

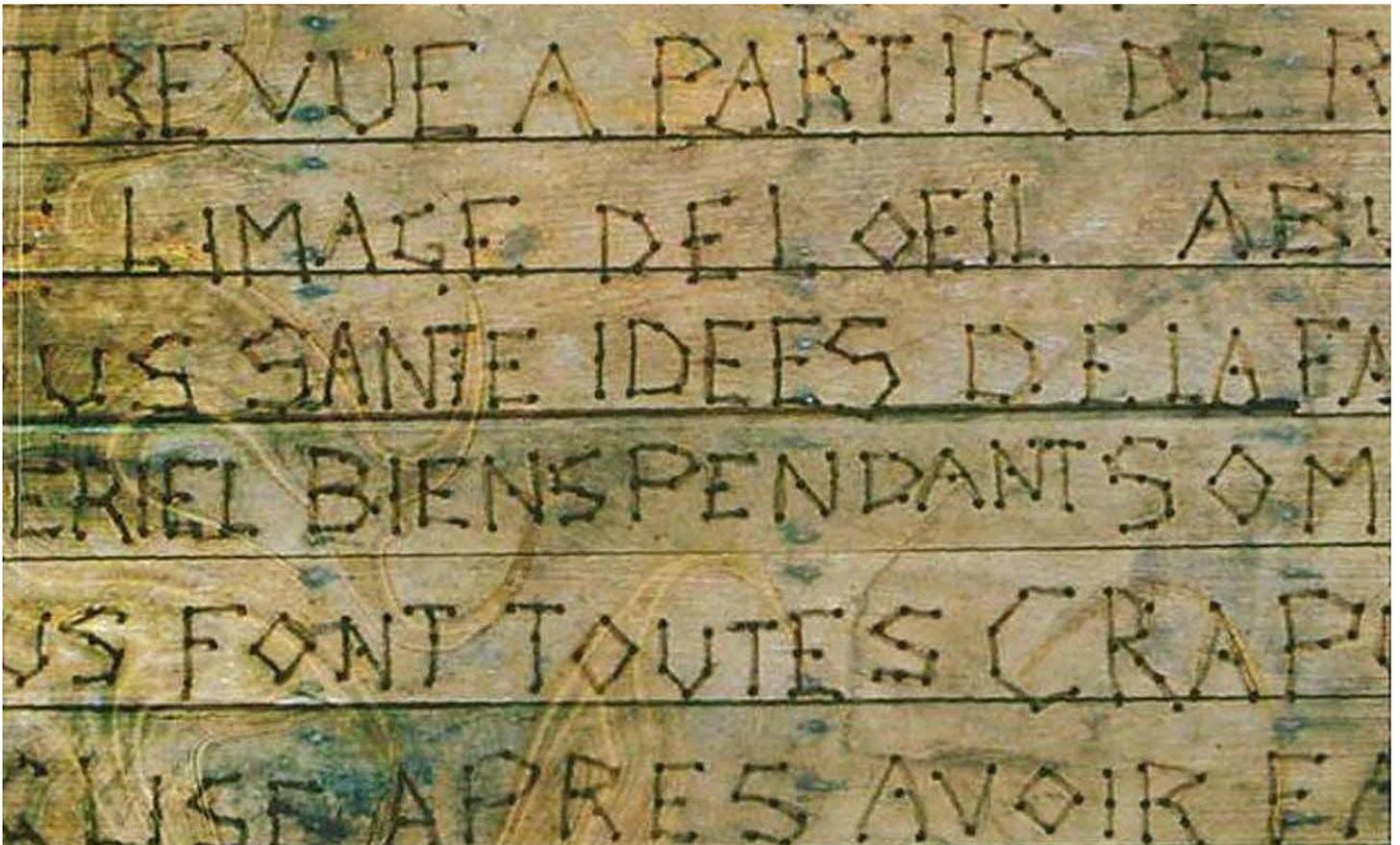
PSYCHIATRIE DU VAL DE LOIRE



16 JUIN 2012

XXVII^e JOURNÉE DE FONTEVRAUD

LE RÉCIT CLINIQUE ET SES GENRES



Le plancher de Jeannot
Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris
Avec l'aimable autorisation de Bristol-Myers Squibb

Le plancher de Jeannot est un morceau de parquet de 15 mètres carrés, gravé de 80 lignes de lettres capitales et poinçonnées. Il a été réalisé en 1971, dans un hameau du Béarn, par Jean, dit Jeannot (1939-1972).

