anxieux, le stress et la dépression post-traumatique, les addictions de toutes sortes, les troubles du comportement alimentaire, les hallucinations auditives et les douleurs, affections pour lesquelles Mesmer excellait !

Stefan Zweig a raconté l'histoire de notre héros et celle de Freud dans un livre intitulé *La Guérison par l'esprit*. Laissons-le répondre à la question : charlatan ou visionnaire ? Pour l'auteur du *Joueur d'échecs*, Mesmer fut le « premier médecin rationnel moderne qui ait constaté l'action suggestive et salutaire que peuvent avoir sur les maladies nerveuses la présence, les paroles, et la volonté d'un individu », aspect fondamental du soin totalement négligé de nos jours par les chantres du transhumanisme et autres télémédecines !

Cesare Lombroso et le criminel-né : une idée folle qui a la vie dure

PAR PIERRE LAMOTHE

De Lombroso à la psychiatrie aujourd’hui

Cesare Lombroso marque avec Franz Joseph Gall un tournant dans la vision de l’homme au sens large et du criminel en particulier, bouleversant les tabous religieux de l’absence de support organique de l’âme. Avec lui, l’idée rassurante émerge selon laquelle l’homme civilisé est à l’abri de résurgences ataviques présentes chez le criminel-né qui le font revenir à un stade d’homme primitif violent et criminel par instinct, par besoin ou par plaisir. Pour Lombroso, le criminel-né porte en effet des stigmates caractéristiques qu’on ne retrouve pas chez l’homme honnête normal. Médecin légiste devenu anthropologue criminaliste, Lombroso met une abondance de moyens au service de ses idées, acquérant beaucoup de notoriété et d’autorité, particulièrement en France où il est aussi bien critiqué par des humanistes et philosophes qu’adulé par ceux qui voient enfin s’expliquer l’inexplicable – au passage, il nourrit la désespérance

d'Émile Zola qui s'inspire de ses théories pour créer ses personnages et invente en particulier Jacques Lantier, le criminel « chic », obsédé pourtant par l'idée de tuer les femmes qu'il séduit.

Encensé par le monde scientifique, Lombroso a traversé un moment d'élation quasi mégalomaniacal s'impatientant avec mépris contre « les magistrats stupides » qui ne comprennent pas et n'adoptent pas assez vite ses positions et ce, jusqu'à la douche froide au congrès d'anthropologie criminelle de Paris en 1889, où il voit ses théories réfutées publiquement, en particulier par Alexandre Lacassagne. Ce dernier va définitivement enterrer le criminel-né grâce à une théorie sociologique : le criminel est comme un microbe dans le tissu social (son bouillon de culture) sans lequel il ne se développerait pas. Cesare Lombroso, personnage complexe et paradoxal, finit par se ranger dans le camp de ses adversaires, mais son positivisme trouve toujours des disciples nostalgiques.

Et aujourd'hui ? Un siècle et demi plus tard, des psychiatres et des juges comme M. Tout-le-monde rêvent encore d'identifier le criminel-né et de le mettre à l'écart pour en protéger la société, voire l'amender si c'est possible. La question s'est complexifiée d'acquis scientifiques exponentiels, mais elle reste très prégnante, alourdie par le poids du moralement correct et d'une restriction envahissante de la liberté de penser. Dans notre monde de l'image « qui fait foi » et de l'illusion du « tout, tout de suite », entretenue par la télévision et les smartphones, avec leur mémoire infaillible et sans distance, il est difficile d'accéder à la maturité au sens psychodynamique telle que la conçoit la psychiatrie, et à la capacité de respect de l'autre dans l'estime de soi et l'empathie¹. Tout pousse, au contraire, à un fonctionnement narcissique immature, avec l'identification en miroir à l'autre qui n'est pas autrui, mais où on voit l'identique et non le semblable. L'excitation et la décharge sans retenue deviennent le

fonctionnement banal du psychisme individuel comme de la société. La dérisoire liberté de se mettre au centre de tout avec un « selfie » illustre la difficulté d'organiser les limites de la liberté de l'état civil, au sens de Rousseau, dans un monde où se revendique la libre propriété de soi et notamment de son corps (suicide assisté, libre choix du genre, PMA et GPA, etc.), tout comme la liberté de jouissance sans limites autres que le matériellement possible.

Malraux a dit que le xxi^e siècle serait spirituel ou ne serait pas, et la dérive de la laïcité militante comme des religions sectaires a donné raison à ses craintes : l'impatience, l'intolérance autant que des corrections intempestives par la loi et non par la philosophie mettent en danger nos sociétés modernes jusqu'à altérer l'humain dans l'homme. La dictature de la transparence et la restriction de la liberté de penser imposée par le « moralement correct » qui maintient une obligation de conformisme dans le *mainstream* n'épargnent pas la psychiatrie, surtout lorsqu'elle est convoquée par la justice, les médias et l'opinion publique pour l'évaluation et la prise en charge des criminels ou lorsqu'elle doit rendre acceptables ses propres insuffisances.

Dès les débuts de la psychanalyse s'est posée la question récurrente de l'approche philosophique du libre arbitre : l'homme est-il sur – ou prédéterminé dans ses comportements qu'il croit issus de ses choix ou au moins de ses désirs et de ses valeurs conscientes s'ils échappent à son contrôle par sa faiblesse ? Marie Bonaparte considère, sans évoquer sa responsabilité pénale au sens judiciaire, que le criminel est sous l'emprise de son inconscient et donc agit « à l'insu de son plein gré » ; il ne doit donc pas être emprisonné, mais contraint par une mesure de soin ou de défense sociale puisque sa dangerosité était démontrée et pouvait réapparaître. Alors que Ferenczi soutient au contraire que le Moi a toujours « le dernier

mot » et que sa partie consciente suffit pour que l'homme soit capable de délibérer avec lui-même.

Même si ses défenseurs soutiennent que Cesare Lombroso n'a pas complètement négligé la psychologie, il incarne en 1869 le versant biologique et physique de la science triomphante qui demain aurait réponse à tout et qui par sa rigueur et ses certitudes peut régner sur la pensée. Lombroso, se posant dans la ligne des traditions et intuitions romaines anciennes, traque les stigmates du « criminel-né », convaincu que la science apportera les preuves qu'il prétend approcher de cette réalité d'un déterminisme « organique ». Pour autant, on ne fera pas de Lombroso un monstre, un « savant fou » préhitlérien, quelles que soient sa suffisance et ses idées marquées de l'air du temps – ainsi Alexis Carrel prône-t-il des dispositions eugéniques qui lui vaudront, malgré son Nobel, la radiation du parrainage d'une des quatre facultés lyonnaises. Lombroso est donc en bonne compagnie quand il publie *L'Homme criminel* en Italie en 1876, puis, avec Ferrero, *La Femme criminelle et la prostituée*, en 1895, traduit en France dès 1896. Si la théorie du criminel-né repéré avec la réapparition par exemple dans son squelette de traits caractéristiques d'animaux ou de « tribus primitives » apparaît d'emblée choquante, notamment par l'absence de prise en compte des évolutions chez le criminel qui doit s'en tenir aux passages à l'acte qui vont avec ses caractères (le crâne du voleur n'est pas le même que le crâne du tueur, mais pourtant un voleur peut bien arriver un jour à tuer !), l'idée exposée plus tard que la femme elle-même est un homme dont le développement s'est arrêté, rançon d'une précocité plus grande comme chez beaucoup d'animaux, dont le développement n'atteint pas celui des hommes, est carrément ridicule même pour l'époque. Lombroso sera d'ailleurs finement taclé par le comte d'Haussonville, philosophe humaniste,

dans *La Revue des Deux Mondes* où, à côté de remarques ironiques sur ses résultats, il dénonce fermement les conclusions de Lombroso quand il recommande l'enfermement préventif des criminels-nés. L'école « psychologique », reconnaissant une certaine capacité de choix au criminel, dénonce l'absence totale de la notion de libre arbitre dans la responsabilité pénale vue par Lombroso. Il reste peu de chose en fait des innombrables observations et commentaires de Lombroso sur le crime, sinon des classifications descriptives assez pertinentes du point de vue comportemental.

Reste que Lombroso ne cesse de faire référence à la morale et que, bien qu'ils s'en défendent, beaucoup d'experts modernes ont des positions tout aussi tranchées qui restent marquées du déterminisme positiviste du criminel-né dont la séduction demeure aussi vive que du temps de Zola, encouragés qu'ils sont par la commande sociale, tout en ouvrant la porte aux fantasmes sur « le monstre qui n'est pas moi ». Le sujet est aujourd'hui encore très polémique, comme l'ont rappelé récemment les réactions à l'étude Inserm sur les troubles des conduites, opposant une vision « pragmatique » de repérage des risques à une vision ouverte voulant laisser à l'enfant sa chance d'évoluer sans être précocement stigmatisé. La question de la liberté de pensée en amont du comportement et de la parole du sujet se pose avec le corollaire de ce qui peut restreindre ou orienter cette liberté pour l'individu comme pour le groupe.

La défense formelle de la liberté d'expression est-elle la défense de la liberté de penser ?

Prendre le risque qu'on interprète et imagine « ce qu'il pense » derrière « ce qu'il dit » est un exercice fortement déconseillé actuellement à tout homme public, même dans le discours politique où l'auditeur, bien loin d'être un interlocuteur, est pris en otage, sommé d'écouter tout et rien que cela. Une des premières et des plus évidentes restrictions à la liberté de pensée serait donc la prétendue liberté d'expression dont l'expérience montre qu'elle est plus que dangereuse, parfois pour la vie même de celui qui la revendique, mais aussi pour son droit à ses choix auxquels cette liberté d'expression donnerait un accès trop clair et trop rapide mais, surtout, trop simple. Certains auraient-ils le droit d'être jugés bien-pensants quoi qu'ils disent, alors que les paroles des autres seraient aux yeux des mêmes la marque de leurs opinions et même de leur pensée, ne devant pas avoir droit de cité puisque moralement condamnables ? Certes, le concept de liberté d'expression n'a jamais paru entamé par l'idée consensuelle que toute vérité n'est pas bonne à dire. Si l'on peut rire de tout, ce n'est pas n'importe quand et avec n'importe qui. Il était admis qu'on pouvait avoir un franc-parler même en tenant un discours politique spécifiquement orienté, mais à condition que ce soit dans le cercle privé de l'intimité, *off-the-record*.

Le danger, pour les institutions ou les personnes influençables, de la parole subversive est certain, mais s'en protéger n'est pas facile quand on veut le faire par la loi et non par l'argumentaire. On n'a pas mesuré à quel point les lois mémorielles et les lois réprimant les propos à caractère raciste ou discriminatoire peuvent faire du tort

non pas à la vérité, mais à l'exigence de laisser chacun en face de ses responsabilités dans la prise de parole. À partir du moment où une insulte ou un quelconque déni de l'existence de tel ou tel fait historique est tarifé par la loi et par un jugement, l'écart ou le faux pas perdent toute valeur morale : de l'incommensurable qui était signifié par la condamnation à l'euro symbolique, on passe au ridicule de faire payer à forfait ce qui n'a pas de prix. Sans compter que, si je suis assez riche, je peux m'en payer une bonne tranche sans qu'on me signifie que la transgression n'était pas de même nature qu'une insulte ordinaire...

Vos idées me puent au nez, mais je me ferais tuer pour que vous puissiez les exprimer, disait Voltaire. On est loin maintenant de cette proposition sans doute intenable et on est peut-être plus proche des révolutionnaires : « Pas de liberté pour les ennemis de la liberté ! » La loi de toute façon ne peut pas prescrire la morale sous peine de dépasser précisément de façon insupportable cette aliénation acceptée pour aller vers la contrainte de la pensée à travers la contrainte du comportement. Ainsi, par exemple, la parité n'est pas l'égalité, et considérer les femmes comme une minorité à défendre par la loi empêche les hommes d'avoir une créativité « féminine » et les femmes d'avoir à l'inverse une créativité « masculine » : la bisexualité psychique, corollaire de la maturité, permet l'identification à l'autre sexe, nécessaire à une vraie relation où s'accepte dans l'échange tour à tour emprise et respect.

Une nouvelle société et une nouvelle clinique

Freud disait de ne pas faire de la psychanalyse une conception du monde, et les sociologues n'aiment pas trop non plus que les sys s'aventurent sur le terrain de la description sociale. Pourtant, l'organisation psychique individuelle se construit bien à partir de l'architecture de la société perçue par le sujet. À l'inverse, c'est seulement dans une moindre mesure que la somme des organisations de personnalités individuelles finit par influencer le fonctionnement social. La pensée est-elle orientée jusqu'à en restreindre la liberté par l'organisation et les contraintes sociales ?

Il est toujours possible de décrire périodiquement une nouvelle société et une nouvelle clinique. C'est pour cette raison que l'on a pu reprocher à Freud sa vision d'une société névrotique et même des stades de la métapsychologie terriblement « datés ». Il n'empêche que des repères peuvent être très clairement dégagés de la structure et du fonctionnement social comme la généralisation d'une nouvelle manière d'être, repérable dès l'école maternelle, dans le monde du travail ou dans la vie affective et relationnelle.

La logique managériale, et son corollaire, la culture du résultat, ont été étendus de la production, où elle avait déjà fait des ravages, aux sciences humaines où elle fait souffrir les personnels et impose, par exemple, une offre de soin rationalisée au détriment d'une réponse sanitaire adaptée aux besoins. Elle a aussi imposé un certain nombre de contraintes amenant à privilégier la forme sur le fond. Face à la possibilité de l'échec, il convient d'être irréprochable à l'évaluation plutôt que d'être en accord avec ses principes et d'avoir fait ce qui semblait juste.

A l'école, les professeurs se plaignent de devoir être des agents de sécurité tentant désespérément de contenir les débordements sans mesure d'enfants qui, au mieux, s'absorbent dans leur portable et, au pire, se rebiffent à chaque remarque quand ils ne viennent pas les molester sur l'estrade ou se faire assister par leurs parents à la sortie pour leur demander des comptes ! Il est hors de question que l'attention des enfants puisse se maintenir sur 45 minutes de classe. Ils ne tiennent littéralement plus en place malgré la Ritaline qui arrose les plus turbulents. Quant à la motivation scolaire, beaucoup de professeurs se désespèrent de ne plus pouvoir exercer un métier dans lequel ils ne se reconnaissent pas et ils dépriment en CLD (congé de longue durée) ou « pètent les plombs » à leur tour dans la décharge incontrôlée d'un trop-plein d'excitation.

Face à leur incapacité à satisfaire une commande impossible, les psychiatres rejoignent la cohorte des insatisfaits permanents qui « manquent de moyens » ou placent la causalité de leurs échecs systématiquement à l'extérieur d'eux-mêmes. On satisfait ainsi souvent le narcissisme de parents défaillants dans leur rôle de parent-excitation en étiquetant leur enfant insupportable « enfant précoce » ! La psychiatrie botte en touche...

L'immaturité essentielle

La patientèle des psychiatres, mais aussi les enfants et les adultes ordinaires qui n'en font pas partie, mais qui ont du mal en famille, à l'école ou au travail, sont donc concernés par de nouveaux syndromes affectant leur comportement, leur monde intérieur et leur vie de relation. Ces organisations préstructurelles de personnalité donnent parfois l'illusion d'un fonctionnement borderline, mais, sur le

plan de la métapsychologie, elles se situent en fait bien en amont, dans un système de tension/décharge où le passage par l'acte régule l'économie en laissant s'écouler la tension, court-circuit de la mentalisation et même pas signifiant (le passage à l'acte est une transgression précédée d'un minimum de pensée)². À partir des très nombreuses possibilités d'aborder les traits de cette nouvelle clinique, on peut néanmoins mettre l'accent sur trois points : l'incapacité à contrôler l'excitation, l'incapacité à une identification autre qu'une identification narcissique en miroir et le défaut fondamental de constitution de l'appareil intrapsychique qui est réduit à l'idéal du Moi.

Cet appareil intralégal psychique se constitue en deux temps, bien sûr intriqués dans le développement de l'enfant. Tout d'abord, il y a le temps dit maternel où, parce que c'est une question de vie ou de mort, il faut le protéger non seulement de l'environnement, mais de l'expérience traumatisante, voire destructrice, où le conduirait le libre exercice de sa pulsion exploratrice. Ce but de protection n'est pas complètement perçu ou compris par l'enfant qui en retient une loi totalitaire non négociable et étrange, non intégrable en fait, même s'il faut la respecter, et, de fait, « idéalisée » puisque inaccessible et imaginée par les représentations des attitudes et attentes de la mère. L'idéal du Moi fonctionnant comme la seule instance est parfois confondu avec une composante tyrannique survivante du surmoi dans les situations plus névrotiques. Il régule ici les mouvements pulsionnels comme la loi maternelle archaïque en restant extérieur au sujet, comme un empêchement réduit à un obstacle et non à la prise en compte de la loi par la parole. La transgression est sanctionnée avec la honte critique par rapport au regard d'autrui sur soi-même à la place de la culpabilité (et encore, si on vient à connaître la défaillance ; sinon, pas vu pas pris, donc pas

mal jugé !). L'idéal du Moi qui n'est pas intriqué comme une composante du surmoi achevé, mais qui fonctionne comme une instance autonome, est une référence impossible à satisfaire et même à appréhender. On a pu parler de « maladie d'idéalité », qui atteint aussi bien le patient immature que le psychiatre face à lui. Dans un second temps, l'appareil légal intrapsychique se constitue par l'« inter-dit », la parole du père (même si évidemment père et mère parlent). En l'absence du père (ou encore s'il est réduit à sa prescription par la mère et ne peut jouer son rôle de séparateur de la dyade mère-fils), il ne peut y avoir d'appareil légal interne autonome et dépersonnalisé (de « papa ne veut pas » en « ça ne se fait pas »). Interdire n'est pas empêcher, et le surmoi achevé laisse la possibilité du choix de la transgression.

Le drame de l'absence de surmoi achevé est le maintien non seulement dans un fonctionnement narcissique infantile, mais aussi dans l'impossibilité d'intégrer une instance de validation. On ne voit dans le surmoi trop souvent qu'un organe de censure qui génère l'angoisse dans le conflit d'instance avec le ça. En réalité, le surmoi est aussi l'instance qui dit : « C'est bien, tu as agi en conformité avec toi-même, avec tes valeurs morales, tu as fait ce qu'il fallait faire. » Le surmoi donne acte de la position éthique, et je rappellerai que l'éthique n'est pas la déontologie. Elle n'est pas un devoir mais au contraire la façon de se conduire pour le bien, de résoudre le conflit entre deux devoirs qui peuvent au premier abord apparaître aussi justifiés par la morale l'un que l'autre mais que de la même façon on peut faire dériver vers une valeur finie, une fonction dont chacun des termes tend vers l'infini. L'éthique peut arriver à une décision positive concrète même si elle ne peut s'énoncer comme une règle et ne sert qu'une fois et dans une seule situation.

L'idéal du Moi ne peut pas se satisfaire des réalisations du sujet ni constituer pour lui une réassurance solide l'aidant à construire l'estime de lui-même. La construction d'un narcissisme solide, acquis même avec ses remaniements perpétuels, ne peut être issue que d'un échange de reconnaissance et de gratification mutuelles dans une identification réciproque à autrui et non pas à une figure de Moi idéal, à un imaginaire projeté dans l'autre. Dans une sorte de « syndrome de la banlieue », l'association de la nécessité permanente de reconnaissance et de l'impossibilité de sortir de l'insécurité narcissique avec le corollaire que le regard de l'autre est un défi autant qu'une validation à fonds perdu. De rassurant (ou plutôt réassurant), il devient simultanément inquiétant. La formule très explicite se passe de commentaire : « J'ai besoin qu'on me regarde... Qu'est-ce t'as à me regarder, toi ? »

Le narcissisme des petites différences

Freud avait déjà repéré l'importance dans les premières relations mère-enfant des échanges-apprentissage où, sur la base des acquis culturels arbitraires et des représentations maternelles, sont développés par mimétisme les codes de communication et les repères de conformité qui sécurisent l'enfant, lui permettent de comprendre de plus en plus les messages de la mère et d'y répondre. La mère attribue aux objets la qualité bonne ou mauvaise, tous appartenant au champ des « petites différences », qualités arbitraires et culturelles mais qui, selon Freud, sont des jugements. Ainsi, pour l'inconscient de la mère, transgresser met l'enfant en danger, et inversement l'enfant doit se soumettre aveuglément pour conserver le lien narcissique à sa mère.

Comment entendre la cruauté destructrice, de surcroît raisonnée, sinon « élaborée » entre frères ? Comment, par exemple, donner un sens aux horreurs des supplices pratiqués par les Serbes sur les Croates dont ils étaient pourtant si proches, à la faveur de la guerre civile³ ? Que ce soit pour ma première expertise au Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie ou pour d'autres missions qui m'ont conduit à approcher le massacre de masse des Tutsi au Rwanda ou les enfants soldats en Ouganda, qui gardaient les petites filles enlevées et violées par la LRA (Lord's Resistance Army)⁴, j'ai été dans mon métier confronté à cette énigme d'une apparente conservation de la liberté de penser et même d'un certain sens du bien et du mal coexistant avec une négation de l'humain jusqu'aux crimes les plus extrêmes sans frein moral ou empathique⁵. Or on peut retrouver des traits de fonctionnement aussi graves (avec heureusement des actes plus banals) chez les nouveaux psychopathes des cités. Marqués par l'absence d'empathie, ils sont bien loin de nos psychopathes « classiques » qui étaient des états limites avec certes une problématique narcissique, mais surtout abandonniques et engagés dans des appels provocants à la loi. Les passages à l'acte des psychopathes d'autan à forte composante sadomasochiste étaient bien différents des attitudes préobjectales des délinquants et ados « postmodernes ». N'en déplaise à Lombroso, le criminel change en fonction du contexte !

L'excitation et l'excitabilité

Le déterminisme de l'environnement, de la génétique ou de la biologie conduit sûrement à une impossible ouverture à l'autre, mais, de façon directe, peuvent se repérer des constantes dans la toxicité

du milieu social et familial⁶. Précarité, familles monoparentales ou sans différence entre les figures de soin père et mère, mais volontiers en conflit en tant que figures d'éducation, distorsion par l'école et la rue entre les habiletés sociales de la génération des enfants autonomes dont les parents décrochent et la maîtrise de ces habiletés dans le respect d'autrui, promiscuité qui amène à la connaissance et même au partage des problèmes et conflits des adultes, surenchère du spectaculaire télévisé avec la nécessité de maintenir la fascination et l'audience : tout cela crée les conditions d'une surexcitation permanente des enfants. Ils en deviennent non seulement excités, mais excitables, et le système tension-décharge, court-circuit de la mentalisation avec à peine des perceptions et tout juste des amorces de représentations sans associations, se met en place avec une réponse univoque presque indépendante du stimulus. Bienveillant ou malveillant, le résultat est le même : l'esthésie narcissique est comme un coup de soleil : une claque ou une caresse font aussi mal l'une que l'autre !

Les sans autrui⁷

La défaillance des parents à assumer leur fonction essentielle de pare-excitation aboutit à laisser les enfants sensibles à toute sollicitation du milieu dans une toute-puissance destructrice ou une nostalgie de toute-puissance extrêmement frustrante. La possibilité d'une élaboration dépressive n'existe même pas, à l'inverse d'un doute narcissique fondamental issu d'une confirmation trop précoce, insuffisante ou au contraire excessive (trop et trop peu aboutissent au même résultat), contraignant le sujet à constamment se réassurer dans son image en miroir dans le regard de l'autre. L'enfant

« fétiche » de la mère est évidemment plus souvent un garçon, ce qui explique que, même si nous voyons de plus en plus de filles se comporter violemment en bandes, ce sont les garçons qui sont surtout engagés dans cette course à la reconnaissance de leur valeur et de leur identité à l'usage d'eux-mêmes comme des autres. Ce fonctionnement qui aboutit à la « perversion ordinaire » ne permet que cette identification en miroir, à l'identique à moi, et non véritablement à autrui mon semblable auquel je pourrais faire place avec tous ses droits et en premier le droit à la parole⁸.

J'ai eu l'occasion, à l'Établissement pour mineurs de Lyon, de suivre des jeunes impliqués dans l'incendie d'un bus à Marseille : il s'agissait de relever le défi des autres villes qui passent à la télé avec des incendies de voitures spectaculaires (autodafés et activité ludique), peut-être pour faire ses preuves, assurer ! On part donc en groupe brûler un véhicule sur la ligne locale, mais, dans le premier qui se présente, on reconnaît une voisine et on décide de la laisser aller faire ses courses. Le bus suivant arrive, et on n'y connaît personne : on y met le feu dans la jouissance « sans état d'âme », comme s'il n'était pas rempli aussi de mères qui ont tout autant besoin de se déplacer. L'identification n'a été possible qu'à l'identique et non au semblable, ces jeunes sont « sans autrui »...

Du bon usage du mensonge pour penser librement !