Jeune paysan, Jeannot apprend en 1959, à son retour du service militaire en Algérie, le suicide de son père qui s'est pendu. En 1965, il entend des voix qui lui commandent de tuer les voisins. Dans un délire à deux, partagé par sa sœur, il est persuadé que c'est le Pape qui a fait installer une antenne TV sur la colline face à leur ferme, pour pouvoir les espionner. Il fait des rondes et ne se déplace plus qu'armé, s'isolant de plus en plus et ne communiquant plus que par invectives. Une tentative d'hospitalisation échoue.

Leur mère décède en 1971 et Jeannot décide de l'enterrer lui-même sous l'escalier de la maison familiale. Il cesse de s'alimenter et commence à graver le plancher de sa chambre. Il meurt d'inanition à 33 ans, quelques semaines plus tard.

Le plancher est découvert en 1993 après le décès de sa sœur. Un psychiatre attentif à l'art psychopathologique, le Dr Guy Roux, en fait l'acquisition et le revend en 2002 au laboratoire Bristol-Myers Squibb. Considéré comme un témoignage d'art brut, il est régulièrement exposé, en particulier à Paris, à la Bibliothèque Nationale de France et à la Halle Saint Pierre.

Il est finalement cédé au Centre Hospitalier Sainte Anne, en grande partie grâce à l'insistance du Pr J.-P. Olié. Depuis 2002, il est exposé sur le trottoir de la rue Cabanis, dans le XIV^{ème} arrondissement, face au bâtiment de l'hôpital.

Texte du plancher

La religion a inventé des machines à commander le cerveau des gens et bêtes et avec une invention à voir notre vue à partir de rétine de l'image de l'œil abuse de nous santé idées de la famille matériel biens pendant sommeil nous font toutes crapulerie l'Eglise après avoir fait tuer les juifs à Hitler a voulu inventer un procès type et diable afin prendre le pouvoir du monde et imposer la paix aux guerres l'Eglise a fait les crimes et abusant de nous par électronique nous faisant croire des histoires et par ce truquage abuser de nos idées innocentes religion a pu nous faire accuser en truquant postes écoute écrit et inventer toutes choses qu'ils ont voulu et depuis 10 ans et abusant de nous par leur invention a commandé cerveau et à voir notre vue à partir image rétine de l'œil nous faire accuser de ce qu'il nous font à notre insu c'est la religion qui a fait tous les crimes et dégâts et crapulerie nous en a inventé un programme inconnu et par machine à commander cerveau et voir notre vue image rétine œil... nous faire accuser nous tous sommes innocent de tout crime tort à autrui nous Jean Paule sommes innocents nous n'avons ni tué ni détruit ni porte du tort à autrui c'est la religion qui a inventé un procès avec des machines électroniques à commander le cerveau sommeil pensées maladies bêtes travail toutes fonctions du cerveau nous fait accuser de crimes que nous n'avons pas commis la preuve les papes s'appellent Jean XXIII au lieu de XXIV pour moi et Paul VI pour Paule l'Eglise a voulu inventer un procès et couvrir les maquis des voisins avec machine à commander le cerveau du monde et à voir la vue image de l'œil fait tuer les juifs à Hitler ont inventé crimes de notre procès.



PSYCHIATRIE DU VAL DE LOIRE

16 juin 2012

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

Matin
9 H 30

Introduction : Professeur J.-B. GARRÉ

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Angers

Professeur I. RICHARD

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Doyen de la Faculté de Médecine, Angers

Président de séance : Professeur J.-M. VANELLE

Professeur de Psychiatrie, Pôle Universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie, Hôpital Saint Jacques, Nantes

Modérateur : Professeur Ph. DUVERGER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Unité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Angers

10 H

Docteur Ph. GENEST

Psychiatre - Praticien Hospitalier, Chef de Service, Hôpital de Bohars, Brest
Entendre, écouter : de deux manières de faire avec le récit du patient ?