Lorsque la parole est réduite aux mots sans la possibilité d'arrière-pensée ou de restriction mentale, elle ne permet plus l'échange, elle se réduit à une expression pulsionnelle, imaginaire,

où il n'y a plus de possibilité de symbolisation. L'acteur de la tragédie grecque, Hypocrites, est devenu hypocrite dans notre langage courant, celui qui veut tromper, alors qu'en réalité l'acteur se met au service de son personnage, un leurre par rapport à ce qu'il est réellement, mais c'est pour le bon motif de communiquer et de « jouer le jeu ». Nous sommes tous hypocrites et ne pouvons qu'être hypocrites dans nos échanges avec les autres.

Non seulement parce que nous devons avoir droit au mensonge et que l'exigence de la vérité nous réduit à l'« in-signifiant » avec le paradoxe que rien n'apparaîtrait de nous POUR l'autre, mais encore parce que la réduction de la parole aux mots dans la transparence interdit l'accès à l'ambivalence. Cela empêche de concilier les extrêmes, ce qui ne signifie pas aller vers un compromis mais accepter de choisir, c'est-à-dire de renoncer, alors même qu'un autre choix aurait été tout aussi possible et acceptable. Pour l'enfant, l'espace psychique intime personnel s'imagine d'abord dans le mensonge par rapport à la représentation d'une mère qui devine tout et « sent » tout. L'amour de la mère qui conduit l'enfant à abandonner la violence fondamentale destructrice et exclusive va lui permettre d'être plus au clair avec lui-même et de dialoguer avec son propre intime comme avec autrui, en lui disant qu'il n'a pas besoin de mentir pour avoir des secrets et que maman n'a pas « pour de vrai » un petit doigt qui lui dit tout, mais qu'au contraire elle ne peut pas tout deviner et n'entend que ce que l'enfant lui dit. Seul le droit au mensonge donne du prix à la confiance et à la confidence, aussi bien côté maman que côté enfant !

Image et liberté de penser

L'image télévisuelle est la métaphore de ce fonctionnement qui veut tout, tout de suite et complètement, où un clou chasse l'autre sans vergogne ni souvenir, où, tous les jours, doit être étalé le plus possible d'excitation dans la fascination des images répétées en boucle qui perdent leur caractère informatif pour devenir formellement excitantes. Le spectateur d'une chaîne d'actualités « en continu » se croit informé en temps réel, alors qu'il ne fait qu'être saturé des priorités conventionnelles des agences qu'on lui sert en pâture dans l'obnubilation de l'audience et de la conservation de son attention qui zappe.

Cette capacité d'attention est si labile qu'elle ne saurait s'accommoder de la complexité et ne peut accueillir que les causalités simples et directes que lui sert complaisamment la télé qui va par ailleurs exiger de ses invités et journalistes qu'ils n'énoncent que des certitudes et des évidences jusqu'à présenter comme telles même les hypothèses. Du nouvel arbitrage sportif réduit à l'enregistrement des « action replays » à la recherche de paternité par l'ADN, l'autorité se réduit au pouvoir et ne se fonde plus sur la parole. La parole est elle-même décortiquée, non plus dans l'analyse logique comme on l'apprenait dans l'étude de la grammaire, mais dans la transcription mot à mot du discours qui devient la preuve irréfutable du propos de l'auteur, se substituant au sens et dans lequel on va traquer la défaillance qui deviendra, elle, signifiante de ce que le locuteur cache.

La parole enregistrée et martelée perd son caractère symbolique lié à l'éphémère et à l'unicité de temps, de lieu et d'« inter-locuteur ». Les enfants apprennent dès l'école non pas qu'il faille faire attention à ce que l'on dit, mais que la parole est le plus souvent réduite aux

mots par la mauvaise foi et la perversion de ceux qui ne cherchent pas vraiment à l'écouter, mais à sommer celui qui prend la parole d'assurer, de démontrer sa capacité à rester dans le courant de la pensée officielle, même s'il a droit à l'apparence d'un propos décalé ou paradoxal. Or non seulement un symbole rassemble en étant la base de la poésie ou de l'humour (en associant un et un, on fait plus de deux), mais sans symbole il n'y a pas possibilité d'accéder à l'ambivalence. L'accès à la symbolisation est la marque de la maturité, et l'on peut rappeler que l'opposé du « sym-bolique » est ce qui sépare : le « dia-bol(iqu)e »...

La dictature de la transparence

Les fameux réseaux sociaux, l'omniprésence de l'œil et de l'oreille des smartphones ont évidemment détruit cette perspective d'un propos privé quand on est un homme public et même d'un propos intime quand on est dans la « dictature de la transparence » qui finit par détruire la démocratie et l'autorité⁹. Qu'elle s'indigne du prix de certains costumes, des pratiques népotiques des politiciens ou qu'elle tourne en ridicule des lapsus assimilés à de l'ignorance, de contre-pouvoir, la presse est devenue antipouvoir¹⁰.

La dictature de la transparence, cette exigence de ne pas disposer de zone d'ombre, devient pour l'homme politique une injonction morale à laquelle il finit par adhérer, aussi bien en compétition avec ses concurrents que dans l'illusion que lui-même puisse tout connaître de lui-même. Il n'y a plus de cloison entre l'espace privé et l'espace public, et même la frontière entre l'intime et ce que l'on donne à voir de soi s'estompe avec des mécanismes de défense maladroits qui vont le plus souvent contre leur but : par

analogie avec le rapport entre intime, le noyau intérieur qui m'est incomplètement accessible et non maîtrisable, et intimité, la fraction dans laquelle je peux admettre un invité, que je peux ouvrir à autrui en confidence, l'extimité est devenue une manière d'acquérir l'estime de soi en maîtrisant la partie que je rends publique de mon intimité. Bien sûr, il existe un risque de surexposition de cette intimité, à distinguer de l'exhibitionnisme ou même du conformisme¹¹.

J'ajouterais que Facebook ajoute une composante d'obligation à cette communication défensive de l'intimité que de manière phobique les ados vont tenter de contrôler en prenant les devants. En dévoilant lui-même ce qu'il croit que les autres peuvent percevoir de lui, une partie « percée à jour » de l'intime où il est justement en insécurité narcissique et non dans l'estime acquise de lui-même, l'ado peut croire qu'il a détourné à son profit la règle du jeu et limité les dégâts. Mais il va souvent recevoir en retour la dérision et brutalement, non pas le réconfort qu'il avait escompté, mais au contraire l'attaque qu'il craignait et qui va parfois jusqu'à le conduire au suicide... Comme disait le philosophe allemand Adorno¹², « tu sauras que tu es aimé quand on ne se servira pas de tes faiblesses pour montrer sa force ». Au-delà de montrer sa force, on s'en servira tout simplement contre toi dans la compétition du fonctionnement narcissique.

De la liberté de disposer de soi au droit de disposer de soi...

La suppression en 2014 de la référence à la détresse de la femme pour justifier sa demande d'interruption volontaire de

grossesse est passée comme une évidente modernisation du texte déjà remanié de Simone Veil, sans presque même qu'il ait été besoin de faire référence au combat des femmes de l'époque et de celles qui leur ont succédé. Pourtant, ce changement a concrétisé une évolution sociale très sensible sur laquelle on n'a guère réfléchi. Depuis longtemps, aucune assistante sociale ni aucun médecin ne demandaient à une femme de quelle détresse elle souffrait aux fins de déterminer si elle « méritait » en quelque sorte l'intervention : les femmes peuvent utiliser l'IVG comme bon leur semble et, pour tout dire, comme une méthode de contraception, voire comme une méthode eugénique puisqu'il est possible, avec les techniques modernes, de connaître le sexe de l'enfant à naître alors qu'on est encore dans les délais légaux permettant de recourir à l'avortement. Mais la mention de la détresse dans la loi n'avait pas besoin que sur le terrain on en précise la nature pour qu'elle assume son rôle symbolique de rappel que la possibilité de l'IVG ne signifie pas pour autant la reconnaissance du droit sans restriction de disposer de son corps. Des polémiques avaient déjà pointé en 1974 : si les femmes revendiquaient le droit et non plus la liberté de disposer de leur corps comme un simple prolongement de leur liberté sexuelle déjà reconnue, on ne pouvait considérer pour autant qu'elles avaient la libre disposition de l'enfant à naître, quelle que soit la position du curseur que l'on pouvait fixer pour passer d'un amas de cellule à un être en devenir, ayant déjà une existence. Il avait alors été timidement rappelé que, dans notre droit hérité des Romains, le corps ne peut être l'objet de commerce et que l'homme n'en est pas propriétaire, pas plus qu'il n'est propriétaire de la vie qu'il a reçue et qui le traverse, sans théoriquement qu'il en ait choisi l'origine et le terme.

C'est sans doute contre cette affirmation, même développée à partir des positions d'Emmanuel Kant ou des positions chrétiennes, que la critique et la demande se sont fait entendre de plus en plus pressantes pour passer, sous couvert de la possibilité de choix d'une mort digne et sans souffrance, de la liberté de se suicider à un droit au suicide ou à l'euthanasie dont on a vu à quel point il peut être problématique quand il devient extensif. La demande de suicide assisté pour les personnes incapables de mettre elles-mêmes fin à leurs jours alors qu'elles en ont pris la décision paraît relever de l'évidence, mais pourtant quelques ambiguïtés montrent bien que même cette évidence est problématique ! Marie Humbert revendiquant ainsi, avec les écrits de son fils, le droit de lui donner la mort et la reconnaissance non seulement d'une impunité pénale, mais de ce qu'elle a agi moralement pour le bien n'a pas pu empêcher que les références altruistes de son fils à la souffrance et la gêne qu'il imposait à sa mère pour réclamer la mort posent réellement question de savoir si Marie tuait Vincent pour elle-même ou pour lui !

Jusqu'ici les psychiatres ont eu pour habitude de considérer que la revendication d'une volonté altruiste de mourir, même si elle n'est pas toujours délirante, ne peut être considérée comme une indication d'abstention thérapeutique en laissant le malade se suicider. Mais même la seconde revendication de Vincent Humbert, à savoir celle de mourir puisque sa vie ne valait plus la peine d'être vécue, posait un problème : si l'on peut comprendre que Montherlant n'ait pas voulu vivre aveugle ou que la mère de Lionel Jospin ait fait savoir à ses enfants qu'elle voulait se retirer en pleine possession de ses moyens, ces choix personnels ne sauraient être présentés comme un droit positif pouvant être revendiqués auprès de quelqu'un ou de l'État pour les sommer de fournir les moyens

d'exécution du désir. C'est le même problème que celui que Carrel prétendait résoudre avec la conservation de ceux dont la vie vaut quelque chose et l'élimination des autres : le célèbre arrêt Perruche a créé l'ambiguïté, et on lui doit la première ligne de la loi du 4 mars 2002, dite de démocratie sanitaire, qui vient fort utilement rappeler que « nul ne peut prétendre à préjudice du seul fait de sa naissance ».

Les brèches dans le principe de l'indisponibilité de l'état de la personne au sens large, c'est-à-dire de son corps et de son état civil qui doit dépendre de la reconnaissance collective, n'ont cessé de toute façon de s'étendre. Les LGBT (lesbiennes, gay, bi et transsexuels), auxquels il faudra bientôt ajouter les asexués ou neutres, ont revendiqué, au nom des droits des minorités, leur choix qui n'est plus vécu comme une condition subie. Malgré la loi de novembre 2016 qui autorise, de fait, le changement de sexe à l'état civil, l'État résiste encore avec quelques digues plus ou moins solides et plus ou moins justifiées, dans les domaines dérivés de la maîtrise de la conception, mais multiplie souvent les maladresses qui peuvent aller contre les principes mêmes qu'il prétend défendre et se fait prendre à contre-pied par la jurisprudence.

Peu de députés ou de commentateurs se sont attardés à expliquer la différence entre disposer de son corps et en être propriétaire. La réassignation chirurgicale représente une grave entorse aux principes de l'arrêt Mercier de 1936 où sont affirmées les règles universelles de déontologie : ne pas pratiquer d'intervention sans nécessité (ici sur des organes fonctionnels !). De la position initiale qui était de corriger une erreur de la nature, on évolue progressivement vers la mise au service de la demande de changement de sexe par le patient-impatient des techniques médicales sans autre référence que son désir. Cette position proche

de l'éthique américaine, où le médecin se vit comme technicien au service d'une demande qu'il n'a pas à juger, s'oppose à la position éthique traditionnelle en France qui est que tout ce qui est possible n'est pas pour autant à faire par le médecin, lié par une transcendance du contrat de soin qui le dépasse comme le patient et n'a que peu à voir avec un contrat commercial de fourniture de service. Une solution médiane est d'intervenir sur la souffrance du transsexuel sans reconnaître complètement un « droit » au changement de sexe, tout en donnant acte que cela s'impose à lui. Mais elle est elle aussi battue en brèche par des revendications de plus en plus « propriétaires », comme le fait de pouvoir conserver les capacités de conception du sexe initial, voire de devenir une chimère avec les deux sexes.

Sous prétexte de lutter contre la pédophilie et de diminuer les risques de voir les enfants victimes de prédateurs, une affiche a été éditée conjointement par le ministère de la Santé et de la Justice qui disait à un enfant « ton corps t'appartient », contresens éthique, alors qu'on aurait dû lui dire : « Ton corps, c'est ton corps, ne laisse pas quelqu'un d'autre en disposer, mais tu n'en es pas plus propriétaire que celui qui veut te le prendre comme un voleur un bien matériel. »

La véritable réflexion publique n'a pas encore été conduite, et, malgré des sursauts comme le fait que le Conseil d'État a interdit le « lancer de nains » au motif qu'ils peuvent porter atteinte à travers ce jeu, même consenti et apprécié par « les victimes », à l'essence même de la nature humaine et au respect qui lui est dû, les possibilités d'agir sur soi-même ne cessent de s'étendre, du tatouage à la conservation de ses propres gamètes en transformant la banque du sperme en banque de dépôt malgré l'opposition des CECOS (Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme

humains). Au début simple jurisprudence, la possibilité de congeler ses spermatozoïdes lorsqu'on a la perspective de perdre ou de mettre en danger sa fécondité est devenue une réalité légale. Si on peut le comprendre pour un adolescent qui atteint d'un cancer va perdre ses testicules, cela est plus contestable pour un soldat qui, partant en opération, craint une blessure et *a fortiori* pour un homme qui demande une vasectomie pour ne pas se faire voler son sperme et imposer une paternité dans une relation sans projet, tout en souhaitant pouvoir un jour être père par fécondation assistée avec une future compagne.

Depuis longtemps, ce qui faisait autrefois l'unité du mariage, c'est-à-dire la réunion de la vie sexuelle, de la conception et de la parentalité, s'est délité. C'est ce qu'ont tenté d'exprimer maladroitement les conservateurs tenants de La manif' pour tous, opposants au mariage pour tous, dont les défenseurs pouvaient sans vergogne demander à adopter « en tant qu'homosexuels », ce qui n'est pas du tout la même chose que d'adopter « en tant que parents », homosexuels ou hétérosexuels mais décidés à protéger l'enfant de la sexualité des adultes !

La revendication, non seulement de la liberté de disposer de soi, mais de la propriété du corps est actuellement un des fondements de la tendance au fonctionnement narcissique et à l'immaturité générale. Si l'on s'affranchit de la référence au cycle du temps (« Nous autres civilisations savons maintenant que nous sommes mortelles... », disait Paul Valéry¹³), la décadence pourrait se définir comme la négation de l'ordre des générations avec l'appropriation de soi, de sa vie, de la naissance à la mort sans reconnaître qu'on l'a seulement reçue et qu'on la transmet avec des devoirs vis-à-vis de ceux d'avant et de ceux d'après. La décadence commence quand une génération vit, consomme et jouit pour elle-même. L'écologie ne

devrait pas avoir pour fonction, comme les extrémistes tentent de l'imposer, de nier la mort en imaginant qu'on ne mourra pas si on s'empêche de vivre, mais de conduire la réflexion sur le fait de n'être propriétaire ni de soi, ni des autres, ni du monde.

Mais, enfin, à quoi pensent-ils ?

Dans le fonctionnement narcissique et la perversion ordinaire devenus la règle, la dépendance à l'image de soi est permanente, et la réassurance ne peut être engrangée, capitalisée pour construire et conforter l'estime de soi. Il n'y a pas de confirmation mutuelle et bienveillante de la reconnaissance dans une gratification gagnant-gagnant, mais la nécessité d'une progression insécuré dans une succession d'identifications instantanées au même qui n'est pas un autrui semblable et différent. Freud remarquait déjà que le Moi se reconstruit tous les jours par le jeu des identifications, à condition que ce ne soient pas que des identifications narcissiques immédiates et fugaces, utilitaires, et que j'accepte aussi moi-même sans méfiance paranoïde d'être objet d'identification ! Si je ne peux pas faire confiance à l'autre pour ce jeu réciproque, il n'y a pas de confirmation paisible et harmonieuse possible pour l'estime de moi.

Il ne s'agit pas d'une différence de quantité : le fonctionnement narcissique se maintient en permanence dans un fonctionnement relatif alors que l'estime de soi est autonome. C'est là que se situe une des distorsions majeures de la liberté de penser de l'immaturité essentielle : elle ne conduit pas seulement à penser « comme les autres », mais à fonctionner avec le plus archaïque des sentiments, le sentiment d'injustice né de la comparaison entre moi et celui qui est presque moi. Ce sentiment se réfère encore à l'envie,

possession de quelque chose qui m'échappe et que d'ailleurs je ne me représente qu'imparfaitement, et non à la jalousie plus élaborée, rivalité déjà en partie dans l'identification à l'autre, la transition entre l'envie et la jalousie se faisant par la conviction immature que, si tu possèdes quelque chose, c'est que forcément tu me l'as pris...

À l'extrême, le sentiment d'injustice provoque le syndrome de Richard III qui trouve dans son sort défavorable la justification de son droit à transgresser et à disposer à son tour d'autrui : j'ai un crédit puisque j'ai déjà « donné » du seul fait de ma naissance, et à partir de maintenant que « le mal soit mon bien et le bien soit mon mal », selon ce que fait dire Shakespeare au malheureux roi. Juger le criminel en le réduisant à un monstre ou en l'enfermant dans son passé au nom du principe de précaution conduit à ce résultat désastreux.

Le moralement correct et la justice

L'immaturité « essentielle » est devenue très commune dans la vie sociale sans que tous les immatures se fassent forcément épingle dans la transgression. Le travail avec les délinquants et les criminels offre évidemment un observatoire particulier du fonctionnement de cette manière d'être. La société anticipe, d'ailleurs, de plus en plus pour prévenir le fonctionnement abusif de l'immature en traquant les prémisses de sa pensée au-delà de son comportement. Le Code pénal a déjà introduit quelques exceptions notables au principe qu'on ne sanctionne pas l'intention coupable, mais la transgression effectivement accomplie : si l'on pouvait comprendre que l'association de malfaiteurs déjà ancienne soit punie sans qu'on laisse un crime notoirement préparé se commettre,

la mise en danger d'autrui qui n'a eu de conséquence dommageable pour personne et qui n'exige même pas la présence réelle d'un autrui est d'une autre nature. La détention d'images à caractère pédopornographique n'est certes pas très moralement défendable, mais poursuivre en justice la représentation « photoréaliste » par les moyens numériques modernes d'un enfant qui n'existe pas, subissant des choses qui n'ont pas eu lieu, pose quand même la question d'une justice de morale plus que de droit. Ce que confusément l'on craint derrière le vocable de « gouvernement des juges » est sans doute cette manière de juger les intentions plus que les faits et ce, bien davantage que la partialité éventuelle de juges qui feraient leur loi !

Les juges sollicitent maintenant les experts à propos des délinquants non plus seulement sur l'analyse *a posteriori* de leur responsabilité par rapport à leurs actes, mais sur l'évolution prévisible ou imprévisible de leur comportement futur pour prévenir la récidive. L'accès aux mesures d'aménagement de peine du délinquant sexuel est en grande partie contingent à l'évaluation de sa rectitude morale, de ses capacités empathiques à l'égard de sa victime, et il est demandé à l'expert de le déclarer coupable de ses pulsions plus encore que de ses actes, comme autrefois les confesseurs appréciaient la différence entre la contrition parfaite, prise de conscience de l'offense faite à Dieu par le péché, opposée à la contrition imparfaite qui n'était que la crainte de quelques siècles de purgatoire supplémentaires.

Le moralement correct est explicitement rentré dans nos mœurs avec un glissement progressif non pas du plaisir, mais de la place faite à autrui : la défiance envers le délinquant qui ne saurait être que ce qu'il est, voire que ce qu'il a été, induit dans la commande sociale la perversion de l'expertise qui va lire l'avenir dans le passé.

La psychodynamique est d'ailleurs fortement récusée par la psychiatrie « actuarielle » qui a la faveur des Anglo-Saxons et tente actuellement nos experts, lesquels tendent à nier la valeur prédictive de la clinique (qui ne la revendique d'ailleurs pas), parce que « trop ouverte » et pas assez fiable par rapport à des questionnaires standardisés dans des entretiens structurés s'affranchissant du relationnel et du caractère subjectif de l'évaluateur. Calquée sur les calculs des actuaires des compagnies d'assurances qui établissent une cotisation personnelle opposable à chacun à partir de la statistique du comportement de tous, la psychiatrie « objective » voudrait déceler la probabilité de récidive du criminel d'une façon si certaine qu'elle permette la prise de décision. Lire l'avenir en interprétant le discours pour lire la pensée devient un exercice adjacent aux échelles des questionnaires même si la notion de dangerosité tend à s'effacer derrière celle de risque et débouche sur l'évaluation des « besoins » du patient pour « rester dans les clous » et ce, même si les échelles dynamiques de quatrième génération réhabilitent en fait la clinique.

Déni et dénégation sont souvent des éléments dogmatiques de la psychiatrie morale déterministe. Il existe des individus pervers qui assument leur perversité et ne tirent qu'une seule leçon d'une aventure judiciaire et d'une condamnation éventuelle : la nécessité d'être plus habile la prochaine fois pour ne pas se faire prendre et ne pas avoir à assumer les conséquences de son geste. Ils sont rarissimes en matière de crime sexuel alors qu'ils sont assez fréquents dans la délinquance violente psychopathique et encore plus dans la délinquance acquise. La plupart du temps la négation des faits signifie d'abord que la personne ne se reconnaît pas dans son geste et que, plutôt que de risquer la mort psychique liée au fait d'admettre ce qui lui fait tellement honte « qu'elle voudrait

littéralement disparaître », elle préfère nier la réalité, quasiment comme dans une mauvaise foi psychotique délirante, avec parfois un « clivage fonctionnel ». Ce dernier, qui, à la différence d'un clivage structurel, permet une économie clivée avec ses bénéfices sans exiger du Moi qu'il se divise de façon permanente pour continuer à vivre, aboutit au fait qu'elle croit à son récit et à sa façon de voir sans être obligée d'intégrer les données de la réalité, du moins jusqu'à ce que celles-ci soient incontournables sur le plan cognitif, exigeant une véritable entrée dans la folie pour perdurer.

La dénégation est souvent assimilée à un mensonge délibéré, sous-tendant que le sujet sait parfaitement que ce qu'il nie est la vérité et qu'il s'en défend. Ce n'est pas le sens du mot en psychologie où en quelque sorte le sujet essaie de contraindre son interlocuteur à lire les faits en cause de la façon dont lui-même les a vécus, avec le sens qu'il leur donne même si ce n'est pas l'évidence. Il s'agirait en quelque sorte pour le dénégateur d'imposer son imaginaire : « Ce que vous croyez voir n'est pas ce que vous croyez. » Dès lors, on peut comprendre que, lorsqu'il a été dépassé par les événements qui n'ont pas évolué selon ce qu'il avait prévu ou tout simplement selon son désir, un auteur de violence sexuelle ait particulièrement « à cœur » ou « à conscience » de rétablir ce qui peut être une contrevérité pour les autres et qui est pourtant une vérité pour lui.

La tonalité de certaines expertises (et plus encore des expertises d'évaluation des possibilités d'aménagement de peine que des expertises initiales) dont la plupart des éléments d'observation clinique paraissent pourtant pertinents expriment souvent des réticences de principe qui montrent la conviction que qui a bu boira et qu'il n'y a aucune attitude possible chez l'auteur de violences sexuelles qui puisse rassurer sur son comportement à venir : s'il dit

qu'il est toujours tenté et en tourment avec ses pulsions et peu sûr de lui, il va être jugé comme fragile et encore dangereux ; s'il affirme avoir atteint la maîtrise de son comportement et être sûr de lui-même parce qu'il évitera désormais toute situation à risque, il va être disqualifié comme étant dans la forfanterie de n'avoir pas compris que le danger est en lui et non dans la conjoncture extérieure. Le pire est que, s'il affirme qu'il a compris combien il a fait du tort aux victimes et que désormais ses pulsions lui font horreur, il n'en sera pas quitte pour autant avec la suspicion et le doute, et l'expert y verra souvent une attitude manipulatrice encore plus perverse. Concernant l'expertise et l'application des peines, j'ai proposé le « syndrome de Silberman », en référence à la célèbre scène dans le film *Terminator 2. Le jugement dernier*, où le docteur Silberman, psychologue, a un entretien dans l'hôpital d'État de Pescadoro avec Sarah Connor qui lui affirme qu'elle a compris cette fois que le Terminator n'existe pas et lui dit que, puisqu'elle va mieux, elle voudrait voir son fils comme on le lui a promis. Refermant son dossier, Silberman lui dit alors : « Vous êtes encore plus dangereuse que je pensais puisque vous me dites ce que je veux entendre. »

*L'esprit contre la lettre :
« Je ne suis responsable
que de mon désir... »*

... et non des conséquences de mes actes. L'étymologie du mot « responsabilité », trop souvent évaluée en matière pénale comme la seule capacité cognitive de décision, suppose au contraire implicitement que les conséquences soient assumées (le

responsator en latin est le cautionnaire d'un emprunt qui est évidemment engagé par les suites de sa décision). Revenons à nos loubards marseillais : une des passagères du bus qu'ils avaient incendié sans lui laisser le temps de descendre a été grièvement brûlée et ils ont allégué qu'elle était responsable de sa situation et non eux-mêmes, qui ne l'avaient pas voulu... Après tout elle n'avait qu'à se dépêcher ! Dans une certaine mesure, le préfet de Corse, se défendant d'avoir fait incendier une paille installée en bord de mer, est dans la même position d'immaturité essentielle qui refuse de se projeter dans l'anticipation et dans l'identification à autrui. Mais, si ma parole est réduite aux mots, je peux me retrancher derrière eux, et non assumer ce que je voulais dire !

L'esprit contre la lettre : « Je sais bien, mais quand même... »

Comment peut-on, malgré certaines réticences, se ranger sans réserve dans la croyance exprimée par le courant dominant, simplement parce qu'elle paraît plus familière, plus simple ou mieux présentée¹⁴ ? On retrouve de façon saisissante dans le livre de Michel Houellebecq, *Soumission*, ce glissement insensible vers un conformisme qui refuse de remettre en question des bases solides – et l'expérience prouve que la méthode de raisonnement avec sa force culturelle semble plus importante à défendre que certaines valeurs ou certains traits d'identité racinaire – devant la bousculade d'idées et de comportements conquérants. Encore une fois, les neurosciences, en utilisant presque la méthode expérimentale de Claude Bernard, donnent raison à Freud. Les tendances à

l'interprétation du terme « complotiste » (entré dans le *Petit Larousse* cinq ans après celui de « conspirationniste ») aboutissent à ce que notre système cognitif qui se croit indépendant s'enferme dans ses propres croyances : biais de détection du fait que notre système de perception sensorielle et d'interprétation est habitué à repérer les structures ordonnées dans le désordre et l'aléatoire ; biais d'intention qui nous fait croire que les événements fortuits ont été voulus ; biais « social » qui fait que (par prudence atavique) nous repérons mieux la colère et la menace que la tristesse ou la joie ; biais de proportion qui fait croire que les grands effets ne peuvent avoir de petites causes ; biais de confirmation qui nous fait renforcer nos croyances quels que soient les arguments qu'on nous oppose ; enfin et surtout, biais de conjonction qui nous fait associer deux événements en pensant que leur probabilité de survenir ensemble est supérieure à la probabilité de chacun pris séparément, à l'inverse de toutes les lois mathématiques mais dans la logique de nos apprentissages. L'inquiétante étrangeté de Freud se vérifie même expérimentalement, et on a pu parler de « vallée dérangeante » (*uncanny valley*) pour décrire le fait que plus un robot humanoïde se rapproche de l'homme, plus on voit ses défauts.

Pour finir, rapportons encore comment une expérience d'intelligence artificielle a tourné court en vingt-quatre heures. Il s'agissait d'utiliser à terme une intelligence conversationnelle qui irait plus loin que les simples *cookies* de nos moteurs de recherche pour « nous aider » si on peut dire en devinant nos désirs et en les prévenant. Les informaticiens ont donc lancé une adolescente virtuelle de 19 ans (*sic*) sur Twitter qui a commencé sa « vie » le 23 mars, mais a dû être « tuée » (comprendre : retirée) le lendemain de sa première séance de dialogue tellement son programme s'était vite adapté à renvoyer par conformisme des messages « tendance »

aux tweets racistes et sexistes qu'elle recevait. Peut-être aurons-nous un jour la surprise de voir les implacables « big data » nous montrer ce que nous pensons vraiment, comme Lombroso prétendait savoir mieux que le criminel-né ce qu'il avait dans la tête... Les robots se serviraient-ils mal de leur liberté de penser ? Et comment les doter d'une morale ? Souhaitons que nous ne les fassions pas complètement à notre image, mais qu'ils soient plus sages et plus « mûrs » que nous !

La schizophrénie « torpide » dans l'ex-URSS et autres errements contemporains

PAR JEAN FURTOS

La psychiatrie, comme toute discipline médicale, est au service du sujet pour prendre soin de lui, lui prodiguer des soins, et dire aussi ce qui va à l'encontre de sa santé, y compris en ce qui concerne les déterminants sociaux. Pour approfondir cette délicate question, nous allons aborder successivement : ce que nous savons du dévoiement de la psychiatrie dans l'ex-URSS, puis l'approche de l'épidémie de suicides observée dans l'État Indien du Kerala, dans les années 2000, ainsi que la question actuelle de la souffrance au travail sous nos climats ; nous terminerons par la nécessité de la prise en compte d'une clinique psychosociale telle qu'elle peut-être pensée aujourd'hui, en période de mondialisation néolibérale où la souffrance psychique d'origine sociale, sous des formes grossières ou subtiles, s'avère extrêmement attaquante pour le lien social. Or, au moins depuis Aristote qui parlait de l'homme comme d'un « animal politique », nous savons que la question du lien social est et reste cruciale pour l'écologie humaine.

La psychiatrie dans l'ex-Union soviétique

Appuyons-nous sur le consistant et important rapport d'Amnesty International *Les Prisonniers d'opinion en URSS*¹ qui fait autorité en la matière. Le gouvernement d'URSS a écrit en 1977 une nouvelle Constitution pour tenter de la mettre en conformité avec les Droits de l'homme définis par les Nations unies. Cependant, l'article 39 de la nouvelle Constitution précise : « ... l'exercice de ces droits ne doit pas porter préjudice aux intérêts de la société et de l'État », et c'est là tout le problème. Il s'ensuit en effet que, selon certains écrits officiels, « la véritable liberté de conscience se confond avec la propagation d'idées et d'opinions progressistes et révolutionnaires répondant aux intérêts des masses populaires porteuses du progrès social et forces vives de l'histoire ».

Ce n'est qu'à cette condition, est-il précisé dans l'article 125, qu'on peut parler d'une vraie liberté de conscience, en particulier de la liberté de la presse et d'opinion ; autrement dit : les libertés doivent être conformes au régime socialiste et le consolider.

Lorsque l'expression de la parole, de l'écriture et de l'affichage va contre les intérêts du régime socialiste, il peut s'ensuivre des incarcérations ou des hospitalisations en milieu psychiatrique, et c'est ce second point que nous allons développer.

Les abus ont été tels qu'en 1977 l'Association mondiale de psychiatrie prend note de l'usage abusif de la psychiatrie à des fins politiques et condamne cette pratique dans tous les pays où elle s'exerce ainsi, invitant les organisations professionnelles de psychiatres à y renoncer. Il en est donc appelé à l'éthique et à la déontologie des psychiatres.

Pourtant, des centaines de dissidents ont été internés. De source sûre, il n'a jamais été suggéré, même officiellement, qu'ils fussent

des êtres violents ou physiquement dangereux pour autrui ou pour eux-mêmes. Les dissidents étaient soumis à une expertise psychiatrique expéditive, quelquefois n'ayant même pas lieu, « faute de temps » ; ils ne pouvaient pas recevoir de visites de leurs familles avant le procès expéditif qui avait lieu 6 à 12 mois après leur arrestation.

Le diagnostic de « schizophrénie torpide », souvent porté, était précisé comme « pouvant s'accompagner d'un comportement extérieur tout à fait correct et de dissimulation », étant sous-entendu que seuls des experts particulièrement aguerris (et souvent en moins de 15 minutes !) pouvaient dépister cette pathologie.

Les diagnostics pouvaient être argumentés comme suit :

- « paranoïa avec surestimation de certaines idées ayant tendance à la contestation ;
- schizophrénie accompagnée de délires religieux ;
- fantasmes réformismes ou idées réformistes ;
- illusions réformistes et hostiles à l'encontre du système social et politique de l'URSS ;
- obsessions de transformer la société. »

À titre d'exemple caricatural, le symptôme de maladie mentale pouvait consister dans le fait que le sujet « avait accroché au-dessus de son lit, dans sa chambre de foyer, une icône religieuse et les photographies de deux dissidents » (celles de l'académicien Sakharov et du général Piotr Grigorenko).

Si le sujet refusait d'admettre que sa conduite découlait d'une maladie mentale, cela dénotait « un manque d'esprit critique ». Les patients les plus « dangereux pour l'État soviétique » pouvaient être admis dans des hôpitaux psychiatriques spéciaux qui étaient sous l'autorité directe du ministère de l'Intérieur et non sous celle de

l'Administration de la santé publique ; ils fonctionnaient en fait comme des prisons.

Les personnes internées pouvaient y passer plusieurs années, certaines y sont restées entre quinze et vingt ans. Elles perdaient tout statut légal de citoyen et ne disposaient d'aucune procédure leur permettant de porter plainte contre les erreurs, les abus psychiatriques ou judiciaires. Elles étaient placées sous une surveillance rigoureuse, avec miradors, barbelés, personnel armé et en uniforme du ministère de l'Intérieur, et chiens policiers. Même la hiérarchie médicale dépendait du ministère de l'Intérieur. Les passages à tabac étaient fréquents, parfois suivis de mort.

Les hôpitaux psychiatriques ordinaires étaient sous la juridiction des personnels de santé. Les résidents étaient en général mieux traités que dans les hôpitaux psychiatriques spéciaux, mais extrêmement neuroleptisés, de manière inappropriée, avec de fortes doses et pendant de longues durées. Celui qui était déclaré schizophrène dans ce contexte fournissait 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 importants ou de festivités publiques.

Après la chute de l'Union soviétique, ces mesures ont diminué, voire disparu. Cependant, sporadiquement, certains témoignages sont communiqués dans les pays occidentaux par voie de presse ou sur le Net, allant dans le sens de cas isolés où la psychiatrie abusive pourrait encore être d'actualité.

L'épidémie de suicides chez les paysans du Kerala

Si l'exemple soviétique illustre l'intervention de la psychiatrie dans une position de complète complicité avec le pouvoir politique, il existe d'autres manières de psychotriser les problèmes socio-économiques. Pour illustrer cette notion, nous allons évoquer le cas des suicides des paysans dans l'État du Kerala, en Inde, dans les années 2000².

L'État du Kerala, au sud de l'Inde, est parmi les plus riches du pays sur les plans économique et culturel. Il joue le rôle de modèle. Il fut pourtant présenté comme la capitale indienne du suicide avec 32,2 suicides pour 100 000 habitants par an, soit trois fois plus que la moyenne nationale. Cela concernait essentiellement des hommes. La pendaison était la première modalité de suicide (50 %), suivie par la prise de pesticides (32 %) ; 10,4 % étaient des fermiers, avec une forte proportion de suicides dans les familles et parmi les personnes qui leur étaient socialement liées. Les « problèmes familiaux » sont authentifiés comme les plus importantes causes de suicides (42 %). Les suicidés appartenaient essentiellement aux groupes d'âge 40-60 ans (60 %), suivis par le groupe des 20-40 ans (22 %).

Jusqu'en 2006, l'approche fut essentiellement individuelle et fondée sur la psychiatrie. Le diagnostic était celui de complications de santé mentale marquées par des éléments dépressifs sévères dans 90 à 98 % des cas. Une commission officielle, composée de douze psychiatres, d'un gastro-entérologue et d'un médecin de famille, sans représentant des paysans, avait conclu qu'il s'agissait de complications de santé mentale de patients ne pouvant avoir accès aux soins pour des éléments dépressifs sévères, et que les antidépresseurs devaient constituer la colonne vertébrale de

l'intervention antisuicidaire, tout particulièrement la prescription des inhibiteurs de la recapture de sérotonine, étant donné un déficit supposé de ce neuromédiateur dans les situations suicidaires. Le docteur Mani, au nom de cette commission *ad hoc*, exprimait le point de vue que la dépression avait été trop banalisée et psychologisée. Les experts considéraient que la stigmatisation sociale attachée aux problèmes de maladie mentale, qui certes pouvait exister, constituait un obstacle majeur aux efforts de prévention du suicide.

L'idée était de médicaliser le problème à partir d'une approche individuelle, tout en reportant en partie la faute sur les victimes et les petits fermiers, par exemple dans le fait qu'ils ne savaient pas manipuler les pesticides. La médicalisation par des antidépresseurs largement prescrits fut donc instituée... et n'eut aucun effet sur l'épidémie de suicides.

À cette époque, dans le contexte de mondialisation du commerce des produits agricoles, une forte introduction de la culture des OGM fut imposée ; 77 % des fermiers suicidés faisaient partie des petits propriétaires avec une moyenne de 0,8 hectare par famille, juste après plusieurs années de sécheresse majeure et une réduction drastique de la récolte des céréales. La nouvelle obligation d'introduire « des semences magiques », les OGM, associée à un fort taux d'endettement bancaire à court terme, avec impossibilité d'acheter en quantité suffisante les herbicides nécessités par ces nouvelles modalités de culture, ruinait les paysans qui étaient littéralement désespérés. De plus, ces nouvelles modalités s'accompagnaient d'un effondrement des prix agricoles en même temps que d'une augmentation des coûts de gestion.

Après un changement de gouvernement de l'État du Kerala en 2006-2007, le nouveau gouvernement favorisa la mise en jeu d'interventions sociales et économiques en faveur des paysans, ce

qui eut des effets immédiatement positifs en termes de prévention du suicide. Le plus important, semble-t-il, fut lorsque le groupement étatique des banques a annoncé un moratoire de six mois sur le recouvrement des prêts consentis aux agriculteurs, associé à la reconversion de prêts à court terme en prêts à moyen terme (entre trois et cinq ans). C'est finalement cette intervention économique qui semble avoir arrêté efficacement l'épidémie de suicides.

Cette situation questionne d'une manière particulière les effets de la mondialisation sur la santé mentale des populations. Elle montre également que, si la psychiatrie a un rôle important à jouer dans l'accompagnement de ces populations, elle doit, comme ailleurs et peut-être plus qu'ailleurs, prendre en considération les déterminants sociaux et culturels dans la prise en charge des patients, ce qui est le point de vue et la politique de l'Association mondiale de psychiatrie sociale (WASP).

La souffrance au travail

À l'évidence, les effets de la mondialisation n'affectent pas seulement les pays du Sud. Le nouveau management, directement issu des règles du néolibéralisme mondialisé, qui insiste quasi exclusivement sur l'optimisation des flux d'argent, de marchandises, d'informations et de personnes, ne peut pas ne pas avoir d'effets sur les conditions de travail. Le néomanagement insiste d'une manière quasi exclusive sur l'augmentation de la productivité et des bénéfices, avec une fureur d'efficacité dont on parlait déjà dans les années 1900-1911 lors de l'introduction du taylorisme. L'effet attendu de ce type de management insiste sur la production d'un état objectif qui aille dans le sens de cette augmentation de productivité. Mais il

va de soi que l'obsession accordée au flux d'argent et de marchandises, et également aux flux d'informations, diminue corrélativement l'importance accordée au facteur l'humain, ce qui donne un certain nombre d'effets inattendus sur les travailleurs³ :

- *Premier effet inattendu sur le plan de la réalisation personnelle de l'ouvrier*, celui qui produit une œuvre, quelle qu'elle soit. Ce néosystème provoque une dévalorisation de la notion de bel ouvrage, de travail bien fait et gratifiant, puisque l'objectif est la productivité et non l'objet produit. Le bel ouvrage n'est plus un objectif, et, en conséquence, l'ouvrier ne se fait plus en faisant, ce qui était autrefois l'idéal hérité du compagnonnage, idéal qui a longtemps subsisté et qui subsiste encore chez tous ceux qui continuent à aimer bien faire leur travail.
- *Deuxième effet inattendu : le plan interpersonnel*. On observe la tendance à un effondrement du rapport personnel à l'usager et à sa satisfaction, avec un effondrement corrélatif du rapport personnel aux collègues de travail, tandis que la notion d'« équipe » tend à disparaître au profit de l'« autonomie » de chacun et du fonctionnement au mérite des agents.
- *Troisième effet inattendu : l'effondrement du niveau transpersonnel du travail*, c'est-à-dire de la valeur et du sens de ce qui est fait, avec un amoindrissement des règles du métier et de la notion d'institution, au profit de la productivité et du management.

Précisons au passage que ces effets inattendus peuvent réduire l'efficacité du résultat objectif attendu, car, pour être efficace, il vaut mieux prendre du plaisir au travail et y trouver du sens.

Les extrêmes subjectifs de cet état de fait sont :

1. *Un malaise, une souffrance consciente* qu'il est possible d'assumer et de comprendre dans son contexte, de partager

avec d'autres en externe et en interne, pour y résister et supporter son travail malgré la conflictualité. C'est, entre autres, pourquoi on insiste tellement, à l'heure actuelle, sur les groupes d'analyse de la pratique sans lesquels nombre de personnels s'effondrent littéralement. L'extension du *coaching* fait aussi partie des modalités pour rester vivant.

2. *À l'inverse, un refus de souffrir* dans le contexte que je viens d'évoquer, avec l'acceptation d'agir comme un simple exécutant, d'être en quelque sorte désœuvré (au sens étymologique), sans marge de manœuvre, quelle que soit d'ailleurs sa place dans la hiérarchie, les cadres supérieurs n'étant pas plus protégés. En somme, il s'agit ni plus ni moins de devenir un mercenaire ou un tâcheron. À titre d'illustration, j'ai entendu un jour un cadre supérieur de santé, que je connaissais bien, en extrême difficulté dans son service, me dire avec le sourire : « Je vais bien car je me fiche de mon travail (pour ne plus souffrir), je travaille pour mes vacances et pour mes enfants. » On imagine son implication au travail et celle de tous ceux et de toutes celles qui rentrent dans ce que j'ai appelé un « hédonisme de désenchantement ».

3. *Reste une troisième possibilité, la souffrance pathologique au travail* : si le malaise n'est pas assumé et partagé, ou si le malaise ne s'accompagne pas d'un désinvestissement du travail pour se protéger, alors s'ouvre le vaste champ des pathologies au travail, des souffrances au travail, qui peuvent donner des syndromes dépressifs et des effondrements qui prendront parfois des mois et quelquefois des années pour être correctement traités. On peut l'appeler burn-out (épuisement extrême) ou bore-out (ennui extrême), selon les cas. Le surmenage est un cas différent, il n'appelle qu'au repos.

J'ai présenté, dans un travail issu de mon expérience en hôpital de jour, des cas cliniques montrant les différentes formes que peuvent prendre ces effondrements au travail⁴. Certes, il ne faut pas qualifier tout syndrome dépressif au travail comme un burn-out, un stress ou un surmenage ; mais, en même temps, il faut savoir faire le diagnostic de burn-out qui n'existe à l'heure actuelle que chez les employés, les ouvriers, les travailleurs qui persistent à investir leur travail.

J'insiste : une personne qui n'investit pas son travail n'est pas en capacité de faire un burn-out⁵ ; tout au plus pourra-t-elle se surmener, ce qui nécessitera du repos ou qu'elle aille voir ailleurs dans un autre poste, avec l'exaspération actuelle du *turnover* des agents : ne pas rester trop longtemps au même poste, au même lieu, est souvent une condition de survie, avec l'alibi de multiplier les expériences.

En effet, on peut dire sans trop se tromper que l'accélération du *turnover* des salariés, à notre époque, y compris celle des médecins et infirmiers hospitaliers, qui restent peu de temps sur un poste, est l'un des reflets de la difficulté d'investir son travail et de la nécessité corrélative de le désinvestir périodiquement pour en investir provisoirement un autre.

Les questions à poser, lorsqu'on reçoit un patient souffrant de burn-out, ne consistent pas à interroger d'emblée sur les pathologies anciennes ou récentes, ou encore sur ce qui s'est passé dans l'enfance du sujet, mais d'avoir une sémiologie assez fine sur d'éventuels changements survenus sur le lieu du travail : changement de direction, changement de hiérarchie proximale ou supérieure, exigences nouvelles de productivité, multiplication des exigences en termes de « qualité du travail », ce grand mensonge

actuel qui camoufle l'exigence de productivité et la diminution des moyens.

Le rôle primaire des médecins du travail, qui est de protéger les travailleurs et leurs conditions de travail, est bien entendu attaqué dans ces nouvelles modalités managériales. Comment tiennent-ils leurs exigences éthiques et déontologiques dans ce contexte, et en ont-ils encore la possibilité ? C'est en tous les cas, je le sais pour travailler avec certains d'entre eux, de plus en plus difficile. Pour eux comme pour tous les médecins se pose donc aussi la question de la complicité au système, de la méconnaissance ou de la juste appréciation du contexte et du respect de la déontologie.

Reconnaitre les différentes formes de violence sociale

Chemin faisant, on voit comment nous sommes passés insensiblement de la folie et de la violence politique, en l'occurrence dans l'ex-URSS, que l'on aurait pu également étudier dans les camps de concentration de l'ancienne Allemagne nazie, à des violences chaudes, évidentes, cruelles, vis-à-vis desquelles la psychiatrie peut, si elle ne résiste pas, entrer dans un dévoiement de ses objectifs déontologiques, en complicité de fait avec les violences d'État.

Puis, insensiblement, avec le suicide des paysans au Kerala, nous sommes passés aux effets de la mondialisation sur la vie concrète et psychique des personnes. Le rôle de la psychiatrie, dans ces contextes, est certainement d'observer la clinique, dans le cas particulier de la clinique suicidaire, et d'essayer à la fois de traiter et

d'avoir *un juste diagnostic psychosocial*. Dans ce cas particulier, la psychiatrisation était moins efficace que l'intervention directe au niveau économique par une réduction des dettes qui asphyxiaient les paysans et les empêchaient de vivre.

Nous n'étions plus dans la complicité de la psychiatrie d'État, mais dans une psychiatrisation certes *a priori* bien intentionnée, mais de mauvais aloi et inappropriée : la prescription d'antidépresseurs n'empêchait aucunement les paysans du Kerala de se suicider, ni leur famille ni leurs proches. Les psychiatres auraient pu faire le diagnostic des déterminants économiques du suicide, si cela avait fait partie de leur théorie de la pratique, et les répercuter au pouvoir politique.

Avec la souffrance au travail, nous observons les mêmes effets de la mondialisation *via* le nouveau management, avec cette remarque surprenante que, pour se défendre dans ce contexte, il vaut mieux désinvestir son travail pour ne pas faire de burn-out⁶. On peut dire que nous sommes passés du côté des objectifs de l'Association mondiale de psychiatrie sociale : étudier les déterminants sociaux et en quoi ils peuvent induire des pathologies ; en l'occurrence, on peut considérer la mondialisation, sous sa forme actuelle, comme un véritable déterminant social de santé mentale. Autrement dit, la cruauté chaude des régimes totalitaires peut devenir une cruauté froide, certainement moins radicale quant à ses effets sur le corps et sur la vie elle-même, cependant entraînant des effets délétères et néfastes en termes de santé mentale et de lien avec soi-même et avec autrui. C'est une partie de ce que nous allons maintenant préciser.

Pour une clinique psychosociale

Il ne s'agit pas de revenir à l'époque de l'antipsychiatrie et de dénoncer le fait que toute pathologie viendrait du social. Cependant, les effets du social sur le psychique, sur le corps des gens, sur le lien social, permettent de décrire des effets et des pathologies qu'il convient de connaître quelle que soit la place que l'on occupe dans la société, en particulier si l'on est inscrit dans le soin du côté de la psychiatrie, ou si l'on a de près ou de loin un rôle effectif de responsabilité dans la relation interhumaine.