10 H 40

Professeur M. SEGUIN

Chercheuse, Groupe Mc Gill d'études sur le suicide (GMES), Institut Douglas, Professeur, Département de Psychologie et Psychoéducation, Université du Québec en Outaouais
Refaire la trajectoire de sa vie ou celle d'un proche décédé : reconstruction biographique chez des personnes ayant des conduites suicidaires

11 H 20

Docteur S. TISSERON

Psychiatre, Docteur en Psychologie, Psychanalyste. Directeur de recherches à l'Université Paris X Nanterre
S'exposer, se raconter, être raconté sur les réseaux sociaux : intimité et extimité dans la construction identitaire

12 H

Professeur R. WARTEL

Professeur des Universités, Angers
Histoire d'un fou : "Mémoires d'un névropathe" par le président Daniel Paul Schreber

12 H 40

Apéritif, rencontre sur les stands et déjeuner au Bas Dortoir

Après-midi

Président de séance : Docteur B. GOHIER

Praticien Hospitalier, Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Angers

Modérateur : Docteur E. DUMAS-PRIMBAULT

Psychiatre, Association des Psychiatres Ligériens, Angers

15 H

Docteur F. BERNA

Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie 1, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Récits autobiographiques et identité dans la schizophrénie: une approche expérimental

15 H 40

Professeur J.-M. VANELLE

Professeur de Psychiatrie, Pôle Universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie, Hôpital Saint Jacques, Nantes
De la contribution de quelques cas cliniques "littéraires" à l'observation en psychiatrie

16 H 20

Professeur J.-B. GARRÉ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Chef du Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Angers
"Mon cher Maître" – "Mon cher Docteur" : l'observation d'Emile Zola par Edouard Toulouse

18 H

Visite guidée de l'Abbaye



Introduction

Jean-Bernard GARRÉ

Chaque année, la Journée de Psychiatrie du Val de Loire propose une rencontre à l'Abbaye Royale de Fontevraud autour d'un thème de travail abordé sous la forme pluridisciplinaire de lectures croisées (psychiatrie, médecine, psychologie, psychanalyse, sociologie, philosophie, histoire...).

Fondées en 1986, nos Journées ont été consacrées dans les dernières années aux thématiques suivantes :

2001	<i>La Prescription. Entre science et croyance</i>
2002	<i>Enfermements. Entre contrainte et liberté</i>
2003	<i>La Beauté : remède, maladie ou vérité ?</i>
2004	<i>Sur le chemin. Voyage thérapeutique, voyage pathologique</i>
2005	<i>La mémoire et l'oubli</i>
2006	<i>Architecture, espaces et psychiatrie</i>
2007	<i>Alliance thérapeutique et refus de soins</i>
2008	<i>Déviances. Du difforme au monstrueux</i>
2009	<i>Ivresses</i>
2010	<i>Simulations</i>
2011	<i>Pudeurs et Impudeurs</i>

En 2012 les organisateurs proposent une rencontre autour du thème *Le récit clinique et ses genres*.

"Du moment que quelqu'un parle, il fait clair."

S. Freud

Trois essais sur la théorie de la sexualité

Nous venons au monde, remarque Alberto Manguel, avide de découvrir un récit en toute chose. Un récit nous précède. Un récit nous accompagne. Un récit nous suivra. Mais comment parler des autres et de soi ? Qu'est-ce qu'un récit ? Qu'est-ce que réciter ? se réciter ? Être récit ?

Si notre temps a choisi de préférer le récit à l'absence de parole et au secret, c'est sans doute que le récit serait pacifiant ; il apporterait la lumière et la sérénité ; il exorciserait les démons de la peur et de la culpabilité ; il rétablirait la continuité d'une histoire, là précisément où le fil de l'existence était menacé d'une coupure incompréhensible. La narration autorise de plus un échange et un partage, même si elle peut faire l'objet de versions polémiques et à raison même des possibilités qu'elle ouvre d'être pluralisée et contestée.

D'une manière globale, la mise en récit, la narrativité, l'exposition discursive, en dépit et peut-être à raison de leur caractère nécessairement construit, subjectif, incertain, aléatoire, peu validable, seraient thérapeutiques parce qu'elles apporteraient l'immense bienfait du sens : là où l'énigme ou l'absurde persistaient, là, un peu de sens, un peu d'ordre, un peu de cohérence peuvent s'introduire. A la question lancinante et insupportable du : pourquoi ? bien souvent, la seule réponse acceptable et efficace est celle du récit, de la mise en mots, du commentaire narratif, c'est-à-dire les réponses à la question du : comment ? La contextualisation narrative permet l'accès à la représentation et à l'histoire : c'est ainsi qu'une vie brisée, par exemple par un suicide, cesse pour partie d'incarner le tragique aveugle et sidérant d'un trauma, pour se transformer en destinée accessible au regret et au souvenir.