Rappel historique

J'ai, pour ma part, commencé à penser l'aspect psychosocial de la psychiatrie en 1993, lorsqu'une infirmière de haute responsabilité à l'hôpital où je travaillais, Mme Jacqueline Picard, m'a un jour ainsi interpellé : « Monsieur Furtos, il faut nous aider, les gens ne souffrent plus comme avant. » Honnêtement, je n'étais pas au courant ! Je connaissais la souffrance dépressive, la souffrance schizophrénique, etc. En fait, elle parlait de ce qu'elle avait remarqué chez des personnes qui nous étaient adressées par les travailleurs sociaux, à partir de leur impuissance professionnelle : il pouvait s'agir de chômeurs de longue durée, de personnes bénéficiant des minima sociaux, de personnes vivant dans la rue, de demandeurs d'asile déboutés, de jeunes « déboussolés », que le travail social n'aidait pas vraiment et que les soins psychiatriques classiques fondés sur la nosographie en vigueur n'aidaient pas d'avantage. Nous étions donc soumis à une double impuissance professionnelle. C'est pourquoi nous avons organisé des colloques interprofessionnels, dont le premier en date, le colloque du Vinatier,

en 1994, s'est appelé : « Devoirs et limites de la psychiatrie face à la souffrance sociale ». Y ont participé des travailleurs sociaux, des bailleurs, des associations humanitaires, des économistes, démographes et sociologues, des maires, des policiers, des pompiers, des psychiatres et soignants divers, avec des urgentistes comme Xavier Emmanuelli, le fondateur du SAMU social. Le rapport Lazarus-Strohl (DIV-DIRMI), intitulé « les souffrances que l'on ne peut plus cacher », est sorti en 1995.

Dans les suites, avec Christian Laval, sociologue, j'ai été amené à fonder l'Observatoire régional de la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion. Cet ORSPERE, devenu au début des années 2000 l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP), sous l'égide du ministère de la Santé et des Affaires sociales, a effectué nombre de recherches-actions, écrit de nombreux rapports et ouvrages, et inspiré quelques circulaires ministérielles. Il a notamment organisé, en 2011, à Lyon, le Congrès des cinq continents sur « les effets psychosociaux de la mondialisation » en insistant sur l'écologie du lien social, avec la participation de quarante-cinq pays⁷, dont le texte de conclusion est connu sous le nom de « Déclaration de Lyon ».

Bien entendu, chaque époque, et pas seulement la nôtre, est soumise à de puissants processus qui influencent la manière dont les gens vivent en société. Mais il convient d'être au courant de ces processus si l'on veut savoir dans quel monde on habite, surtout pour aider les gens si l'on est médecin, psychologue, soignant, travailleur social ou en responsabilité dans la cité. La nôtre, nous l'avons déjà dit, est marquée par les effets psychosociaux de la mondialisation néolibérale, et ce dans les cinq continents. Elle produit une précarité qui se caractérise par une incertitude à propos du lien social, d'abord constatée chez les plus pauvres et les plus

malades, mais non moins présente au cœur de notre société, chez tout un chacun. La découverte que cette souffrance ne touchait pas seulement les plus démunis, certes particulièrement exposés, mais également les personnes « qui ont tout pour être heureuses », la découverte de la souffrance au travail, y compris pour les cadres supérieurs, a constitué pour moi, comme pour d'autres, un véritable choc.

Travailler sur les mots

MONDIALISATION, GLOBALISATION

Il y a lieu de distinguer deux phénomènes très différents que la langue française permet d'authentifier, bien qu'ils soient étroitement intriqués : la mondialisation et la globalisation. Nous avons jusqu'à présent parlé indistinctement de mondialisation, sans différencier les deux notions.

La mondialisation est un processus de très longue période, qui résulte de la croissance des flux migratoires et d'informations à travers les frontières physiques et politiques, et qui existe depuis fort longtemps. Ce phénomène a pris la dimension d'un village planétaire où l'autre est mon voisin, en dépit des importantes différences régionales. C'est une véritable conscience mondiale qui émerge et qui revendique une meilleure gouvernance et une meilleure citoyenneté. Mais ce défi est hautement périlleux car il doit prendre en compte, entre autres, une dangereuse exacerbation des nationalismes couplée à une évanescence des frontières. Ce défi est vital à relever car il ne va pas de soi. La globalisation, quant à elle, représente la prédominance absolue de l'économie de marché fondée sur la compétitivité et le profit, dans tous les pays et sur

toutes les activités de production et d'échange de biens et de services. C'est elle qui a pesé sur les paysans du Kerala comme elle pèse sur la souffrance au travail dans tous les pays.

Depuis une quarantaine d'années, la dérégulation a consacré le triomphe du marché sur l'État, avec une double et dommageable émancipation : celle du financier par rapport à l'économique et celle de l'économique par rapport au politique, l'ensemble étant résolument déconnecté du temps social et du temps humain, ce qui est un drame. Les interactions entre l'individu et le collectif sont de ce fait de plus en plus transformées, avec des effets psychosociaux de plus en plus patents. C'est à ce titre que la mondialisation, du côté de la globalisation, doit être considérée comme un déterminant majeur de santé mentale, bien au-delà des pathologies psychiatriques, dont il convient d'étudier la compatibilité problématique avec le lien social.

PAUVRETÉ, PRÉCARITÉ, EXCLUSION, VULNÉRABILITÉ

La pauvreté est le fait d'avoir peu. Il existe des cultures de la pauvreté qui ont produit de la musique ou des mythes de l'humanité. La pauvreté est évidemment à différencier de la misère, qui est une peste. La pauvreté n'empêche pas la culture et le développement. Elle est cependant difficile à vivre dans des sociétés où la consommation est le critère de base de l'inclusion. Dans chaque culture, la pauvreté est définie par des seuils qui sont différents selon les lieux et les temps. Il suffit de modifier discrètement les seuils pour avoir 30 % en plus ou en moins de pauvres. Évidemment, la notion de pauvreté change qualitativement dès que le mépris social s'y attache. Ce n'est plus seulement avoir peu, c'est manquer de reconnaissance et de dignité. Il existe des pays qui étaient pauvres jusqu'à il y a peu, et qui depuis la globalisation sont devenus

précaires, la différence entre la pauvreté et la précarité mauvaise passant par l'apparition d'une méfiance généralisée⁸. La méfiance, la perte de confiance sont les premiers signes de la précarité psychologique, indépendants de la pauvreté.

Au niveau des êtres humains, trois niveaux de précarité peuvent être définis :

1. *La précarité constitutive*, incontournable, qui se définit comme le fait d'avoir absolument besoin de l'autre, des autres pour vivre. Personne ne peut vivre seul, ni les autistes ni les ermites qui vivent en communautés. Le mot vient du latin *precari*, qui signifie « demander », *prex* voulant dire « prière ». C'est dire si la demande à l'autre fait partie de la précarité. Le comble de la précarité, c'est le nourrisson, car il meurt si on ne s'occupe pas de lui avec respect ; c'est aussi le grand vieillard, les personnes malades ou qui subissent des accidents de la vie, l'exil, le chômage, etc. C'est aussi chacun de nous... Et c'est grâce à cette précarité que les relations s'installent, s'instaurent. C'est grâce à la précarité du bébé qu'il entre en contact avec ses personnes tutélaires et qu'il pense et ressent à sa manière : « si maman et les autres s'occupent de moi, c'est que je suis bon, c'est que les autres sont bons, et si demain j'ai un problème, il y aura toujours quelqu'un pour m'aider ». Autrement dit, la précarité ordinaire, normale constitutive, donne confiance en soi, confiance en autrui, confiance dans l'avenir. Triple confiance vitale. Actuellement, on parle énormément de vulnérabilité, que je considère comme le versant individualiste de la précarité constitutive envisagé du côté des risques. Nous sommes aujourd'hui tellement immers dans une société individualiste que la notion de précarité est la plus justifiée puisque, par définition, nul ne peut se passer d'autrui.

2. *La précarité de la modernité*, corrélée à l'apparition des Lumières au XVIII^e siècle. Un auteur comme Malraux a écrit sur l'homme précaire⁹, l'homme aléatoire, l'homme qui ne sait pas *a priori* ce qu'il va penser, qui cherche et qui trouve sa propre vérité. Cela fait partie de la grandeur et de la difficulté de l'homme moderne. C'est quelque chose que nous connaissons et qui est susceptible de produire un individualisme créatif. Cela permet de penser ensemble, d'avoir des controverses, quelquefois des guerres, mais en règle générale un lien social interactif en régime démocratique.

3. *La précarité actuelle, ou mauvaise précarité*, dont on parle dans les politiques de lutte contre l'exclusion. Elle est portée par le capitalisme financier dans sa forme actuelle, ce qui n'est un *scoop* pour personne.

La globalisation des flux d'argent, de marchandises, d'informations, d'êtres humains, n'est en soi ni bonne ni mauvaise, elle est a-morale. On constate que ses effets sont en contradiction avec les droits de l'homme ou, au mieux, en sont déconnectés. En ce domaine, la question des droits de l'homme n'est posée nulle part sauf en termes de discours, bien entendu. Et, quand cette question n'est plus posée, quand l'humain n'a plus d'importance réelle, on peut faire ce que l'on veut, ce qui engendre évidemment des effets péjoratifs sur les plans financiers, économiques et malheureusement psychosociaux. L'exclusion fait partie des effets négatifs de cette mauvaise précarité. Une exclusion « douce », en quelque sorte, mais d'une violence d'autant plus grande qu'elle est « sans méchants nominatifs » contre lesquels on pourrait se révolter.

Le premier effet de cette mauvaise précarité est l'hyperindividualisme des personnes, non pas du côté de la liberté d'être soi et de penser, comme la précarité « moderne », mais plutôt

comme une forme de phobie sociale validée par la culture. L'obligation de l'autonomie est souvent la rationalisation de cet hyperindividualisme, en fait plus du côté de l'autarcie que de l'autonomie. Le second effet est une sorte d'urgentification du monde¹⁰. Depuis quelque temps, en dépit de l'outil informatique supposé nous faire gagner du temps, il faut toujours faire les choses dans l'urgence, que ce soit dans le métier ou en dehors du métier. On est toujours en retard d'un papier, d'un dossier, d'un mail, d'une procédure, il faut résoudre les problèmes dans l'immédiateté. Cela donne une pression au travail, qui n'est pas un stress abstrait. Cette temporalité favorise une atomisation des individus avec une perte des solidarités pensées comme un devoir naturel.

La solidarité, c'est justement ce qui découle de la bonne précarité, avoir besoin de l'autre pour vivre dans la réciprocité, que ce soit en privé, à son travail ou dans la cité. Il ne faut pas confondre le devoir naturel de solidarité avec les comportements issus du besoin de cohésion sociale : ce besoin-là n'est plus un devoir naturel, il n'existe que pour ne pas avoir d'ennui, de fragmentation sociale supplémentaire¹¹.

Dans ce contexte d'urgentification, les individus sont atomisés, ils ne forment plus des molécules, ils ont perdu la triple confiance, à savoir :

- *La perte de la confiance en soi* : je ne vaux plus rien, je suis un déchet, c'est ce qui s'appelle les pathologies du narcissisme ou la « mélancolisation du lien social », du côté de l'exclusion subjective.
- *La perte de la confiance en autrui*, caractérisée par une sorte de paranoïa sociale, ou de phobie sociale, selon la perspective : *a priori*, l'autre ne me veut pas du bien mais du mal, au pire il m'est indifférent. Celui qui est dangereux, c'est l'autre en

général, avec une focalisation sur l'étranger, le malade mental, le jeune des banlieues. Cette focalisation sur l'individu dangereux est évidemment exacerbée par la question du terrorisme, qui n'est pas un fantasme ; il est pourtant certain que l'on n'a pas attendu le djihadisme pour être dans la paranoïa sociale, comme en témoignent les théories du complot qui fleurissent tant sur le Net. C'est le retour du vécu paranoïaque du XIX^e siècle avec les classes dangereuses, l'atomisation de l'individu en prime. À l'inverse de la bonne précarité, constitutive et essentielle, cette mauvaise précarité rend difficile ou impossible la demande à l'autre, ou, à l'inverse, il s'agira d'une hyperdemande, d'une exigence qui n'ouvre pas sur la réciprocité de la relation.

- *La perte de la confiance en l'avenir.* L'urgentification du monde ne permet plus de penser un avenir. Au mieux, ceux qui « vont bien » sont dans une sorte d'état hypomaniaque permanent, et ceux qui « vont mal » sont dans un temps arrêté, c'est la dépression ou la mélancolie, « tout est fichu, tout est perdu » ; ou dans un temps traumatique : « Il s'est passé quelque chose, il va se passer quelque chose », la menace est permanente. Et c'est pourquoi la menace terroriste, bien réelle, est tellement publicisée : elle correspond à notre type de temporalité.

On est sorti du « grand temps », le temps de la communauté des vivants, des morts et des pas encore nés. Temps spirituel pacifiant¹². Dès lors, l'écologie devient impossible : comment avoir une pensée écologique s'il n'y a plus d'avenir, si demain c'est l'apocalypse, la mort, ou simplement si rien ne vaut plus la peine. Comment peut-on avoir une pensée écologique si l'on pense exclusivement à court terme ? J'ajoute, mais peut-être l'aura-t-on compris, qu'il y a aussi une perte de l'écologie du lien social, laquelle est aussi importante

pour la vie, pour notre vie personnelle et sociale, que la qualité de l'eau et de l'air.

Autre effet de la mauvaise précarité : l'hédonisme de désenchantement, déjà évoqué plus haut. Puisque rien ne vaut la peine, puisqu'il y a une mélancolisation du lien social, une perte du sens de la vie et du travail, alors je vais prendre mon plaisir au fur et à mesure, au maximum, consommer des objets de plaisir, hédonisme par désenchantement du monde et de son avenir.

Globalement, une société précarisée est une société qui a l'obsession de perdre ; perdre les avantages acquis, l'argent, les liens sociaux, son logement, son travail, son statut, sa famille, l'estime de soi et des autres. Anthropologiquement, les sociétés pauvres n'ont pas peur de perdre, elles ont simplement le souhait d'avoir le minimum pour vivre, pour leurs enfants et pour elles. Les sociétés pauvres, qui actuellement se précarisent, acquièrent à leur tour cette obsession de perdre, liée à l'apparition de la méfiance.

Un effet clinique de la perte de confiance : le syndrome d'auto-exclusion¹³

Il s'agit d'une constante transversale à notre époque. Ce syndrome a d'abord été authentifié chez les sans-abri, les errants, en particulier dans les analyses de la pratique proposées aux praticiens qui suivent ces personnes : le savoir psychiatrique est intéressant en partie seulement, mais il ne rend pas compte de *toute* la clinique. Ce syndrome d'auto-exclusion peut s'observer chez les cadres supérieurs ou les *traders*, chez les médecins, les infirmiers, chez toutes les personnes soumises excessivement au stress de la mauvaise précarité. Elles vont sortir de la bonne précarité, qui est

d'avoir besoin des autres pour vivre, pour rentrer dans une logique où l'on doit se passer de l'autre pour ne pas souffrir de la souffrance psychique d'origine sociale. Le terme « auto-exclusion » renvoie, par le mot *auto*, à l'action du sujet : c'est la part active du sujet dans un contexte excluant, pour y échapper.

- *Le mécanisme du syndrome est le suivant* : le sujet a la possibilité d'exercer sur lui-même une activité psychique et somatique pour s'exclure de la situation, pour ne pas la souffrir ni la penser, transformant ainsi le subir en agir. Cette activité se situe toujours dans un milieu social à forte valence excluante ; et le plus souvent, dans nos pays, cette valence excluante ne se joue pas sur le registre d'une cruauté chaude comme la torture ou les établissements psychiatriques spéciaux de l'ex-URSS, mais sous la modalité d'une cruauté froide qui confine à l'indifférence absolue pour autrui et pour les droits de l'homme.
- *L'auto-exclusion commence par un découragement*, à ne pas confondre avec une pathologie de la dépression ; il est suivi par un désespoir qui peut d'abord se dire, qui ensuite ne pourra plus se dire et se méconnaître lui-même, et sera alors confondu avec une dépression froide. Ce découragement est facilement réversible au début, plus difficilement s'il dure. C'est le paradoxe de s'empêcher de vivre pour vivre.

En voici un exemple.

L'unité médicale d'accueil du centre hospitalier Le Vinatier m'appelle un après-midi pour m'informer que l'un de mes patients, suivi pour schizophrénie, allait être hospitalisé sous contrainte, en HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers, devenue depuis soin psychiatrique à la demande d'un tiers, SPDT) pour une rechute mélancoliforme. Son père avait déjà

signé le chèque pour le médecin de SOS médecin qui devait venir signer le premier certificat.

Immédiatement, je me dis que ce n'est pas possible : je l'avais reçu la semaine précédente au CMP, il allait bien, simplement très affecté par le fait que la médecin du travail de son entreprise ne voulait pas autoriser une formation promotionnelle acceptée par sa hiérarchie : le médecin, sachant qu'il prenait un neuroleptique, portait logiquement le diagnostic de schizophrénie. Avec les équivalences : schizophrénie = danger = problème sécuritaire = pas de risque à prendre pour un médecin du travail en système de paranoïa sociale... comme tout le monde : « ça pouvait lui retomber dessus » en cas de problème, logique de « cohésion sociale » et non de solidarité.

Je dis alors à mon interlocuteur des urgences de suspendre toute décision avant que je passe après mes consultations, ce que je fis.

Je me trouve en présence de ce jeune homme de 23 ans, au visage et aux lèvres fermés, crispé, mutique, la peau blême. N'arrivant pas à entamer le dialogue avec lui, je me dis qu'il s'agit peut-être, en effet, d'une rechute de sa maladie, mais, me souvenant de cette histoire avec son médecin du travail, je lui dis : « Tu dois être découragé de ne pas avoir obtenu cette formation ? » Il lève les yeux, me regarde, ouvre ses lèvres pourtant crispées comme des cordes et me répond d'une voix sifflante : « Je ne suis pas découragé, je suis dégoûté ! »

Il revient alors en présence, et nous parlons. Le syndrome d'auto-exclusion par découragement qui s'amorçait n'a pas eu le temps de s'installer d'une manière trop serrée. Il ne s'agissait donc pas d'une rechute schizophrénique. J'ai

téléphoné à son père pour lui expliquer qu'il pouvait rentrer chez lui. Je l'ai revu au CMP deux fois par semaine pendant trois semaines, puis les choses sont rentrées dans l'ordre.

À la consultation suivante, il me dit : « J'ai un triple handicap pour le travail : je suis jeune, je suis arabe, je suis schizophrène », manifestant ainsi l'évidence qu'il n'avait ni trouble de la pensée ni trouble du jugement. Bien au contraire ! Nous reparlerons plus tard de la différence qu'il avait très bien perçue entre ses épisodes délirants précédents et ce moment d'auto-exclusion.

Dans ce type de découragement, le sujet quitte une logique de vie durement soumise au principe de réalité, donc au principe de plaisir différé, pour passer à une logique de défense à visée de survie, qui consiste à vivre selon une logique au-delà du principe de plaisir, donc en pouvant se faire du mal. Dans ce mouvement de renoncement, le sujet s'oblige à sortir de lui-même, il disparaît, mais où est-il ? Cette disparition n'est jamais totale puisque le sujet se manifeste dans sa manière même de disparaître, toujours singulière.

Ce mouvement n'est observable qu'au sein de l'accompagnement social et psychique qui existe dans les pays qui ont une politique sociale et des possibilités de soin. Il faut bien qu'il y ait quelqu'un de présent, réellement présent, pour observer la disparition du sujet ; sinon il disparaît seul, et c'est d'invisibilité qu'il s'agit. Il ne s'agit pas, en tous les cas, de névrose hystérique.

- *Les signes d'auto-exclusion sont déficitaires*, sauf ceux qui sont autour du retour du sujet disparu, qui peut « réapparaître » sous certaines modalités symptomatiques. Nous ne sommes pas dans le registre du refoulement, c'est-à-dire de l'oubli et de la névrose, mais dans celui d'un clivage de nature traumatique,

d'une horreur qui ne peut être représentée. La plus grande horreur pour un humain, la plateforme traumatique commune, c'est de ne plus être reconnu et respecté comme un humain parmi les autres humains de son groupe d'appartenance ou d'autres groupes, que le traumatisme manifeste soit un viol, la perte de son emploi, une série de microtraumatismes d'apparence bénigne, une situation de torture, de violences d'État ou interethniques. Le premier résultat, la disparition de l'angoisse si le syndrome atteint son but : ne plus souffrir la souffrance en rapport avec autrui.

Il existe dans ce cas un long défilé de signes : anesthésie du corps ou hypoesthésie, pour ne pas sentir la souffrance ; émoussement affectif ou, à l'inverse, hypomanie, inhibition de la pensée (ces trois signes signifient une déshabitation de soi-même) ; et des signes paradoxaux : non-demande ou même récusation de l'aide (plus on manque, moins on demande, nous sommes dans un monde à l'envers), inversion sémiologique de la demande, réaction thérapeutique négative, rupture active du lien (toujours), errance, incurie, abolition de la vergogne. Avec les retours du sujet disparu souvent paroxystiques, et la mort toujours possible chez quelqu'un qui ne ressent plus la souffrance, donc pas davantage la douleur, qui n'a pas de demande, qui ne se soigne pas et qui peut vivre dans des situations résolument déplorables. À noter un malaise assez constant de l'aidant : la souffrance anesthésiée chez le sujet est portée par l'aidant qui doit en prendre conscience et en parler, il est littéralement squatté par la souffrance du sujet qui la refuse.

On comprendra que, si quelqu'un, aujourd'hui, ne connaît pas le syndrome d'auto-exclusion, il aura du mal à soigner un grand nombre de patients, à travailler avec un certain nombre de collègues, à aider un certain nombre d'adolescents et de jeunes enfants ; c'est

un signe transversal commun pour un grand nombre de sujets qui ne peuvent plus vivre une souffrance psychique d'origine sociale lorsqu'ils ne se sentent pas reconnus comme dignes d'exister dans le lien social.

On voit que cette clinique psychosociale, dont l'un des extrêmes est le syndrome d'auto-exclusion, est résolument 100 % sociale et 100 % psychique ; on pourrait dire aussi 100 % somatique du fait de l'anesthésie. Il convient donc d'avoir une pensée théorique métissée et de ne pas rechercher une théorie « pure » : « c'est du psychique », ou « c'est du social », ou « c'est du cerveau ». D'où l'importance du réseau et de l'interdisciplinarité.

Pour une écologie du lien social

Je lâche ma plume à présent pour vous inviter à lire ces extraits de la « Déclaration de Lyon » du 22 octobre 2011¹⁴, dont le sous-titre est « Quand la mondialisation nous rend fou. Pour une écologie du lien social ».

Pour ne pas rentrer dans cette folie, le psychiatre ne peut en effet se contenter de dire qu'il soigne les maladies psychiques et leurs aspects neuroscientifiques, tandis que le social serait à prendre en compte exclusivement par... le social.

- Article 2-1 : « Les êtres humains, libres et égaux en droit, naissent et demeurent précaires tout au long de leur vie dans la mesure où ils ont absolument besoin d'autrui pour vivre. »
- Article 2-9 : « À ce moment de l'histoire humaine, le contexte social, économique et politique est celui de la mondialisation. Nous devons affirmer sa forte potentialité à rendre les humains fous d'angoisse et d'incertitude quant à la fiabilité des liens

sociaux ; il affecte les assises symboliques des cultures et des personnes, il affecte la notion même d'avenir et de projets porteurs de sens. En tout cela, il est antagoniste aux droits de l'homme. »

Cette écologie du lien social est-elle une utopie ? Oui, mais elle est nécessaire et vitale, elle n'est pas dystopique, elle repose sur une clinique pertinente.

Big Doctor ou Big Brother ?

Histoire de la folie après la psychiatrie

PAR STÉPHANE MOUCHABAC

New Paris, mercredi 4 mars 2048

Le docteur Hal, psychiatre, se connecte comme chaque matin sur son holo-écran commençant par l'analyse des patients en « zone rouge ». Les métadonnées ont été traitées par les ordinateurs quantiques du Laboratoire de psychiatrie bayésienne du consortium Probamed-Techology. Cinq patients sont signalés en zone rouge HR (pour *High Risk*), avec un indice de confiance de 98,98 % : dans huit jours, s'ils ne suivent pas les propositions thérapeutiques, deux vont faire un épisode psychotique, un patient sera maniaque et les deux derniers feront une tentative de suicide. L'IA (intelligence artificielle) du secrétariat s'est automatiquement connectée à celles des patients pour organiser les consultations prioritaires : fuseaux horaires, traduction instantanée pour les non francophones, tout est pris en compte pour optimiser l'intervention. Après une vérification de l'algorithme thérapeutique, le psychiatre valide le contenu de

prescriptions individualisées d'urgence, sans oublier d'y inclure son « analyse émotionnelle humanisée » de la situation de prédition. Il n'est pas sorti major de ce module pour rien pendant ses études ! « Toute la difficulté du métier de psychiatre réside dans l'accompagnement et la restitution du calcul des algorithmes », lui répétait son mentor pendant ses stages. De toute façon, les IA de chaque patient avaient bien déterminé que le docteur Hal leur offrait la meilleure probabilité de « corrélation empathique », les messages passent plus facilement ainsi. C'est surtout utile lors de l'évaluation des primoconsultants, ceux de la « zone orange », comme celui de 14 heures où il doit transmettre les conclusions de l'analyse des données d'un jeune patient qui annoncent une transition vers la psychose dans les trois années à venir en l'absence d'intervention. La synthèse de ses données de vie des cinq dernières années ne laisse que peu de doutes : il n'a que 2,58 % de chances de ne pas tomber malade, mais, selon la loi, il peut refuser l'implant d'optogénétique ou la thérapie par cellules souches. Ce type d'accompagnement est un point fort du Dr Hal, à ce stade, c'est l'expérience qui paie. Pour le reste de la journée, le segment de consultation « zone verte » ne sera pas trop chargé. Les Psychobots[®] effectuent avec efficacité leur programme de psychothérapie en réalité virtuelle ajustée au phénotype digital des patients. Les cinquante paramètres neurophysiologiques et comportementaux traités en temps réel jugent de la bonne efficacité de la thérapie. Mais, comme la dernière méga-analyse publiée dans la prestigieuse revue *Probabilistic Psychiatry* a démontré qu'une validation humaine des items thérapeutiques augmentait son efficience de 26 %, le Dr Hal se connectera sur le réseau « réalité augmentée thérapeutique » pour y accompagner ses patients. Enfin

à 18 heures, il rejoindra le tribunal virtuel en tant qu'expert pour valider l'analyse neuroprédictive d'un prévenu, car telle est la loi.

Anticipation ou science-fiction ? Des bastions sont pourtant tombés récemment. Après les échecs, AlphaGo a battu un champion de go en créant une nouvelle façon de jouer, Watson a fait un diagnostic médical en quelques minutes qui tenait pourtant en échec la communauté médicale. On a beau se défendre, dire « jamais », « la conscience est trop complexe pour être reproduite », le développement quasi exponentiel de ce domaine nous empêche désormais de faire des prévisions réalistes sur ce qu'il adviendra. Ce scénario nous effraie tout en nous fascinant.

Est-ce alors une folle histoire qui est train de s'écrire, celle d'une psychiatrie sans psychiatre ou l'idée folle d'une psychiatrie « augmentée » en laquelle on peut désormais avoir scientifiquement confiance ? L'ignorer serait nous condamner, et l'accepter sans une solide vision critique aurait des conséquences tout aussi néfastes.

De l'induction à la prédiction : une nécessaire évolution

Cette évolution intervient au moment où en psychiatrie nous sommes passés d'une pratique inductive, c'est-à-dire d'une manière de raisonner qui consiste à partir des effets pour aller à la cause, à une approche qui se veut scientifique, basée sur les probabilités et fondée sur de nouvelles formes de raisonnement.

Dans les années 1970, l'expérience du psychologue David Rosenhan s'est interrogée sur les difficultés que rencontrent les psychiatres dans le processus de formulation de leurs hypothèses

diagnostiques et leur confirmation. Cet article intitulé « On being sane in insane places¹ », littéralement « être sain d'esprit dans les endroits insensés », décrivait comment de faux patients étaient pris en charge (des chercheurs de son laboratoire, une femme au foyer, un peintre et lui-même), après s'être présentés aux urgences et avoir raconté un script décrivant, entre autres, des hallucinations auditives simples. S'ils étaient admis, ils avaient pour consigne d'être coopérants et de dire le lendemain qu'ils allaient mieux et n'entendaient plus de voix. Pourtant, les séjours ont duré de 7 à 52 jours, tous, sauf un, ont reçu un diagnostic de schizophrénie alors qu'ils n'avaient aucun symptôme et qu'ils n'en simulaient plus. Fait marquant, la plupart des attitudes ou comportements étaient interprétés par le personnel soignant comme des éléments confirmant le diagnostic, par exemple si les pseudo-patients prenaient des notes en vue du compte rendu de l'expérience, il s'agissait alors de preuves évidentes d'attitudes paranoïaques. Paradoxalement, les autres patients hospitalisés se montraient plus dubitatifs, et beaucoup pensaient qu'il s'agissait de journalistes infiltrés, style *Vol au-dessus d'un nid de coucou* avant la lettre.

Rosenhan s'appuya sur la notion de « prophéties autoréalisatrices » développée par Thomas Merton pour souligner qu'un diagnostic psychiatrique n'était pas facile à poser, *a fortiori* en milieu hospitalier. Rappelons que cette « prophétie » consiste, à partir d'une hypothèse de départ fausse, à provoquer un comportement qui fait que cette hypothèse initialement fausse devient vraie. Selon Goffman², il n'est pas possible de caractériser un individu sans prendre en compte le système au sein duquel il interagit. Or, dans les institutions psychiatriques qu'il rattachait à son concept « d'institution totale », les individus voient leur vie réglée et coupée du monde. Il soulignait que le type d'interactions qui s'y

déroulent favorise la production de ces prophéties autoréalisatrices. Dans la même ligne de pensée, Rosenhan invitait donc à reposer la question du diagnostic dans un contexte différent de celui de l'hôpital, car ce dernier fonctionne toujours, selon lui, dans le sens d'une confirmation des diagnostics initiaux. Il fut l'objet bien sûr de nombreuses critiques, en particulier de la part de centres plus renommés qui affirmaient qu'ils n'auraient pas fait ce genre d'erreurs. Rosenhan évoqua alors un deuxième volet de son étude qui consistait, maintenant que les services étaient prévenus, à reconnaître les faux patients aux urgences. Un centre universitaire accepta l'étude, et, sur 193 patients vus aux urgences, 41 furent démasqués et 42 autres considérés comme potentiellement suspects. Pourtant, aucun faux patient n'avait été envoyé ! Cette expérience ne cherchait pas initialement à décrédibiliser la psychiatrie même si elle donnait des arguments au courant antipsychiatrique. La question initiale était pourtant claire : comment reconnaître avec certitude la maladie psychique ?

Malgré les nombreuses versions et évolutions des manuels de classification des maladies psychiques, on observe toujours des diagnostics instables ou tout bonnement des diagnostics impossibles à poser pour des patients « atypiques », et on continue encore à s'interroger sur la validité de ces diagnostics.

La société contemporaine ne tolère plus l'incertitude. Il lui faut des prédictions et surtout que celles-ci soient justes. L'expert psychiatre doit prédire un risque de récidive au tribunal ou évaluer une dangerosité sans se tromper, alors qu'il se base sur des critères populationnels et non individuels pour estimer les facteurs de risque. Le professionnel reste conscient qu'il exerce dans un monde où sévit une part irrémédiable d'incertitudes et il rappelle souvent qu'il existe bien un fossé entre la théorie et la pratique.

L'art de soigner : un acte souvent incertain

C'est pour cela que, dans leur activité concrète quotidienne, « le terrain », les professionnels de santé mobilisent des éléments de rationalité scientifique (données acquises et avérées de la science) et les associent entre eux dans le but de s'ajuster à des cas particuliers.

Ils se fondent alors sur une expérience clinique afin de constituer une « bibliothèque de cas » qui fournit ainsi une base de données permettant de s'ajuster aux circonstances rencontrées. Mais, bien souvent, comme le soldat sur le champ de bataille, ils adoptent une attitude tactique centrée sur le présent et non une pratique stratégique cherchant à préparer un avenir éloigné tel que le propose le général. Cette attitude paraît pragmatique, mais il importe aussi de s'interroger à propos de la méthode de constitution de cette bibliothèque de cas et des erreurs qui lui sont potentiellement liées³.

Pour poser un diagnostic, nous allons nous référer plus spécifiquement à deux méthodes. La première implique l'utilisation de « prototypes », qui sont des cas types auxquels on compare nos nouvelles observations : on va dire « je trouve que M. Y ressemble à M. X, donc il a le même diagnostic ». L'autre aspect consiste à construire une théorie autour de nos observations du type « tel signe clinique est typique de telle maladie ». Dans les deux cas, la subjectivité sera importante, car ces constructions sont sensibles à nos croyances et à nos référentiels théoriques, bref, de nombreux biais peuvent nous influencer.

Dans une démarche thérapeutique, le médecin commence donc par extraire une réalité observable (la clinique), qu'il confronte à son savoir, afin de proposer le choix le plus adapté, c'est-à-dire celui qui

assure avec la meilleure prédition possible un résultat favorable. Mais, au juste, peut-on « prédire » correctement en psychiatrie ?

Selon la définition du Larousse, « prédire » peut être entendu comme l'action « d'annoncer d'avance ce qui doit arriver, par intuition, raisonnement ou conjecture, par une inspiration prétendument surnaturelle ». Dans la conception scientifique de cette définition, la possibilité de prévoir la survenue d'un événement offre un avantage évident, que ce soit sur le plan préventif, en déterminant le niveau de risque de voir apparaître un événement morbide, ou curatif, en évaluant avec précision la réponse à un traitement dans une situation donnée.

Si ce champ de la médecine dite prédictive s'est développé au cours des dernières décennies dans plusieurs spécialités du fait des avancées scientifiques, son application en psychiatrie semble plus hasardeuse en raison de l'absence actuellement de marqueurs cliniques ou biologiques réellement spécifiques. Cela traduit surtout la complexité des causes et conséquences des maladies psychiatriques. Pour appréhender cette difficulté et répondre à ce défi, l'intelligence artificielle s'avère un allié précieux dont il faut connaître les limites.

L'intelligence artificielle, c'est quoi en définitive ?

Pour mieux envisager la suite de ce propos, il convient de reprendre les bases de l'intelligence artificielle (IA) qui ont été formulées par John McCarthy en 1955 lors de la conférence de Dartmouth. Considérant que tous les aspects de l'intelligence

humaine pouvaient être décrits avec précision, il lui semblait alors possible qu'une machine puisse les simuler. Toutes les techniques ou théories mises en œuvre pour y contribuer constitueront ainsi l'IA. Mais la résolution de problèmes simples ou la reproduction de comportements ne seraient pas les seuls objectifs : la machine devra pouvoir apprendre par elle-même.

Les premières approches d'IA se sont calquées sur le modèle supposé du fonctionnement du cerveau humain, sur un mode anthropomorphique qui a vite montré ses limites. De toute façon, nous sommes loin d'avoir appréhendé la complexité des réseaux neuronaux, donc le risque de produire une forme d'intelligence plus efficace reste minime. Alors, plutôt que de faire des programmes destinés à effectuer des tâches déterminées, il est apparu plus pertinent de s'inspirer de la manière dont l'homme apprend, par exposition à des informations continues, qu'il enregistre, compare et conceptualise au sein de bases qui servent ultérieurement de référence. Bref, comme pour le jeu de go, on veut que les algorithmes s'entraînent et déterminent leurs propres règles d'analyse et de compréhension. Plus besoin de faire comme l'homme, du moment que c'est efficace. N'oublions pas que, durant son évolution, notre espèce a sélectionné des capacités d'apprentissage pour optimiser ses facultés d'adaptation et d'exploitation de son environnement, le but étant d'assurer sa survie.

Actuellement, on parle schématiquement d'IA forte et d'IA faible. La première se concentre sur la résolution d'une tâche spécifique, pour laquelle les capacités mises en œuvre peuvent dépasser celles des humains, avec des règles obtenues par entraînement. Même si une IA cumule plusieurs aptitudes, elle n'en reste pas moins une IA faible. La seconde, à la différence de la précédente, constituerait le Graal, puisqu'elle cumulerait la capacité de reproduire des fonctions

de l'intelligence humaine tout en ayant accès à une conscience de soi et à un système émotionnel et affectif. En définitive, elle pourrait appliquer sa forme d'intelligence à la résolution de toute forme de problème et par analogie à ce qui s'est fait au cours de la phylogénèse des espèces, évoluer en sélectionnant les algorithmes mutés les plus adaptés à l'environnement et aux objectifs à atteindre. C'est là qu'intervient le mythe de la conscience artificielle autonome, à laquelle l'être humain n'a plus accès.

Une IA, ça peut nous comprendre ?

Une des applications les plus anciennes concerne la reconnaissance et l'analyse d'un contenu linguistique. Si certains programmes utilisent des systèmes simples reposant sur la détection de mots-clés et des réponses par analogie au sein d'une base de données, d'autres font appel à des systèmes complexes de traitement du langage. Cette technologie a permis d'améliorer l'interface homme-machine en créant des agents conversationnels, ces fameux *chatbot* qui dialoguent avec un utilisateur humain d'une manière qui paraît naturelle et transparente. Les temps de latence entre les réponses, la détection des questions pièges peuvent ensuite être intégrés afin de parfaire l'illusion d'humanité. Si leur utilisation est surtout commerciale, l'utilisation potentielle en psychiatrie est intéressante en particulier pour l'accompagnement thérapeutique. Enfin, les programmes spécialisés dans l'analyse du contenu sémantique des textes ou du langage des patients donnent accès à des informations comportementales et cliniques très informatives⁴. Couplées à l'analyse de nos expressions faciales, les IA peuvent désormais identifier nos émotions et leurs changements.

Je décide, tu décides... l'IA décide

Nous avons vu précédemment que nos choix sont sensibles aux biais et que l'intervention de personnes ayant les connaissances et une expérience dans un domaine aide à les contrôler mais comporte aussi sa part de subjectivité. Pléthore de méthodes individuelles ou collectives ont été développées pour y remédier (veille stratégique, arbres ou matrices de décision, procédures standardisées). Mais, aujourd'hui, le flux de connaissances et la quantité d'informations existantes ne permettent plus à l'homme de manipuler correctement toutes ces données, limitation que les systèmes d'IA surmontent facilement⁵.

À partir d'une base de données constituant un ensemble de connaissances qui aura été préalablement traité et codé, l'IA va extraire des règles de raisonnement aboutissant à la prise de décision. Ces systèmes d'aide à la décision informatisée sont donc des systèmes d'optimisation reposant sur plusieurs techniques et fonctionnant de manière automatique. Elles sont utilisées de plus en plus couramment en médecine, et les résultats proposés peuvent éventuellement être hiérarchisés selon des critères choisis en amont par les utilisateurs.

L'IA : un explorateur des temps modernes

Abordons maintenant l'aspect qui retient le plus l'attention des observateurs. Dans les années 1950, Arthur Samuel, chercheur en informatique, va proposer la notion d'« apprentissage automatique » (*machine learning*) qu'il définit comme « un champ d'étude qui donne aux ordinateurs la capacité d'apprendre sans avoir été

explicitement programmés ». On considère aujourd’hui qu’il s’agit d’algorithmes créés pour apprendre de leur propre expérience et pour évoluer dans le sens d’un enrichissement de leurs connaissances. Ce type d’objectif n’est pas possible avec les moyens de programmation habituels, et il fait donc appel à la transdisciplinarité : calculs de probabilités, statistiques fréquentielles, sciences cognitives en lien avec le traitement de l’information et bien sûr des avancées en informatique.

Ces méthodes sont déjà exploitées dans divers domaines du quotidien, mais une des applications les plus prometteuses est l’exploration de données au sein de bases complexes (*data mining*), afin de repérer des corrélations les plus significatives entre les données et produire de nouvelles connaissances.

Un premier type de méthode de classification est « l’apprentissage par l’exemple », il est dit « supervisé » avec un nombre de classes prédéterminé. Les algorithmes sont utilisés de manière à optimiser les performances du programme au cours de son utilisation : s’il est efficace, plus on introduit de données, plus on doit obtenir des réponses correctes et pertinentes. On dit qu’on le supervise, c’est-à-dire qu’on lui précise si les réponses sont bonnes ou fausses. Ainsi, plus le programme fait d’itérations, plus il « apprend par l’exemple » et augmente son efficience. Par exemple, si nous voulons apprendre à différencier les pommes et les poires, nous pouvons demander à des amis de nous envoyer des photos avec dessus le nom du fruit correspondant, ce que l’on nomme les « étiquettes ». Les photos seront alors classées en fonction de leurs étiquettes, ce qui va permettre d’essayer de trouver des différences significatives et pertinentes (forme, couleur, texture). On appelle cette partie « la phase d’apprentissage ». Dans un second temps sera effectuée la « phase de test » : si de nouvelles photos sont

présentées, cette fois-ci « non étiquetées », la pertinence de nos règles de classification sera testée en proposant à d'autres amis nos résultats qu'ils valideront ou non. Cela permettra alors d'affiner notre modèle au fur et à mesure.

À la différence des précédentes, les méthodes dites « non supervisées » ne comportent plus d'intervention d'un expert qui explicite les étiquettes au départ. La fonction de l'algorithme sera donc de déterminer « par lui-même » la meilleure classification des données et de créer différents sous-groupes. La classification s'opère en associant les données les plus similaires ou les plus proches de façon homogène et en s'assurant que celles qui sont les plus éloignées appartiennent bien à des groupes distincts. L'intérêt majeur de cette méthode est de trouver des caractéristiques qui ne nous sont pas connues, que l'on nomme variables « latentes ». Avec un peu de chance, cela peut contribuer à une découverte scientifique importante. Il faut donc bien choisir les données que l'on va étudier, c'est-à-dire celles qui ont un lien avec le problème étudié, et ne pas travailler sans hypothèse. Pour reprendre notre exemple des fruits, cette fois-ci, nous n'avons plus d'informations sur les photos, nous ne savons donc pas quelles catégories trouver et allons devoir chercher les points communs et les différences par nous-mêmes, en testant des dizaines de possibilités. La qualité de notre raisonnement conditionnera la pertinence de la classification, ce qui correspondrait en informatique à la qualité de la programmation de l'algorithme.

Enfin, l'apprentissage par transfert est une autre méthode intéressante. Il consiste à transférer des méthodes de résolution de tâches apprises pour un domaine spécifique vers un autre domaine qui comporte des points communs, comme le fait l'humain. Si les domaines sont trop dissemblables, alors le fonctionnement du

programme risque d'être perturbé. Pour conclure avec notre analogie des fruits, nous allons réutiliser la même méthode mise au point pour les différencier, mais cette fois-ci nous allons l'appliquer à la différenciation de légumes. Cela devrait bien fonctionner, alors que, si nous l'utilisons pour des ustensiles de cuisine, le résultat n'est plus garanti.

Technique d'avenir, le *deep learning* (apprentissage profond) combine ces méthodes en procédant par succession de « couches » de traitement algorithmique qui explorent les données : celles extraites dans une couche inférieure vont alimenter les entrées d'une couche supérieure, subissant des transformations non linéaires à chaque étape. On obtient différents niveaux de représentation et d'abstraction qui permettent de déterminer à la fin des concepts de haut niveau.

Une autre méthode prometteuse inspirée de la biologie des comportements humains est « l'apprentissage par renforcement ». L'agent évolue dans un environnement dont les contraintes et les objectifs sont définis. Il dispose d'un ensemble d'actions possibles ; il existe par ailleurs un certain nombre d'états possibles du système et un ensemble de récompenses. Il va alors « explorer » cet environnement en testant différentes actions et leurs conséquences. Lorsqu'il exécute une action, l'algorithme évalue son résultat sous la forme d'une récompense, tout en donnant à l'agent une représentation du nouvel état du système. Il peut alors « comprendre » les modifications liées aux actions et apprendre à partir de son expérience par renforcement si la valeur de la récompense est forte.

*Rien ne sert de calculer,
mais il faut calculer à point...*

Le but de l'IA est de créer des bases qui soient exploitables, pertinentes et surtout qui ne créent pas de la fausse connaissance en restant la représentation d'une réalité objective ; sa fonction est donc d'être applicable dans le « monde réel ». On doit adapter le modèle à la structure du problème pour lequel il est conçu : il faut choisir avec précision le type de données qui seront utilisées et les bons programmes pour les traiter. Par exemple, en psychiatrie, il peut s'agir de mesures biologiques ou d'imagerie cérébrale, de données cognitives, comportementales, ou de symptômes cliniques. L'humain reste donc à l'initiative de ces choix, puisque ce sont des experts qui les proposent. Nous allons voir maintenant comment ces techniques aident à faire des diagnostics, à améliorer le suivi, à prédire des événements médicaux et ouvrent de nouvelles pistes de compréhension des maladies psychiques.

Comportements, symptômes et nouvelles technologies : vers une sémiologie 2.0

Pour améliorer le diagnostic des maladies psychiques et optimiser les actions thérapeutiques curatives ou préventives, nous avons vu émerger le concept de « phénotype digital ». Introduit par Sachin Jain en 2015⁶, il repose sur l'idée de recueillir en temps réel des données du comportement humain et des marqueurs de leur fonctionnement afin de caractériser la « signature digitale d'une pathologie ». Le smartphone est l'outil idéal puisqu'il combine de nombreuses technologies telles que le GPS ou l'accéléromètre et

peut traiter des informations issues de capteurs périphériques. En psychiatrie, l'équipe de John Torous à Harvard mène de nombreux travaux dans les champs des troubles de l'humeur ou de la schizophrénie⁷.

Le postulat est que les comportements d'un individu seraient « quantifiables » informatiquement à partir de données extraites d'outils tels que les smartphones et que l'on pourrait en déduire une « e-sémiologie ». Il faut rajouter que sa construction dépasse la simple observation à un instant *t* telle que pratiquée en consultation. Ce point permet de s'affranchir, entre autres, des difficultés liées au rappel mnésique lorsque les patients doivent donner avec précision le niveau de leurs symptômes à travers le temps, *a fortiori* si c'est sur quinze jours ou un mois. Un simple accéléromètre peut en effet capter des variations sur une longue période et en faire une synthèse objective consultable par le praticien s'il veut par exemple apprécier un ralentissement psychomoteur. Les déplacements sur le GPS sont quantifiables, et toute modification par rapport aux comportements habituels dans le sens d'une baisse d'activité, d'une augmentation du temps passé chez soi ou à l'inverse des déplacements d'allure chaotique en des lieux inhabituels peut fournir des informations cruciales que le patient n'aurait pas la capacité de noter. Encore plus novateur, l'IA peut analyser les comportements de communication des utilisateurs et contribuer aussi à la sémiologie digitale : le nombre de messages envoyés, les horaires et la durée des appels sont de précieux indices de fonctionnement qui reflètent l'état psychique des patients. Il faut peu de temps à une IA pour décrypter en temps réel le langage pendant une conversation téléphonique : le débit verbal et ses intonations suffisent pour détecter une logorrhée et une tachypsychie lors d'un appel⁸ ouvrant alors la voie à la détection d'un état maniaque. Du fait que l'analyse

du langage est, comme nous l'avons vu, une des premières spécialisations des IA, le contenu des échanges sur les réseaux sociaux s'avère une mine d'or pour extraire des informations évocatrices de troubles psychiques, en particulier ceux liés à une humeur triste ou à des idées suicidaires. La valence émotionnelle des messages sur Twitter ou sur Facebook est quantifiable, et l'analyse de ses changements permet de dégager une tendance émotionnelle pouvant être associée au risque suicidaire⁹.

Le patient « augmenté » : un laboratoire d'analyse ambulant

Les technologies de captation de données physiologiques sont maintenant utilisées pour renforcer cette « e-sémiologie ». On peut connaître le rythme cardiaque en temps réel, mesurer la tension artérielle ou la concentration en oxygène dans le sang, ou évaluer la durée et la qualité du sommeil. Elles viennent essentiellement apporter des mesures objectives, car on sait que ces paramètres sont perturbés dans les pathologies psychiques et constituent des manifestations observables des anomalies biologiques sous-jacentes¹⁰.

Cette approche repose sur la notion de gestion des données dites « passives », puisque, dans la majeure partie des cas, il n'est plus nécessaire d'intervenir pendant la phase de collecte des données, qui s'effectue automatiquement sans que l'individu en ait conscience.

Pourtant, si l'on arrive à mieux contrôler la subjectivité de l'examineur, il ne faut pas pour autant oublier que, dans le cadre des troubles psychiques, le sujet reste un individu souffrant qui

interprète de manière variable sa perception des symptômes. Il est donc nécessaire de procéder à un recueil des données subjectives qui ne peuvent toutes être substituées par les données objectives et sont clairement indispensables en médecine. C'est pour cela que le phénotype digital comporte l'analyse de données dites « actives » qui impliquent le patient dans leur recueil.

« L'évaluation en vie quotidienne » (évaluation écologique momentanée, EMA en anglais) est la méthode la plus courante. On peut interroger régulièrement le patient pour recueillir des informations cliniques, voire automatiquement à des moments programmés dans la journée ou en réponse à des variations de paramètres « passifs ». Les émotions, le niveau d'énergie ou la présence de symptômes avec leur intensité perçue (ruminations, hallucinations, idées noires) peuvent être analysés. Dans le cadre des addictions, on peut mesurer la consommation des drogues quotidienne ou l'intensité du désir de consommation. On peut aussi évaluer l'état d'esprit du patient lorsqu'il consomme ou le contexte des prises (heure, lieu)¹¹.

Des mégadonnées pour des prédictions plus justes

Puisque toutes ces données dépassent les capacités d'analyses en temps réel du psychiatre, l'intervention d'une IA permet d'exploiter cette signature digitale en la confrontant à des bases de données importantes qui regroupent celles d'autres patients, pour en tirer des informations prédictives¹². L'IA contribue aussi à améliorer la validité des diagnostics, elle commence à offrir la possibilité de détecter des patients à risque et enfin favorise la surveillance quotidienne des

symptômes et des traitements. Toutes ces propriétés répondent à des enjeux majeurs de santé publique. Dans des études pilotes, on a pu extraire des critères prédictifs de rechute chez 15 patients schizophrènes en fonction des paramètres observés sur le GPS (évaluation de la mobilité), du nombre de communications (SMS, appels) et enfin de mesures des symptômes. Pour ceux qui ont présenté une rechute, 71 % d'anomalies sur ces marqueurs ont été détectées dans les deux mois qui la précédaient. Il est possible aussi de distinguer les sujets qui consomment de l'alcool de ceux qui sont abstinents rien qu'en contrôlant leur fréquence cardiaque.

Un transfert de tâches ingrates pour une meilleure évaluation

« Ne s'améliore que ce qui se mesure », affirmait lord Kelvin, noble intention rarement mise en pratique au quotidien, puisque les évaluations standardisées ne sont pas souvent effectuées en dehors du cadre de la recherche. Là encore, les IA faibles offrent la possibilité d'effectuer des « évaluations adaptatives informatisées », solution capable d'analyser les réponses d'un patient à des questions et de s'y adapter automatiquement. De ce fait, ces évaluations sont également appelées « tests sur mesure ». Ces systèmes sont apparus dès les années 1960 avec le programme Eliza développé par Weizenbaum, élaboré pour recréer une « approche centrée sur la personne » telle que définie par Carl Rogers et permettant d'optimiser la qualité de la relation entre la personne et le thérapeute.

Ces outils possèdent un répertoire important de questions/réponses, permettant à l'algorithme de cibler les questions suivantes en fonction des réponses et ainsi de proposer une

évaluation très spécifique d'une pathologie donnée. Ils imitent donc la façon dont les psychiatres effectueraient des évaluations cliniques et feraient ainsi gagner un temps important qui pourrait être dédié aux soins directs. Des outils ont été validés dans l'évaluation des troubles de l'humeur, dans le suivi des patients présentant une dépendance. On peut aussi évaluer l'état de santé physique de ses patients. Une tablette en salle d'attente ou une connexion Internet sur un site sécurisé permettrait donc de préparer une consultation en amont. Comparés aux tests statiques à choix multiples que presque tout le monde a expérimentés, avec un ensemble fixe d'items administrés à tous les candidats, les tests adaptatifs sur ordinateur nécessitent moins d'items pour arriver à des scores tout aussi précis. Encore plus poussé technologiquement, un avatar peut poser les questions, rendant plus réaliste la passation du test ; on nomme ces outils des « agents conversationnels incarnés ». Leur acceptabilité a été testée auprès de patients et elle s'avère excellente¹³. Dorénavant, tous les systèmes d'exploitation, que ce soit sur smartphone ou sur PC, possèdent leur IA faible. Celles-ci (qui ?) vont évoluer vers des IA personnalisées et adaptées au comportement de leur utilisateur, tel un majordome qui connaît son employeur et anticipe ses besoins. On peut imaginer qu'une fois ces questionnaires remplis l'IA puisse être capable de trouver le médecin qui correspond le mieux à sa situation et organiser la prise de RDV.

Il vaut mieux prévenir que guérir

De manière à affiner l'évaluation du risque de transition vers la maladie schizophrénique, une catégorie de patients dits à « ultra-haut risque » ou « états mentaux à risque » a été définie. Ils sont caractérisés par des marqueurs génétiques, biologiques ou cliniques

de vulnérabilité. Comme nous l'avons évoqué, les opportunités thérapeutiques sont majeures, car elles permettent de penser le soin en matière de prévention, c'est-à-dire d'agir sur la vulnérabilité en amont de la maladie manifeste. Pourtant, au sein de ce groupe, tous ne vont pas faire d'épisode psychotique, le risque de traiter par excès devenant alors non négligeable. Les méthodes d'apprentissage automatique permettent la détection de différences très fines et complexes entre ces sujets, au niveau neuro-anatomique ou physiologique et que l'analyse humaine ne peut pas classiquement réaliser. Lorsque ces classifications ont été effectuées, on informe la base de données sur le devenir des patients, à savoir s'ils ont effectué ou non une transition vers la psychose. Si l'on soumet à cette base les données d'un nouveau patient, il va alors prédire dans presque 90 % des cas si le sujet va ou non effectuer une transition.

Ces techniques ont été explorées dans d'autres pathologies telles que les troubles de l'humeur, pour différencier les patients unipolaires des bipolaires ou pour construire des « biotypes », c'est-à-dire des catégories cliniques reposant sur des différences de connectivité cérébrale, sachant que ces biotypes sont eux-mêmes prédictifs de la réponse à des traitements spécifiques (en l'occurrence de la neuromodulation par stimulation magnétique transcrânienne ¹⁴).

Dans un autre registre, les spécialistes du trouble de stress post-traumatique ont toujours cherché à comprendre comment les souvenirs traumatisques (les intrusions) se formaient et si on pouvait prédire qui subirait le phénomène après exposition à un traumatisme. Dans un protocole, des volontaires sains ont visualisé un film comportant des scènes potentiellement traumatisques, tout en réalisant une imagerie fonctionnelle pour objectiver l'activité du

cerveau sous la forme de séquences d'activation de régions cérébrales pendant l'exposition. Après analyse des séquences, on mesurait à distance la survenue d'intrusions ; l'intelligence artificielle a pu en déduire que des séquences d'activation spécifiques pendant les scènes traumatisques étaient associées à l'apparition d'intrusions ultérieures. Ainsi, pour tous les nouveaux sujets exposés au même protocole, l'activation d'une signature neurale similaire était prédictive de la survenue d'intrusions dans près de 70 % des cas (pour revue¹⁵). Pour ces sujets « détectables », une stratégie thérapeutique individualisée pourrait être proposée avant l'apparition du trouble. Ce ne sont là que quelques illustrations parmi de nombreuses autres qui utilisent des techniques variées (électroencéphalographie quantitative couplée à des paradigmes de psychologie expérimentale ou à des mesures physiologiques)¹⁶.

Une psychiatrie sans psychiatre ?

Alors que l'IA a souvent été pensée pour faciliter les tâches pénibles ou optimiser les choix face à la complexité, c'est l'inquiétude d'une superintelligence supplantant l'humain qui occupe les esprits. Si l'IA n'a pas encore remplacé l'homme, elle a déjà contribué à la disparition de certains métiers. Au-delà de l'aspect économique, certaines professions se définissent aussi sur le niveau d'empathie et de relationnel qu'elles exigent ; la psychiatrie a ceci de singulier qu'elle vit à la frontière des neurosciences et des sciences humaines. Son identité s'est aussi construite autour des méthodes qu'elle utilise pour soigner, à savoir les psychothérapies. Or celles-ci demandent en théorie que l'on fasse appel à l'empathie, cette capacité qui permet de partager les émotions avec autrui, sans

confusion entre soi et l'autre. Certains interrogent légitimement la capacité de l'IA à avoir de l'empathie, même si d'autres rétorquent qu'on pourra l'obtenir dans le futur. On espère alors obtenir un sursis pour les professionnels de la relation.

L'IA est-elle compatible avec la culture de psychiatre ?

On ne peut dire aujourd'hui si la profession de psychiatre va disparaître ou devenir une branche de l'informatique, mais on peut déjà affirmer qu'elle est en pleine mutation et que ses contours se redéfinissent. La psychiatrie devra aussi faire avec les nouvelles générations, ces « X » et « alpha » nés avec un écran, qui fonctionnent au quotidien avec des IA. Toutes ces révolutions affectent obligatoirement nos modes de pensée et d'exercice, et vont donc impacter ce que nous qualifions de « culture de métier » des psychiatres. Issu de la sociologie des professions, ce concept ne se réduit pas à ce qui caractérise les connaissances théoriques, l'expérience ou les compétences d'un groupe, mais il se définit aussi par l'influence que possède l'exercice de cette profession sur les individus qui l'exercent et qui contribuent à sa construction. Sans elle, pas de ciment pour relier les individus entre eux, ou d'unité des connaissances apprises lors de leur formation. Son action est socialisante, car elle renforce de manière implicite le sentiment d'appartenance. De plus, les caractéristiques de la culture de métier facilitent les relations entre ceux qui les possèdent. On y partage des conditions de travail, certes, mais surtout un ensemble de valeurs, un langage commun et des techniques. En conséquence, la culture

de métier se traduit par une identité spécifique qui donne un moyen de se positionner par rapport aux autres professions. L'intelligence artificielle vient bousculer le métier de psychiatre dans ses fondements et parvient à redéfinir des groupes distincts à l'intérieur même de la profession avec ses visionnaires, ses sceptiques ou ses lanceurs d'alerte. Comme ces techniques vont faire appel à un nouveau savoir, que certains ne veulent ou ne peuvent assimiler, nous allons observer des formes de rejet et voir apparaître des conflits de pouvoir¹⁷.

Alors, Big Doctor ou Big Brother ?

Nous devons donc dès aujourd'hui évaluer scientifiquement l'acceptabilité de ces technologies sur plusieurs critères : l'utilisabilité ou la convivialité des dispositifs (niveau de facilité d'apprentissage, de technicité et de connaissances nécessaires et flexibilité de son usage), l'utilité (contribution de cette technologie dans la prise en charge des patients, intention d'utilisation), la satisfaction des usagers (prescripteurs et patients) et la fiabilité (niveau de précision des mesures, efficacité en matière de résultats et efficience du dispositif en ce qui concerne son rendement). Il faut enfin prendre en compte le coût pour l'individu et la société rapporté au bénéfice de son utilisation. Notons que la notion de risque lié à l'IA empiète sur son acceptabilité et constitue une dimension importante du raisonnement médical. Que faire des faux positifs ou faux négatifs ? Qui possède les données et où sont-elles stockées ? Sont-elles en sécurité et restent-elles confidentielles ? Quel est le niveau de transparence concernant leur utilisation ?

Ce volet éthique doit donc être pris en compte lors de l'évaluation de ces technologies et de la protection ; l'appropriation des données personnelles de santé doit par conséquent être définie dès maintenant : il est primordial que les médecins soient impliqués dans la résolution de ce problème et formulent des recommandations à ce sujet¹⁸, car très peu de patients souhaitent actuellement que leurs données soient partagées avec des entreprises privées et soient utilisées à des fins non médicales. L'utilisation de ces nouveaux outils devra désormais être enseignée lors de la formation initiale des médecins, puis être adaptée aux différents profils de prescripteurs. Mais, surtout, les patients ne doivent pas non plus être les spectateurs de cette révolution ! Ils doivent aussi être impliqués dans leur élaboration et surtout leur évaluation, car, ne l'oublions pas, ce sont eux les principaux concernés¹⁹.

Alors L'IA va-t-elle « tuer le père » et reléguer la profession de psychiatre au rang des métiers disparus ? Si l'on considère qu'être psychiatre, c'est aussi savoir surprendre, parfois frustrer, tout en restant empathique et bienveillant, alors ce métier a encore de beaux jours devant lui...

CONCLUSION

Penser la folie après la psychiatrie

PAR PATRICK LEMOINE

L'homme est un animal étrange qui souffre d'une maladie non moins étrange qu'on pourrait nommer « métonymie chronique ». Cette affection qui fait des ravages depuis l'Antiquité amène le sujet à penser que le coupable doit toujours être recherché par proximité, voire par contiguïté. C'est cela, la métonymie, cette figure de style qui procède non par image symbolique comme la métaphore (« Mon verre est le calice d'une fleur »), encore moins par raisonnement déductif et logique (deux plus deux égale quatre), mais uniquement par un mécanisme de proximité de deux concepts. Ainsi, on boit un verre plutôt que ce qui est contenu par le verre, on parle de rivages enchantés alors que c'est moi qui suis enchanté, pas le rivage (l'hypallage est une forme clinique projetée de métonymie) ! Jacques Lacan déjà avait bien noté cette forme particulière du déplacement inconscient par opposition à la métaphore qui est pour sa part une condensation.

Certains sophismes procèdent de la métonymie du fait du raisonnement : *post hoc, propter hoc* – en bon français, « après cela, donc à cause de cela ». Il fut un temps où, par exemple, on tuait le messager lorsqu'il apportait de mauvaises nouvelles. Puisque c'est lui qui annonçait le malheur, il en était *forcément* la cause, c'est évident. Aujourd'hui encore, quand les catastrophes naturelles, sécheresse, inondations, canicule, pourrissent notre quotidien, on a tendance à accuser les miss Météo... Par plaisanterie, bien sûr. Quoique...

Il en va de même pour la psychiatrie : puisque ce sont les psychiatres qui s'occupent des fous, il suffit que l'un d'entre eux soit un peu original pour qu'aussitôt un voile de suspicion soit jeté : les psychiatres sont forcément fous, puisqu'ils voisinent avec les fous – déplacement, glissement de sens... La folie est de ce fait une affection hautement transmissible. Encore une évidence. La psychiatrie attend encore son Claude Bernard pour éradiquer cette idée si répandue dans le public !

La métonymie chronique, cette maladie nouvelle dont je vais proposer l'officialisation à l'Académie mondiale de médecine, permet de comprendre pourquoi la folie est la plus contagieuse des maladies et pourquoi le psychiatre a tant de mal à se faire entendre en tant qu'être de raison. Et pourquoi aussi les aliénés sont si souvent maltraités en périodes de crise. Tous ceux qui les approchent courrent un grand risque, celui d'être contaminés, et ce risque existe même en *post mortem*, car maintenant je vais vous parler d'un temps que les moins de vingt ans ne peuvent pas connaître, celui où j'étais un jeune psychiatre, plein d'illusions que, heureusement, je n'ai pas perdues !

Il y a quelques dizaines d'années, les Hospices civils de Lyon désiraient annexer une partie de l'hôpital psychiatrique du Vinatier,

leur voisin dans la proche banlieue lyonnaise, un gigantesque ancien asile d'aliénés qui à l'origine s'étendait sur 120 hectares. Il s'agissait de récupérer le terrain du cimetière des fous afin d'en faire un grand, un beau parking pour une annexe de l'hôpital neurocardiologique qui promettait, lui, d'être ultramoderne. On se situe dans les années 1970.

Il faut, en effet, savoir que, dans la plupart des cas, la majorité des malades étaient enterrés sur place, après une vie passée à l'asile, dans un enclos champêtre qu'ils ne partageaient qu'avec quelques employés, les gardiens de fous sans famille ni attaches. L'asile d'aliénés était alors un microcosme avec sa ferme, ses troupeaux, ses champs, son église, son curé, son épicerie, son imprimerie, son maréchal-ferrant, sa buanderie, son corbillard, son cheval chargé de tirer ledit corbillard, et j'en passe. Les hauts murs évitaient la contamination de la population. Lorsque j'ai commencé mes études de médecine, les malades internés d'office avaient droit chaque semaine à leur paquet de tabac gris ou de cigarettes Caporal et les anciens combattants, à leur kil de « gros-rouge-quitache ». Le tout gracieusement offert par notre mère à tous, l'administration.

Bref, au bout d'une centaine d'années de fonctionnement, le cimetière de l'ancien asile était passablement garni. Il a donc fallu trouver un autre lieu pour accueillir les cendres psychotiques. Le directeur écrivit au maire de sa commune afin qu'un coin du cimetière municipal fût réservé pour inhumer les restes des aliénés qui auraient été relevés. Las ! Une pétition fut organisée par les braves gens du cru de manière à interrompre l'opération. Car, même morts, les fous auraient risqué de contaminer les cendres saines, en bonne santé mentale ! Du moins de leur vivant.

L'ostracisme des fous morts est universellement répandu. Par exemple, les malades mentaux de toute la Corse étaient « stockés » à Bonifacio, dans un bâtiment de la citadelle (devenu aujourd’hui la Poste), dans l’attente de la *nave bianca*, pour un embarquement sans retour vers un asile de Marseille ou de Montpellier. Il arrivait qu’ils mourussent pendant cette période, et c’est ainsi que, dans le si romantique cimetière marin, on peut contempler deux enclos réservés, clôturés, isolés des autres défunt : d’une part, celui (relativement entretenu) des légionnaires, croix blanches avec parfois un prénom ; d’autre part, celui des fous (totalement à l’abandon), croix noires anonymes. Pas de pierre tombale dans les deux cas. Il y plane une étrange mélancolie.

Tout cela pour dire que la psychiatrie est une spécialité très récente qui n'a vu le jour en ne se séparant de la neurologie qu'en 1968 ; son émergence a été précédée de nombreux soubresauts, anecdotes, parfois tragiques, parfois tragicomiques. Si la date officielle de sa naissance se situe il y a seulement cinquante ans, on peut dire que ce difficile accouchement n'a été possible que grâce à l'avènement des neuroleptiques. Non pas que ces médicaments aient vraiment guéri les malades, ils n'ont fait que les apaiser en arasant l'agitation, l'agressivité, le délire, mais parce qu'ils ont guéri les psychiatres et leurs équipes de leur peur. En effet, l'effroi régnait en maître dans les services où les fous s'agitaient, cognaien, mordaient, griffaient, et l'essentiel de l'énergie des soignants était consacré à parer les mauvais coups et à séparer les plus bagarreurs.

C'est bien connu, quand on a peur, on ne pense pas.

À partir de ce fameux jour de 1952 où les fous sont devenus calmes grâce au Largactil et à ses avatars, les soignants ont pu commencer à réfléchir, à se poser des questions sur leurs pratiques,

leurs fonctions et, surtout, ils ont pu introduire de nouveaux concepts comme la psychanalyse, les thérapies cognitives et comportementales, les neurosciences, l'antipsychiatrie, bref, mettre en œuvre une intense créativité sans laquelle aucun soin n'est possible.

De plus, au cours de la Seconde Guerre mondiale, certains soignants, psychiatres, infirmiers ont été déportés et se sont aperçus avec consternation que le protocole nazi d'admission – par exemple à Buchenwald, déshabillage intégral, retrait de tout objet personnel, alliance, médaille, photos, rasage complet, badigeonnage du corps avec un produit antiseptique au nom de l'hygiénisme, port d'un uniforme... – était le même, point par point, que le protocole d'internement dans leurs services. Et que, du coup, ils pouvaient eux-mêmes être assimilés à ces kapos qu'ils méprisaient tant. Dur à admettre ! Et ceux qui ont survécu sont revenus avec une obsession, véritable *leitmotiv* : « Plus jamais ça ! » L'idée du secteur qui repose sur la volonté de réinsérer les psychotiques dans la Cité, de réduire au maximum l'hôpital est née en partie de cette terrible expérience.

La psychiatrie a des fondements peu reluisants : castrations, goulags, bannissements, enfermements, exterminations pas toujours douces... En cela, elle ne se différencie en rien des autres spécialités. Les neurochirurgiens ont fait mourir 100 % des patients qu'ils trépanaient jusqu'à l'avènement des antibiotiques ; les accoucheurs ont tué des myriades de parturientes avec leurs mains souillées, car non lavées après les autopsies pratiquées à mains nues ; les médecins ont hâté le trépas de millions de malheureux à qui ils ont pratiqué sans discernement lavements et saignées ; les sels de mercure ont fait souffrir les syphilitiques, etc. Et pourtant, c'est à partir de ces errements mortifères qu'un jour la vérité a jailli et que la mortalité s'est effondrée, que l'espérance de vie a explosé ;

les cancéreux guérissent de plus en plus souvent, les diabétiques vivent comme tout le monde...

On oublie toujours qu'à part les maladies infectieuses et la traumatologie la médecine ne guérit rien ou presque : diabète, insuffisances rénale, cardiaque, respiratoire, thyroïdienne, Parkinson, Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, hypertension artérielle, j'en passe, ne sont presque jamais éradiqués. En revanche, les personnes qui en souffrent sont maintenues, souvent aussi longtemps que les autres, dans une qualité de vie correcte.

Malgré ses débuts douteux, notre jeune psychiatrie n'a pas à rougir de ses progrès ni de ses résultats, et on peut affirmer qu'elle fait (au moins) aussi bien que les autres spécialités. Au lieu de croupir toute leur vie dans des culs-de-basse-fosse, la plupart des schizophrènes vivent dans une relative quiétude à l'extérieur de l'hôpital ; les bipolaires sont le plus souvent équilibrés par les régulateurs de l'humeur ; les insomniaques redorment beaucoup mieux, voire bien, depuis que l'on a découvert la nocivité des somnifères et que l'on prescrit des plantes efficaces, de la mélatonine et des thérapies cognitives et comportementales ; les patients souffrant de syndromes post-traumatiques éradiquent le plus souvent les cauchemars qui les hantent grâce à l'EMDR et à l'hypnose médicale. Quant aux anxieux, la méditation en pleine conscience leur permet de reprendre le contrôle de ce petit vélo qui les perturbe tant. Merci pour eux à Christophe André et à Matthieu Ricard !

Bien sûr, tout ne va pas pour le mieux dans le meilleur des mondes psychiatriques, et il reste encore bien du chemin à parcourir. Il m'a fallu trente années d'effort, supporter d'être l'objet de pas mal de quolibets, pour convaincre la majorité de mes confrères que la

plupart de nos patients devraient bénéficier d'un dépistage de leurs si fréquents syndromes d'apnées du sommeil : près de la moitié des bipolaires, des déprimés résistants au traitement, bon nombre de démences débutantes, vrais faux Alzheimers, impuissants, fatigués et autres abouliques. Du coup, très souvent, les patients repartent soulagés de leurs symptômes... et de leurs médicaments, une fois équilibrés grâce à leur assistance respiratoire nocturne.

On arrive même à une période merveilleuse où certaines vieilles croyances reviennent à l'honneur. Ainsi, l'idée que tout venait de l'encombrement intestinal et que, par conséquent, il fallait purger les aliénés redevient d'actualité avec le retour en force du microbiote, ce deuxième génome constitué par les centaines de milliards de bactéries digestives que l'on peut parfois rééquilibrer par un emploi raisonné de probiotiques, voire de transplantations fécales, et même de nouveaux dispositifs de « trans-lumination ». Dans un avenir proche, les patients déprimés, bipolaires, Alzheimer, schizophrènes, traumatisés devraient – si tout va bien – disposer de ces nouvelles approches.

Et même, pour continuer dans l'anticipation, les récentes découvertes épigénétiques ouvrent la voie à d'immenses espoirs. Pour comprendre ce concept, il suffit de se poser des questions très simples :

- Comment se fait-il alors que, chez un individu toutes les cellules qui disposent rigoureusement du même équipement en ADN et, donc, des mêmes gènes soient capables de se différencier au point de constituer des tissus aussi disparates que les muscles, les neurones, les cheveux, les ongles, les os, la peau, les muqueuses, le tube digestif, etc. ?
- Comment se fait-il que des jumeaux homozygotes, donc ayant exactement les mêmes gènes, présentent malgré tout des

différences, au niveau tant physique que comportemental ?

La réponse est évidente : les gènes n'ont au final que peu d'importance (pardon Lombroso et Carrel !), c'est leur expression qui compte. Nous disposons tous d'une quantité considérable de gènes, notamment de gènes de vulnérabilité à telle ou telle maladie, mais ces gènes ne s'exprimeront pas forcément. Ils sont bien enfouis au cœur de la bobine d'ADN. On peut, par exemple, détenir un certain nombre de gènes de vulnérabilité à la schizophrénie, sans devenir obligatoirement un schizophrène. En revanche, si, pendant la grossesse, la mère est exposée à un virus, le risque de développer vingt ans plus tard une schizophrénie devient beaucoup plus important. En résumé, pour être schizophrène, il faut obligatoirement être né avec les gènes de prédisposition et, en plus, avoir eu la malchance de subir un stress, par exemple viral, au cours de sa grossesse ; pour clore le tout, si l'enfance a été compliquée du fait des circonstances familiales difficiles, le risque devient majeur. Cela permet de comprendre que, dans les circonstances normales et de manière remarquablement stable, 1 % de la population est schizophrène, quelle que soit l'ethnie, le genre, la richesse, la nourriture. Dans les contextes banals, seuls les gènes de forte vulnérabilité s'expriment. En revanche, en cas de guerre, de famine, de catastrophe, de migration, ce taux peut monter à 4 %. Il est probable que ces différents traumatismes démasquent les gènes plus faiblement pathogènes qui vont se mettre à s'exprimer. C'est cela, l'épigénétique comprise par un psychiatre pas du tout épigénéticien !

Autre exemple : lorsqu'une fillette a été maltraitée, abusée, victime d'inceste au cours de son enfance, le traumatisme est tel qu'une méthylation de certains gènes peut être observée et se solder des années plus tard par un trouble bipolaire ou un état limite

chez la victime et possiblement aussi chez ses descendants. La méthylation de certaines extrémités de la bobine ADN fait que celle-ci se débobine et que certains gènes peuvent affleurer et s'exprimer.

Tant chez l'animal que chez l'homme, la maltraitance infantile est systématiquement associée à une augmentation de méthylation de l'ADN d'une des zones promotrices du gène codant le récepteur aux glucocorticoïdes (NR3C1). Plus la région de ce gène est méthylée, moins ce dernier exprimera de récepteur aux glucocorticoïdes, et plus l'axe HHS sera activé – l'axe HHS, c'est l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, c'est-à-dire le système endocrinien qui nous permet de faire face au stress : s'il est trop activé, c'est par exemple le syndrome de stress post-traumatique qui survient ; s'il est débordé et s'effondre, c'est le burn-out. Cela a été montré aussi bien chez les bébés rats mal maternés que dans le cerveau des personnes suicidées et ayant été abusées sexuellement dans leur enfance¹. Cet inimaginable phénomène a aussi été observé dans le sang chez des adultes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline : plus les traumas dans l'enfance étaient sévères, et plus la région promotrice du gène NR3C1 était méthylée². Ces modifications sont donc permanentes et assez faciles à mesurer par une simple prise de sang. En d'autres termes, plus les sévices dans l'enfance sont sévères, plus le gène NR3C1, dans sa région promotrice, sera méthylé, plus l'axe HHS sera activé, et plus il sécrètera de glucocorticoïdes dont l'effet neurotoxique va venir perturber le développement du cerveau, ce qui va favoriser l'apparition de troubles psychiatriques à l'âge adulte.

Mais la bonne nouvelle est que ces mutations vicieuses peuvent être contrebalancées par des mutations vertueuses. Car il a aussi été montré par les mêmes équipes que, si une prise en charge psychothérapique est correctement menée suffisamment longtemps,

les patients peuvent guérir – oui, j'ai bien dit « guérir » – de leur trouble borderline, tant sur le plan clinique que sur le plan génétique.

Une fois cela posé, les chercheurs ont ensuite étudié l'impact d'un traumatisme exceptionnel, l'exposition au génocide rwandais, chez des femmes enceintes : celles qui ont pu être étudiées présentaient le même type de modifications, qu'elles ont par ailleurs transmises à leurs bébés *in utero*, lesquels, une fois devenus adolescents, ont plus souvent présenté des troubles psychiatriques, dont en premier lieu un trouble de stress post-traumatique (TSPT³), alors qu'ils n'étaient pas encore nés au moment du traumatisme...

Enfin, il a été démontré que la maltraitance infantile est associée à un plus haut risque de développer un trouble de stress post-traumatique à l'âge adulte, mais seulement chez les personnes porteuses d'un variant génétique particulier – autrement dit, d'un gène de vulnérabilité⁴. C'était la première fois qu'on suggérait que les processus de méthylation survenant sur l'ADN pouvaient dépendre du code génétique et que, par conséquent, certaines personnes seraient naturellement moins vulnérables aux facteurs environnementaux que d'autres, en ayant du coup moins de risques que leurs gènes soient modifiés. Cela explique que certaines personnes subissent des stress considérables sans en être trop affectés, alors que, chez d'autres, un vol de papillon...

Des phénomènes du même ordre ont été également dénichés au niveau du gène codant la protéine BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) qui est un des grands facteurs à la base du développement du cerveau et de la très médiatique plasticité cérébrale décrite par Jean-Pierre Changeux, qui permet à notre cerveau, véritable « glande sécrétant la pensée », de se modifier, de s'adapter tout au long de la vie. Plus passionnant encore, les chercheurs ont réussi à prouver qu'une psychothérapie bien conduite

était associée à une déméthylation des régions précédemment méthylées parallèlement à une amélioration des symptômes dont souffraient les patients. Ces résultats doivent, bien sûr, être considérés comme préliminaires, et, au fur et à mesure que la recherche avance sur le génome entier, on s'aperçoit que les systèmes touchés par le stress infantile sont de plus en plus complexes et de plus en plus variés ! On en est aujourd'hui à observer ce qui se passe au niveau des micro-ARN (miARN) capables de réguler tout le système et qui sont eux aussi concernés par cette théorie. Comme quoi, à la grande loterie de la vie, nous n'avons peut-être pas tous les mêmes chances au départ, mais, à l'arrivée, nous pouvons tous tirer le gros lot ! Pascal, Freud et Lombroso réconciliés ! Qui l'eût cru ?

La bonne nouvelle est donc qu'il semble que, si une prise en charge est bien conduite, une mutation vertueuse peut se produire, ce qui signifie que la bobine des rubans d'ADN s'est réenroulée et que les gènes de vulnérabilité à la maladie se sont à nouveau dissimulés au plus profond du génome et sont redevenus muets. Et c'est un formidable message d'espoir pour les patients comme pour leurs thérapeutes !

Une bonne psychothérapie qui peut provoquer une guérison génétique ! Incroyable, non ?

Cette théorie permet enfin de marier les neurosciences avec la psychanalyse, la psychiatrie sociale, les thérapies cognitives et comportementales, bref, toutes les approches qui se sont si souvent affrontées au cours du temps.

On vit décidément une époque (psychiatrique) formidable !

Les auteurs

- **Patrick Clervoy**, professeur de médecine à l'École du Val-de-Grâce, ancien titulaire de la chaire de psychiatrie et de psychologie médicale appliquées aux armées, est spécialiste du stress et des comportements pathologiques dans les conditions extrêmes de guerre et de catastrophe.
- **Boris Cyrulnik**, psychiatre, directeur d'enseignement master 2-DIU à l'université Toulon-Sud, anime plusieurs groupes de recherche et de réflexion sur l'attachement et la résilience.
- **Jean Furtos**, ancien chef de service au Centre hospitalier Le Vinatier (Lyon-Bron), est spécialiste de clinique psychosociale et du syndrome d'auto-exclusion. Il codirige avec le Pr François Laplantine un séminaire de recherche universitaire sur la pensée métisse dans la mondialisation.
- **Jacques Hochmann**, professeur émérite de psychiatrie à l'université Claude-Bernard, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, a développé dans une orientation de psychiatrie communautaire et de psychothérapie institutionnelle un dispositif public de soins ambulatoires intensifs pour les enfants et les

adolescents. Il s'est intéressé aux rapports entre psychanalyse et neurosciences, et étudie actuellement l'histoire des idées en psychiatrie.

- **Danielle Jacquot** est historienne, directeur d'études émérite à l'École pratique des hautes études, doyen honoraire de la section des sciences historiques et philologiques. Spécialiste d'histoire des sciences et de la pensée médicale du Moyen Âge, elle s'intéresse particulièrement aux conceptions relatives au lien entre l'âme et le corps, aux relations entre science et religion, ainsi qu'à la transmission en Europe occidentale des œuvres écrites en arabe durant cette période.
- **Pierre Lamothe** est psychiatre, médecin légiste et criminologue. Ancien expert national, spécialisé dans la clinique des comportements extrêmes, il a été responsable du Pôle « santé mentale des détenus et psychiatrie légale » de Lyon pendant plus de trente ans.
- **Pierre Lemarquis** est neurologue. Membre de la société de neurophysiologie clinique de langue française et de l'Académie des sciences de New York, il est attaché d'enseignement à l'université de Toulon dans le cadre du diplôme d'éthologie dirigé par Boris Cyrulnik et par Michel Delage.
- **Patrick Lemoine**, ancien praticien hospitalier et chef d'intersecteur psychiatrique, est actuellement directeur médical international de la division Psychiatrie du groupe Clinéa-Orpéa. Docteur en neurosciences et habilité à diriger la recherche (université Claude-Bernard de Lyon), il est ancien Research Fellow à l'Université Stanford en Californie et ancien chercheur associé à l'Université de Montréal. Il est professeur associé de l'Université de Pékin.

- **Stéphane Mouchabac** est psychiatre, praticien hospitalier dans le département hospitalo-universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale de l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Spécialisé dans la prise en charge des pathologies de l'humeur et des troubles psycho-organiques, il travaille en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire sur le développement et sur l'acceptabilité des nouvelles technologies en psychiatrie.
- **Gérard Ostermann** est professeur de thérapeutique, médecin interniste et psychothérapeute. Responsable du premier diplôme universitaire de pathologie de l'oralité, administrateur de la Société française d'alcoologie, il est président de l'Institut des conduites alimentaires à Bordeaux.

DES MÊMES AUTEURS CHEZ ODILE JACOB

La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie, 2016.

Boris Cyrulnik :

Psychothérapie de Dieu, 2017.

Ivres Paradis, bonheurs héroïques, 2016.

Les Âmes blessées, 2014.

Résilience. De la recherche à la pratique (dir. avec Marie Anaut), 2014.

Résilience et personnes âgées (dir. avec Louis Ploton), 2014.

Sauve-toi, la vie t'appelle, 2012.

Résilience. Connaissances de base (dir. avec Gérard Jorland), 2012.

Quand un enfant se donne « la mort ». Attachement et sociétés, 2011.

Famille et résilience (dir. avec Michel Delage), 2010.

Mourir de dire. La honte, 2010.

Je me souviens..., « Poches Odile Jacob », 2010.

Autobiographie d'un épouvantail, 2008.

École et résilience (dir. avec Jean-Pierre Pourtois), 2007.

Psychanalyse et résilience (dir. avec Philippe Duval), 2006.

De chair et d'âme, 2006.

Parler d'amour au bord du gouffre, 2004.

Le Murmure des fantômes, 2003.

Les Vilains Petits Canards, 2001.

Un merveilleux malheur, 1999.

L'Ensorcellement du monde, 1997.

De l'inceste (avec Françoise Héritier et Aldo Naouri), 1994.

Les Nourritures affectives, 1993.

Patrick Lemoine :

Le Mystère du nocebo, 2011.

Droit d'asiles, 1998.

Le Mystère du placebo, 1996.

TABLE

Introduction

La psychiatrie est-elle une branche folle de la médecine ? - par Boris Cyrulnik

De la condition du fol au Moyen Âge... aux possédées de Loudun - par Danielle Jacquot

Phrénologie : l'histoire étonnante d'une pseudoscience - par Jacques Hochmann

L'éternel retour des stérilisateurs - par Patrick Clervoy

L'étrange et terrible destin des anorexiques - par Gérard Ostermann

Saturne et la mélancolie : - la théorie des humeurs

Mesmer : charlatan ou visionnaire ? - par Pierre Lemarquis

Cesare Lombroso et le criminel-né : une idée folle qui a la vie dure - par Pierre Lamothe

La schizophrénie « torpide » dans l'ex-URSS et autres errements contemporains - par Jean Furtos

Big Doctor ou Big Brother ? - Histoire de la folie après la psychiatrie

Conclusion - Penser la folie après la psychiatrie - par Patrick Lemoine

Les auteurs

Des mêmes auteurs chez Odile Jacob

HISTOIRE DE LA FOLIE AVANT LA PSYCHIATRIE

Absurdités, dérives, abus et même maltraitances ont jalonné l'histoire de la folie.

Comment comprendre autrement le succès de Mesmer et de son baquet ? Comment rendre compte de l'attribution à Saturne des troubles de l'humeur et au démon des tourments de l'âme ? Comment justifier l'enfermement psychiatrique des dissidents sous Staline ?

Entourés d'une dizaine d'experts - des psychiatres mais aussi une historienne, un interniste ou un neurologue - Patrick Lemoine et Boris Cyrulnik débattent du passé de la psychiatrie. Ils nous proposent de nous concentrer sur quelques questions très actuelles et pour le moins épineuses : quelle nécessité de fonder une nouvelle psychiatrie aujourd'hui, et quel avenir pour cette discipline, longtemps branche folle de la médecine ?

sous la direction de

BORIS CYRULNIK ET PATRICK LEMOINE

Boris Cyrulnik est neuropsychiatre et directeur d'enseignement à l'université de Toulon. Il est l'auteur de très nombreux ouvrages qui ont tous été des best-sellers, parmi lesquels, tout récemment, *Psychothérapie de Dieu* qui est un immense succès.

Patrick Lemoine est psychiatre. Spécialiste du sommeil, docteur en neurosciences, professeur associé à l'Université de Pékin, il a publié plus d'une trentaine d'ouvrages, parmi lesquels *Le Mystère du placebo*.

Avec Patrick Clervoy, Jean Furtos, Jacques Hochmann, Danielle Jacquot, Pierre Lamothe, Pierre Lemarquis, Stéphane Mouchabac, Gérard Ostermann.

En couverture : © Akg-images.

-
1. C. Quétel, *Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours*, Tallandier, 2009, p. 248-251.
 2. M. Vuillaume, *L'Homme sauvage*, Kaléo, Service du film, CNRS, 1976.
 3. P. Ariès et G. Duby, *Histoire de la vie privée*, tome 2, Seuil, 1985, p. 458.
 4. E. Shorter, *A History of Psychiatry*, John Wiley, 1997, p. 13.
 5. H. Sainte Fare Garnot, « L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police ou de soins ? » *Histoire, économie et société*, 1984, n° 4, p. 535-542.
 6. G. Jorland, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publique en France au XIX^e siècle*, Gallimard, 2010.
 7. A. Hallyday, *General View of the Present State of Lunatics and Lunatic Asylums, Great Britain and Ireland*, Underwood, 1823, p. 14-15.
 8. E. Shorter, *A History of Psychiatry*, *op. cit.*, p. 5.
 9. R. Rey, *Histoire de la douleur*, La Découverte, 1992.
 10. E. Shorter, *A History of Psychiatry*, *op. cit.*
 11. G. Lantéri-Laura, *Histoire de la phrénologie*, PUF, 1970.
 12. E. Shorter, *A History of Psychiatry*, *op. cit.*, p. 30.
 13. P. Gay, *Freud, une vie*, Hachette, 1988, p. 658-659.
 14. P. Fedida et D. Widlöcher, *Les Évolutions. Phylogénèse de l'individualisation*, PUF, 1994.
 15. H. F. Ellenberger, *À la découverte de l'inconscient*, Simep Éditions, 1974, p. 175.
 16. G. Ballet (dir.), *Traité de pathologie mentale*, Doin, 1903, p. 10.
 17. D. Anglade, « Étiologie générale des affections mentales », in G. Ballet (dir.), *Traité de pathologie mentale*, *op. cit.*, p. 18-64.
 18. *Ibid.*, p. 34-35.
 19. N. Sartorius, *Mon combat pour la santé mentale*, Odile Jacob, 2010.
 20. Organisation mondiale de la santé, *Santé mentale. Les ministres appellent à l'action*, 2001.
 21. M. Whitrow, *Julius Wagner-Jauregg (1857-1940)*, Smith-Gordon, 1995, p. 94-131.
 22. M. Micale et R. Porter (dir.), *Discovery of the History of Psychiatry*, Oxford University Press, 1994, p. 90.
 23. E. Shorter, *A History of Psychiatry*, *op. cit.*, p. 208 et p. 209.
 24. D. Widlöcher, *Les Nouvelles Cartes de la psychanalyse*, Odile Jacob, 1996, p. 237.

25. H. Searles, *L'Effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, 1977.
26. G. Deleuze et F. Guattari, *L'Anti-Œdipe*, Minuit, 1973.
27. D. Cohen, « The developmental being », in M. E. Garralda, J.-P. Raynaud (dir.), *Brain, Mind and Developmental Psychopathology in Childhood*, Aronson, 2012, p. 3-29.
28. G. R. Davidson, K. E. Murray et R. Schweitzer, « Review of refugee mental health and wellbeing : Australian perspectives », *Australasian Psychologist*, 2008, n° 43, p. 160-174.
29. P. Tonka, *Dialogue avec moi-même*, Odile Jacob, 2013.
30. J. F. J. Cade, « Lithium salts in the treatment of psychotic excitement », *Medical Journal of Australia*, 1949, p. 349-352.
31. E. Shorter, *A History of Psychiatry*, op. cit., p. 261.
32. L. F. Fontenelle, R. de Oliveira-Souza et J. Moll, « The rise of moral emotions in neuropsychiatry », *Dialogues in Clinical Neuro Sciences*, 2015, vol. 17, n° 4, p. 411-420.
33. B. Cyrulnik, M. Thomas, D. Thomas et J.-P. Billet, « Moments psychiatriques et guérison suffisante. À propos de 3 000 patients suivis pendant dix ans », *Psychiatries*, 1978, n° 51.
34. R. Porter, *Madness. A Brief History*, Oxford University Press, 2002.
35. D. Anglade, « Notions générales sur le traitement des affections mentales », in Ballet G. (dir.), *Traité de pathologie mentale*, Doin, 1903.

-
1. Pour tenter de contrer ces idées reçues, N. Weill-Parot et V. Sales (dir.), *Le Vrai Visage du Moyen Âge. Au-delà des idées reçues*, Vendémiaire, 2017.
 2. Au sein d'une littérature abondante sur le sujet, voir M. Osterro, *Le Diable au sabbat. Littérature démonologique et sorcellerie (1440-1460)*, Edizioni del Galluzzo, 2011 ; J.-P. Boudet, *Entre science et nigromance. Astrologie, divination et magie dans l'Occident médiéval (XII^e-XV^e siècle)*, Publications de la Sorbonne, 2006, p. 430-508.
 3. M. de Certeau, *La Possession de Loudun*, Julliard, 1970. Voir aussi, entre autres lectures fiables, M. Carmona, *Les Diables de Loudun. Sorcellerie et politique sous Richelieu*, Fayard, 1998.
 4. In M. de Certeau, *La Possession de Loudun*, *op. cit.*, p. 50.
 5. A. Paravicini Bagliani (dir.), *Parfums et odeurs au Moyen Âge. Science, usage, symboles*, Edizioni del Galluzzo, 2015.
 6. In M. de Certeau, *La Possession de Loudun*, *op. cit.*, p. 204-206.
 7. B. Delaurenti, *La Puissance des mots*, « *Virtus verborum* », Éditions du Cerf, 2007, p. 123-143.
 8. M. Sebti, *Avicenne. L'âme humaine*, PUF, 2000, p. 80.
 9. D. Jacquart, « De la science à la magie : le cas d'Antonio Guaineri, médecin italien du XV^e siècle », *La Possession. Littérature, médecine et société*, n° 9, Université de Nantes, 1989, p. 137-156 ; citation p. 147.
 10. Citation d'après la traduction française de 1569 du *De praestigiis daemonum et incantationibus ac beneficiis* (Bâle, 1563) dans R. Rey, « L'âme, le corps et le vivant », in M. D. Grmek et B. Fantini (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, tome 2 : *De la Renaissance aux Lumières*, Seuil, 1996, p. 117-155 ; citation p. 146.
 11. C. Renoux, « Du statut de l'obsession chez les démonologues (XV^e-XVII^e siècle) », in M. Ostorero et J. Véronèse, *Penser avec les démons. Démonologues et démonologies (XIII^e-XVII^e siècle)*, Edizioni del Galluzzo, 2015, p. 169-196.
 12. *Ibid.*, p. 187.
 13. *Ibid.*, p. 188.
 14. Citation dans M. de Certeau, *La Possession de Loudun*, *op. cit.*, p. 207.
 15. C. Roux, « Du statut de l'obsession chez les démonologues (XV^e-XVII^e siècle) », art. cit., p. 191-194.
 16. J.-M. Fritz, *Le Discours du fou au Moyen Âge, XII^e-XIII^e siècle. Étude comparée des discours littéraire, médical, juridique et théologique de la folie*, PUF, 1992, p. 12. Voir, du même auteur, « Expériences médiévales de la folie : le fou aux multiples visages »,

in J. Toussaint (dir.), *Pulsions. Images de la folie du Moyen Âge au siècle des Lumières*, Société archéologique de Namur, 2012, p. 11-38.

17. A. Boureau, *Satan hérétique. Naissance de la démonologie dans l'Occident médiéval (1280-1330)*, Odile Jacob, 2004, p. 159-186.

18. *Ibid.*, p. 168-170.

19. *Ibid.*, p. 169.

20. Survol insuffisant de la pensée de Thomas d'Aquin sur ce sujet : J. Simonnet, « Folie et notations psychopathologiques dans l'œuvre de saint Thomas d'Aquin », in J. Postel et C. Quétel (dir.), *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, Dunod, 1994, p. 48-56.

21. Thomas d'Aquin, *Summa theologiae*, Edizioni San Paolo, 1988, I^a qu. 84 art. 8, p. 408.

22. *Ibid.*, I^a II^{ae} qu. 77 art. 7, p. 890.

23. *Ibid.*, qu. 37 art. 4, p. 716.

24. *Ibid.*, qu. 80, art. 3, p. 900.

25. *Ibid.*, I^a, qu. 115, art. 5, p. 537.

26. A. Mark Smith, *From Sight to Light, The Passage from Ancient to Modern Optics*, The University of Chicago Press, 2015.

27. Pour cette analyse de la lettre de Witelo, je renvoie à mon article « De la science à la magie : le cas d'Antonio Guaineri, médecin italien du XV^e siècle », art. cit., p. 138-140 ; pour l'édition de l'original latin, E. Paschetto, *Demoni e prodigi*, G. Giappicheli, 1978, p. 81-133.

28. D. Jacquart, « Le regard d'un médecin sur son temps : Jacques Despars (1380 ?-1458) », *Bibliothèque de l'École des chartes*, 1980, vol. 138, n° 1, p. 35-86.

29. J. Despars, commentaire au *Canon d'Avicenne*, Trechsel, 1498, III. 1. 4. 18.

30. B. Guenée, *La Folie de Charles VI, roi bien-aimé*, Perrin, 2004.

31. J.-P. Boudet, *Entre science et nigromance, op. cit*, p. 403.

32. J.-P. Boudet, « Les condamnations de la magie à Paris en 1398 », *Revue Mabillon*, 2001, nv. sér. 12, p. 121-157.

33. M. Ternon, *Juger les fous au Moyen Âge. Dans les tribunaux royaux en France, XIV^e-XV^e siècle*, PUF, 2018, p. 219.

34. *Ibid.*, p. 215.

35. Par exemple, dans le cas d'un mélancolique qui se pend, il est question de la « temptation de l'Ennemy », *ibid.*, p. 246.

36. Guillaume d'Auvergne, *De universo*, éd. dans *Opera omnia*, Orléans-Paris, 1674, vol. 1, p. 1056.

37. *Ibid.*, p. 1057.

38. D. Jacquart, « La reconstruction médicale de la nature de l'homme aux XI^e et XII^e siècles », *Revue de synthèse*, 2013, n° 134, p. 445-472.
39. *Les VII Livres de physiologie*, traduction française de Charles de Saint-Germain, Jean Guignard, 1655, p. 388 et p. 423.
40. Pour ce qui va suivre, je me permets de renvoyer à certaines de mes publications : D. Jacquart, « La réflexion médicale et l'apport arabe », *in* J. Postel et C. Quétel (dir.), *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, *op. cit.*, p. 37-47 et D. Jacquart, « Médecine et folie. Les bases antiques et médiévales des conceptions modernes », *in* J. Toussaint (dir.), *Pulsions*, *op. cit.*, p. 217-232.
41. Au sein d'une abondante littérature consacrée à la mélancolie, je me contenterai de renvoyer à un des précieux ouvrages d'un ami trop tôt disparu : J. Pigeaud, *Melancholia*, Payot, 2008. On lui doit aussi un monument qui fit date et renouvela profondément l'étude des maladies mentales : *La Maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique*, Les Belles Lettres, 1981.
42. M. E. Wack, *Lovesickness in the Middle Ages, The Viaticum and Its Commentaries*, University of Chicago Press, 1990 ; M. R. McVaugh (dir.) [Arnaud de Villeneuve], *Tractatus de amore heroico*, Universitat de Barcelona, 1985 (Arnaldi de Villanova, *Opera Medica Omnia*, III).
43. Sur ce traité qui eut une assez grande fortune au Moyen Âge, y compris auprès des non-médecins, J.-M. Fritz, *Le Discours du fou au Moyen Âge*, *op. cit.*, p. 4 et p. 136.
44. D. Jacquart, « Au nom de la nature : le plaisir sexuel selon le médecin bolonais Mondino de' Liuzzi (m. 1326) », *Recherches médiévaux sur la nature humaine. Essais sur la réflexion médicale (XII^e-XV^e siècle)*, Edizioni del Galuzzo, 2014, p. 297-318, citation p. 313.
45. M. van der Lugt, « The *incubus* in scholastic medicine, theology and popular belief », *in* P. Biller et J. Ziegler (dir.), *Religion and Medicine in the Middle Ages*, York Medieval Press, 2001, p. 175-200.
46. M. Savonarole, *Practica maior*, VI. 1. 14, citation *in* D. Jacquart, « En feuilletant la *Practica maior* de Michel Savonarole : quelques échos d'une pratique », *Recherches médiévaux sur la nature humaine*, *op. cit.*, p. 251-275, citation p. 274-275.
47. G. de Chauliac, *Inventarium sive Chirurgia Magna*, Brill, 1997, vol. 1, p. 415-16 (tr. VII, doct. 1, cap. 3).

-
1. Cité par G. Lantéri-Laura, *Histoire de la phréno-logie*, PUF, 1993, 2^e éd.
 2. Mme d'Aulnoy (1697), « Gracieuse et Percinet », in *Les Contes de fées*, Mercure de France, 1946.
 3. Cité par G. Lantéri-Laura, *Histoire de la phréno-logie*, *op. cit.*
 4. Voir J. Hochmann, « La dégénérescence, origine et conséquences d'une théorie dommageable », in B. Cyrilnik et P. Lemoine, *La Folle Histoire des idées folles en psychiatrie*, Odile Jacob, 2016.
 5. F. J. Gall (1798), « Lettre au baron de Retzer », citée par G. Lantéri-Laura, *Histoire de la phréno-logie*, *op. cit.*
 6. F. J. V. Broussais, *Cours de phréno-logie*, Baillière, 1836.
 7. G. Spurzheim, *Manuel de phréno-logie*, Porthmann, 1832.
 8. F. J. Gall et G. Spurzheim (pour les deux premiers tomes), *Anatomie et physiologie du système nerveux en général et du cerveau en particulier avec des observations sur la possibilité de reconnaître plusieurs dispositions intellectuelles et morales de l'homme et des animaux par la configuration de leur tête*, 4 vol., I et II, Schoell, 1810-1812 ; III, Librairie grecque-latine-allemande 1818 ; IV, Maze, 1819.
 9. F. J. Gall cité par G. Lantéri-Laura, *Histoire de la phréno-logie*, *op. cit.*
 10. On rapporte que le vénérable bibliothécaire de l'empereur, un certain M. Denys, aurait interdit, par un codicille de son testament, que son crâne soit soumis à l'examen du Dr Gall.
 11. F. J. V. Broussais, *Cours de phréno-logie*, *op. cit.*
 12. *Ibid.*
 13. Balzac, dans *Ursule Mirouet*, pour décrire les dimensions monstrueuses de la tête du maître de poste Minoret-Levrault, « dont le moral ne démentait pas le physique » et pour expliquer le défaut de l'instinct de génération du personnage se réfère à la « science de Gall ». Son fils unique, « il l'avait attendu si longtemps, comme le disait assez le nom de Désiré que portait l'enfant [car] un bourrelet de chair pelée enveloppait la dernière vertèbre et comprimait le cervelet de cet homme ».
 14. M. Lélut, *La Phréno-logie, son histoire, ses systèmes et sa condamnation*, Delahays, 1858.
 15. Le rapport de J.-B. Bouillaud, qui conseille à l'auteur de modérer son enthousiasme et de poursuivre ses recherches, est donné en annexe au livre de F. Voisin, *De l'idiotie chez les enfants et des autres particularités d'intelligence et de caractère*, Baillière, 1843. Pour plus de détails, voir J. Hochmann, *Histoire de l'autisme*, Odile Jacob, 2009.

16. Cités par G. Lantéri-Laura, *Histoire de la phrénologie*, *op. cit.*
17. N. Lemercier, *Réflexions sur les dangers des applications de la conjecturale doctrine orthophrénique, lues à l'académie des sciences, le 23 février*, Didot, 1835.
18. Voir M. Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1961 ; du même auteur, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, 1975, et *Les Anormaux*, Gallimard, 1999.
19. P. Flourens, *De la phrénologie*, Hachette, 1845 ; le livre est dédié à la mémoire de Descartes.
20. L. F. Lélut, *La Phrénologie, son histoire, ses systèmes et sa condamnation*, *op. cit.*
21. J. Fodor (1983), *La Modularité de l'esprit. Essai sur la psychologie des facultés*, tr. fr., Minuit, 1986.
22. *Ibid.*
23. *Ibid.*
24. P. B. J. Buchez, *Traité complet de philosophie au point de vue du catholicisme et du progrès*, Éveillard et Périsse, 1838.
25. S. Dehaene, *Le Code de la conscience*, Odile Jacob, 2014. L'onde P3 est une mesure de voltage positive qui apparaît sur l'électro-encéphalogramme et qui traduit un « embrasement » du cortex préfrontal à la perception consciente de mots noyés parmi les autres non perçus consciemment lors du clignement attentionnel. L'activité gamma est une activité de haute fréquence qui diffuse à l'ensemble du cortex lors de la perception consciente.
26. E. Kandel, *The Age of Insight, the Quest to Understand the Unconscious in Art, Mind and Brain, from Vienna 1900 to the Present*, Random House, 2012.
27. L. Naccache, *Le Nouvel Inconscient. Freud*, Christophe Colomb des sciences, Odile Jacob, 2006.
28. S. Dehaene, *Le Code de la conscience*, *op. cit.*
29. H. Gervais *et al.*, « Abnormal cortical voice processing in autism », *Nature, Neuroscience*, 2004, vol. 7, n° 8, p. 801-802,
30. H. de Larigny, « Les fonctions du cerveau et les localisations cérébrales », *La Revue des Deux Mondes*, 1880, n° 41, 1880.
31. J. Fodor, *La Modularité de l'esprit*, *op. cit.*

-
1. J. Michelet, *Histoire de la Révolution française*, 1850.
 2. J.-B. Lamarck, *Lois régissant l'organisation des individus*, 1816.
 3. B. A. Morel, *Traité des dégénérescences intellectuelles physiques et morales de l'espèce humaine*, Bailliére, 1857.
 4. F. Nietzsche, *Ainsi parlait Zarathoustra*, 1884.
 5. A. Wylm, *La Morale sexuelle*, Alcan, 1907.
 6. A. Fournier, *La Prophylaxie et le Traitement de l'hérédosyphilis*, Delagrave, 1910.
 7. A. Daudet, *La Doulou*, Librairie de France, 1930 (édition posthume).
 8. L. Daudet, *L'Hérédo*, Nouvelle Librairie nationale, 1917.
 9. V. Magnan, *Recherche sur les centres nerveux. Alcoolisme, folie des héréditaires dégénérés*, Masson, 1893.
 10. Le prénom dérivé, Eugénie, connut une grande vogue à cette même époque.
 11. Le terme d'aliéniste fut abandonné après la réforme de la psychiatrie de 1969, les médecins spécialistes des maladies mentales prirent alors la dénomination de psychiatre.
 12. *La Dépêche*, 16 août 1912.
 13. *La Dépêche*, 24 juillet 1910.
 14. *Ibid.*
 15. E. Toulouse, « L'invasion par le sang », *La Dépêche*, 11 juin 1938.
 16. C. Richet, *La Sélection humaine*, Alcan, 1919.
 17. A. Carrel, *L'Homme, cet inconnu*, Plon, 1935.
 18. A. Ricciardi von Platen, *L'Extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie*, Érès, 2001.
 19. M. Picard, *L'Homme du néant*, Seuil, 1963.
 20. K. Binding et A. Hoche, *Die Freigabe des Vernichtung des Lebensunwerten Lebens*, 1922 ; réed. Berliner Wissenschaft, 2006.
 21. A. Ricciardi von Platen, *L'Extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie, op. cit.*
 22. *Ibid.*
 23. A. Repond, « Quelques réflexions sur les bases scientifiques de l'hygiénisme mentale et ses applications », *L'Évolution psychiatrique*, 1935.

24. E. Minkowski, « À propos de l'hygiène mentale », *Annales médico-psychologiques*, 1938.
25. Comité consultatif national d'éthique, avis n° 49 du 3 avril 1996.
26. A. Ricciardi von Platen, *L'Extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie*, *op. cit.*
27. K. Nowak, « *Euthanasie* » und *Sterilisierung im « Dritten Reich » : die Konfrontation der evangelischen und katholischen Kirche* [Euthanasie et stérilisations sous le III^e Reich : l'opposition des Églises évangéliques et catholiques], Wandenhoeck & Ruprecht, 1978.
28. A. Ricciardi von Platen, *L'Extermination des malades mentaux dans l'Allemagne nazie*, *op. cit.*
29. J. Bieder, « La déroute des stérilisateurs », congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Grenoble, 1966.
30. H. Ey, « L'activité d'un service de psychiatrie pendant trente ans », *Gazette médicale de France*, 1964.
31. Témoignage direct à l'auteur in H. Ey, *Cinquante Ans de psychiatrie en France*, Les Empêcheurs de penser en rond, 1997.
32. I. von Bueltzingsloewen, *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Aubier, 2007.
33. H. Ey, *La Folie et les Valeurs humaines. Études psychiatriques*, tome 1, Desclée de Brouwer, 1952.
34. G. Daumezon, « Situation actuelle de la psychiatrie, ses perspectives d'avenir », *L'Information psychiatrique*, août 1945, n° 1.
35. P. Lemoine, S. M. Stahl, « Conditions of life and death of psychiatric patients in France during World War II : Euthanasia or collateral casualties ? », *CNS Spectr.*, 2018, 23 (2), p. 170-175.
36. G. Deshaies, « De l'interdiction de grossesse, considérée comme accident thérapeutique chez les malades mentales », *Annales médico-psychologiques*, 1957, n° 1.
37. G. Deshaies, « Avortement et stérilisation en psychiatrie », *La Presse médicale*, 16 janvier 1960.
38. *Ibid.*
39. G. Deshaies, « La notion d'incapacité parentale », *L'Information psychiatrique*, mars 1964, n° 3.
40. G. Deshaies, « Positions et perspectives psychiatriques en matière de procréation », *L'Information psychiatrique*, avril 1966, n° 4.
41. *Ibid.*

42. J. Bieder, « La déroute des stérilisateurs », art. cit.
43. J. Rondepierre, « Amélioration spectaculaire du comportement d'une schizophrène après une grossesse », *Annales médico-psychologiques*, 1957, n° 1, p. 137.
44. G. Benoît, « Réflexions sur la procréation chez les malades mentaux », *L'Information psychiatrique*, avril 1966, n° 4.
45. Pie XII, discours aux médecins neurologues, 14 septembre 1952.
46. Jean XXIII, *Pacem in Terris*, Encyclique, 1963.
47. A.-M. Dourlen-Rollier, « Aspect juridique de la maternité chez les malades mentaux », *L'Information psychiatrique*, avril 1966, n° 4.
48. *Ibid.*
49. *Ibid.*
50. R. Million, « Sur un cas de stérilisation chirurgicale récente chez une encéphalopathique "greffée" » *L'Information psychiatrique*, avril 1966, n° 4.
51. « 5 handicapées stérilisées à leur insu », *Le Figaro*, 31 janvier 2012.
52. CEDH, requête n° 61521/08, présentée par Joëlle Gauer et autres contre la France, introduite le 10 décembre 2008.
53. L'article R. 4127-41 du Code de la santé publique indique « qu'aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement ».

-
1. M. Marzano, *Légère comme un papillon*, Grasset, 2012.
 2. M. Balinska, *Retour à la vie. Quinze ans d'anorexie*, Odile Jacob, 2002.
 3. P. Jeammet, *Anorexie, boulimie : les paradoxes de l'adolescence*, Fayard, 2013.
 4. X. Pommereau, *Ado à fleur de peau. Ce que révèle son apparence*, Albin Michel, 2006.
 5. P. Jeammet, *Quand nos émotions nous rendent fous. Nouveaux regards sur les folies humaines*, Odile Jacob, 2017.
 6. M. Marzano, *Légère comme un papillon*, *op. cit.*
 7. B. Waysfeld, *La Peur de grossir*, Armand Colin, 2013.
 8. R. M. Bell, *L'Anorexie sainte. Jeûne et mysticisme du Moyen Âge à nos jours*, PUF, 1994.
 9. G. Raimbaud et C. Eliacheff, *Les Indomptables. Figures de l'anorexie*, Odile Jacob, 1989.
 10. C. Bynum, *Jeûnes et festins sacrés. Les femmes et la nourriture dans la spiritualité médiévale*, Éditions du Cerf, 1994.
 11. P. Guingand, *Anorexie et inédie : une même passion du rien ?*, Èrès, 2004.
 12. S. Decobert et E. et J. Kestemberg, *La Faim et le Corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*, PUF, 1972.
 13. P. Quignard., *Les Ombres errantes*, Gallimard, « Folio », 2002.
 14. L.-V. Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, Forgotten Books, 2017.
 15. C. Combe, *Soigner l'anorexie*, Dunod, 2009.
 16. C. Combe, *Comprendre et soigner la boulimie*, Dunod, 2004.
 17. P. Duriez, A. Guy-Rubin, P. Gorwood, « L'anorexie mentale : peur de prendre ou plaisir de perdre ? », *Nutrition et Endocrinologie*, septembre-octobre 2017, vol. 15, n° 82.
 18. K. Nassikas, *Le Corps dans le langage des adolescents*, Èrès, 2009.
 19. R. Gori, *Logique des passions*, Denoël, 2002.
 20. R. Girard, *Anorexie et désir mimétique*, L'Herne, 2008.
 21. R. Gori, *Logique des passions*, *op. cit.*
 22. « La flore intestinale influence notre appétit », *Sciences et Avenir*, décembre 2014-janvier 2015, n° 810.

23. E. Loftus et K. Ketcham, *Le Syndrome des faux souvenirs. Ces psys qui manipulent la mémoire*, Exergue, 2012. B. Axelrad, *Les Ravages des faux souvenirs, ou la Mémoire manipulée*, Book-e-book, 2010.
24. A. Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi*, Odile Jacob, 1998.
25. A. E. Becker, R. A. Burwell, S. E. Gilman *et al.*, « Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls », *British Journal of Psychiatry*, 180, 2002, n° 180, p. 509-511 et p. 513. J. Betbeze, « L'apport de la critique sociale à la prise en charge des troubles alimentaires », in C. Besnard-Peron et B. Dameron, *Pistes narratives pour faire face au sentiment d'échec personnel et professionnel*, Hermann, 2011.
26. B. Cyrulnik, *Autobiographie d'un épouvantail*, Odile Jacob, 2008, prix Renaudot de l'essai.
27. T. Vincent, *L'Anorexie*, Odile Jacob, 2000.
28. G. Ostermann, *Anorexie : emprise familiale ou famille en prise*, Érès, 2008.
29. N. Desportes, *Voyage jusqu'au bout de la vie. Comment j'ai vaincu l'anorexie*, Odile Jacob, 2016.
30. C. Combe et G. Ostermann, *L'Anorexie : la violence paradoxale d'un corps en trop*, Érès, 2012.
31. Nos plus vifs remerciements au docteur Colette Combe, au professeurs Philippe Jeammet et Claire Séries, ainsi qu'aux docteurs Pierre Mainhagu, Jean-François Viaud et Bernard Waysfeld pour leur inestimable contribution au soin de la personne souffrant d'anorexie.

-
1. Empédocle, « Fragment B6 », *Les Présocratiques*, Gallimard, « Bibliothèque de la Pléiade », 1988, p. 376.
 2. J. Starobinski, *L'Encre de la mélancolie*, Seuil, 2013.
 3. P. Lemoine, *Dites-nous Patrick Lemoine, à quoi vraiment sert un psy ?*, Armand Colin, 2010.
 4. D. J. Smith, J. Anderson, S. Zammit, T. D. Meyer, J. P. Pell et D. Mackay, « Childhood IQ and risk of bipolar disorder in adulthood : Prospective birth cohort study », *British Journal of Psychiatry Open*, 2015, vol. 1, n° 1, p. 74-80.
 5. « New study claims to find genetic link between creativity and mental illness », *The Guardian, Genetics*, 8 juin 2015.
 6. *Ibid.*

-
1. *Les Noces de Figaro*, Mozart/Da Ponte, 1786, réplique de la femme de chambre Suzanne, fiancée de Figaro, au début du troisième acte : « Ce ne sont point là les maux des femmes de mon état », remarqué par Hervé Guinot, neurologue, association SIRENES, Couvent Royal, Saint-Maximin, 24 mars 2017.
 2. *Mesmer*, film de Roger Spottiswoode, 1994.
 3. P. Lemarquis, *L'Empathie esthétique. Entre Mozart et Michel-Ange*, Odile Jacob, 2015.
 4. S. Zweig, *La Guérison par l'esprit*, Le Livre de poche, 2003.
 5. *Augustine*, 2012, film d'Alice Winocour, avec Vincent Lindon dans le rôle du Pr Charcot.
 6. F. A. Mesmer, *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*, Allia, 2006.
 7. J. M. Charcot , *La foi qui guérit*, Buenos Books International, 2014.

-
1. J. Decety, « L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ? », in A. Berthoz et G. Jorland, *L'Empathie*, Odile Jacob, 2007.
 2. A. Brun et R. Roussillon, *Aux limites de la symbolisation*, Dunod, 2016.
 3. G. Diatkine, « La cravate croate : narcissisme des petites différences et processus de civilisation », *Revue française de psychanalyse*, 4/1993, n° 5, p. 1057.
 4. Voir aussi P. Clervoy, *L'Effet Lucifer. Des bourreaux ordinaires*, CNRS Éditions, 2013.
 5. P. Lamothe, « Une certaine idée de la criminologie », in P. Tournier, *Une certaine idée de la criminologie*, L'Harmattan, 2013.
 6. F. Duparc, *Le Mal des idéologies*, PUF, 2015.
 7. J.-P Lebrun, *La Perversion ordinaire. Vivre ensemble sans autrui*, Denoël, 2007.
 8. *Ibid.*
 9. M. Pingot, *La Dictature de la transparence*, Robert Lafont, 2016.
 10. M. Gauchet, « Contre-pouvoir, métapouvoir, anti-pouvoir », *Le Débat* n° 138, Gallimard, 2006.
 11. S. Tisseron, *L'Intimité surexposée*, 2001, Ramsay ; rééd. Hachette, 2003 ; du même auteur, *Virtuel, mon amour : penser, aimer et souffrir à l'ère des nouvelles technologies*, Albin Michel, 2010.
 12. A. Comte-Sponville, *Le Sexe ni la mort*, Albin Michel, 2012.
 13. P. Valéry, *La Crise de l'esprit*, NRF, 1919 ; rééd. Gallimard, 1924.
 14. O. Mannoni, « Je sais bien mais quand même... », in *Clefs pour l'imaginaire*, Seuil, 1969.

-
1. Rapport d'Amnesty International, *Les Prisonniers d'opinion en URSS*, Mazarine, 1980 (toutes les citations viennent de cet ouvrage).
 2. K. Gireesh, « À propos de la psychiatrisation des problèmes sociaux : le cas du suicide des paysans indiens dans l'État du Kerala (Inde) », *Rhizome, bulletin national santé mentale et précarité*, octobre 2012, n° 45, www.orspere.com.
 3. Y. Clot, *Le Travail à cœur, pour en finir avec les risques psycho-sociaux*, La Découverte, 2011.
 4. J. Furtos, « Irruption de la souffrance au travail en hôpital de jour, un signe des temps : la souffrance au travail en hôpital de jour, une nouvelle indication », *Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles*, octobre 2015, n° 17, p. 77-80.
 5. P. Chabot, *Global Burn-Out*, PUF, 2013.
 6. Voir le numéro de la revue *Rhizome*, « Le nouveau management public est-il néfaste à la santé mentale ? », octobre 2009, www.orspere.com.
 7. Pour le texte de la « Déclaration de Lyon », voir <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=2630>.
 8. P.-J. Laurent, « Éléments pour une socioanthropologie de la défiance », in J. Furtos, *Les Cliniques de la précarité*, Masson, 2008, p. 32-49.
 9. A. Malraux, *L'Homme précaire et la Littérature*, Gallimard, 1977.
 10. H. Rosa, *Une critique sociale du temps*, La Découverte, 2005.
 11. J. Furtos, « Solidarité ou cohésion sociale, il faut choisir », *Revue pratique en santé mentale, cohésion sociale et santé mentale*, février 2017, n° 1.
 12. J. Furtos, « La vie de l'esprit : le pouvoir du commencement dans le grand temps», *Rhizome*, novembre 2014, n° 54, www.orspere.com.
 13. J. Furtos, *Les Cliniques de la précarité*, op. cit. ; J. Furtos, *De la précarité à l'auto-exclusion*, Rue d'Ulm, 2009.
 14. J. Furtos, S. Sundram, « Globalization and mental health : The Lyon Declaration », *Asian Journal of Psychiatry*, 2012, vol. 5, n° 3, p. 283-285 ; J. Furtos, « Mondialisation et santé mentale : la “Déclaration de Lyon” du 22 octobre 2011, une présentation », *Rhizome*, octobre 2012, n° 45, www.orspere.com.

-
1. Rosenhan D. L., « On being sane in insane places », *Science*, 1973, vol. 179, n° 4070, p. 250-258.
 2. E. Goffman, *Asylums : Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, 1961.
 3. S. Mouchabac et C. Guinchard, « Apport des méthodes d'apprentissage automatique dans la prédition de la transition vers la psychose : quels enjeux pour le patient et le psychiatre ? », *L'Information psychiatrique*, 2013, vol. 10, p. 811-817.
 4. R. A. Calv, D. N. Miln, M. S. Hussai et H. Christensen, « Natural language processing in mental health applications using non-clinical texts », *Nat. Lang. Eng.*, 2017, vol. 30, p. 1-37.
 5. L. Moja *et al.*, « Effectiveness of computerized decision support systems linked to electronic health records : A systematic review and meta-analysis », *Am. J. Public Health*, 2014, vol. 104, n° 12, p. e12-22.
 6. S. H. Jain *et al.*, « The digital phenotype », *Nat. Biotechnol.*, 2015, vol. 33, n° 5, p. 462-463.
 7. J. Torous, P. Staples et J. P. Onnela, « Realizing the potential of mobile mental health : New methods for new data in psychiatry », *Curr. Psychiatry Rep.*, 2015, vol. 17, p. 602.
 8. J. Torous, J. P. Onnela et M. Keshavan, « New dimensions and new tools to realize the potential of RDoC : Digital phenotyping via smartphones and connected devices », *Transl. Psychiatry*, 2017, vol. 7, n° 3, p. e1053.
 9. S. Berrouiguet, E. Baca-Garcí, S. Brandt, M. Walte et P. Courtet, « Fundamentals for future mobile-health (mHealth) : A systematic review of mobile phone and web-based text messaging in mental health », *J. Med. Internet Res.*, 2016, vol. 18, n° 6, p. e135.
 10. A. Bourla, F. Ferreri, L. Ogorzelec, C. Guinchard et S. Mouchabac, « Assessment of mood disorders by passive data gathering : The concept of digital phenotype versus psychiatrist's professional culture », *Encephale*, 2018, vol. 44, n° 2, p. 168-175.
 11. F. Ferreri, A. Bourla, S. Mouchabac et L. Karila, « e-Addictology : An overview of new technologies for assessing and intervening in addictive behaviors », *Front. Psychiatry*, 2018, vol. 1, n° 9, p. 51.
 12. M. Faurholt-Jepsen *et al.*, « Daily electronic self-monitoring of subjective and objective symptoms in bipolar disorder – the MONARCA trial protocol (MONitoring, treAtment and pRediCtion of bipolAr disorder episodes) : A randomised controlled single-blind trial », *B. M. J. Open.*, 2013, vol. 3, n° 7, p. 24.

13. P. Philip, J. A. Micoulaud-Franchi, P. Sagaspe, E. Sevin, J. Olive, S. Bioulac *et al.*, « Virtual human as a new diagnostic tool, a proof of concept study in the field of major depressive disorders », *Sci. Rep.*, 2017, vol. 7, p. 42656.
14. A. T. Drysdale *et al.*, « Resting-state connectivity biomarkers define neurophysiological subtypes of depression », *Nat. Med.*, 2017, vol. 23, n° 1, p. 28-38.
15. S. Mouchabac, S. El-Hage et F. Ferreri, « La mémoire intrusive dans le trouble de stress post-traumatique : apport de la neuro-imagerie », *Annales médico-psychologiques*, 2016, vol. 174, n° 10, p. 848-852.
16. A. Bourla, S. Mouchabac, W. El-Hage et F. Ferreri, « e-PTSD : An overview on how new technologies can improve prediction and assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) », *Eur. J. Psychotraumatol.*, 2018, vol. 6, n° 9 (sup. 1), p. 1424448.
17. A. Bourla, F. Ferreri, L. Ogorzelec, C. S. Peretti, C. Guinchard et S. Mouchabac, « New technologies : Are psychiatrists ready for disruption ? An original nationwide study », *J. M. I. R. Preprints*, 28 février 2018, p. 10240.
18. A. Bourla, F. Ferreri, L. Ogorzelec, C. Guinchard et S. Mouchabac, « L'acceptabilité des systèmes d'aide à la décision médicale informatisés en psychiatrie : étude quantitative et qualitative sur une population de psychiatres », XV^e congrès de l'Encéphale, 2017.
19. J. Torous et L. W. Roberts, « Needed innovation in digital health and smartphone applications for mental health : Transparency and trust », *JAMA Psychiatry*, 2017, vol. 74, n° 5, p. 437-438.

-
1. I. C. Weaver, « Epigenetic programming by maternal behavior and pharmacological intervention. Nature versus nurture : Let's call the whole thing off », *Epigenetics*, 2007, vol. 2, p. 22-28.
 2. N. Perroud, A. Paoloni-Giacobino, P. Prada *et al.*, « Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment : A link with the severity and type of trauma », *Transl. Psychiatry*, 2011, vol. 1, p. e59.
 3. N. Perroud, « Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques », *L'Information psychiatrique*, 2014, vol. 90, p. 733-739.
 4. T. Klengel, D. Mehta, C. Anacker *et al.*, « Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene-childhood trauma interactions », *Nat. Neurosci.*, 2013, vol. 16, p. 33-41.