Mais de quel type de récit s'agit-il ? Quels en sont le statut et la fonction ? Comment aujourd'hui enregistrer les données de l'examen clinique et selon quelles procédures ? Quels filtres d'observation nos dossiers de cas, nos présentations, nos monographies, nos recueils utilisent-ils de façon plus ou moins implicite ? Quels choix nous font décider d'accorder importance et pertinence significatives à tel ou tel trait qui sera retenu quand il faudra il évoquer le patient, son histoire et ses troubles ? Comment s'organise et se transmet aujourd'hui la sémiologie du savoir clinique ?

Du côté du médecin : qu'en est-il aujourd'hui de l'observation clinique, en médecine et en psychiatrie ? A l'évidence, elle s'est transformée depuis plusieurs décennies, mais peut-on énoncer les règles et la logique de sa transformation ? et qu'est-ce, en 2012, qu'écrire un cas ?

Du côté du patient : récits de soi, biographies et autobiographies, documents et journaux intimes, nouveaux supports à la culture et au récit de soi... Qu'en est-il, en 2012, de l'exposition (ou de la surexposition) de soi ?

Pour qu'il y ait matière à observation, encore faut-il qu'il y ait de l'observable, de l'indexable, du récitable, du lisible, du regardable et du visible, qui vont définir autant de manières de voir et de régimes différents de visibilité, d'enregistrement et de figurabilité. Si l'on écarte l'hypothèse nominaliste, qui voudrait que les faits historiques n'ont d'autre réalité que le langage, l'écriture ou le support conventionnel qui les portent et les contiennent, rabattant l'histoire, requalifiée comme l'ensemble des procédés qui organisent la mise en intrigue de contenus narratifs, sur la fiction ou sur la rhétorique, si l'histoire clinique d'un trouble ne se confond pas avec le récit que le clinicien peut en faire, quels seraient pour nous, cliniciens, les matériaux équivalents à l'archive pour l'historien ?

Qu'est-ce qu'une trajectoire de vie, un *curriculum vitae* et quels en sont les scissions significatives, les *life-events* significatifs ? Où porter des limites à l'investigation ? Le projet d'un récit clinique exhaustif, qui contiendrait tous les récits possibles d'une existence, actuels et en cours, passés et à venir, est à coup sûr de l'ordre d'une utopie bourgeoise, mais quels fragments allons-nous élire pour y attacher regard et réflexion, sachant que nos patients mènent tous des doubles, sinon des triples ou de multiples, vies : qu'allons-nous faire de la somme de leurs rêves et de leurs souvenirs, de leurs espérances frustrées, de leurs attentes déçues et des secrets intimes qu'ils ne nous confieront jamais ? Qu'allons-nous faire du roman familial ?

Et enfin : à l'heure d'une "médecine sans le corps" (D. Sicard), dont l'objet, soumis à numérisations diverses, est un individu de plus en plus virtualisé, à l'heure d'une médecine sans chair, d'une pratique désincarnée déjà, désenchantée peut-être, à l'heure des transparences et des traçabilités, de l'accessibilité et des mises en réseaux des données, qu'avons-nous, au fond, à partager du dossier médical et pouvons-nous inventer de nouvelles manières de transmettre les événements cliniques et les histoires de cas, de nouveaux genres de récits cliniques, de nouvelles médiations et de nouvelles tâches narratives ?

Pr J.-B. Garré
Université d'Angers
Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale
CHU Angers



Entendre, écouter : de deux manières de faire avec le récit du patient ?

Philippe GENEST

L'histoire de la psychiatrie est depuis toujours marquée par cette dichotomie, certes parfois redondante ou manichéenne, qui veut distinguer ou opposer une clinique qui se prétend une clinique du sujet à celle qui se voudrait clinique de l'objet.

Depuis Freud qui très tôt s'est mis à écouter ses patientes hystériques, jusqu'aux progrès les plus récents de la clinique catégorielle qui construit son corpus sur ce qu'elle entend du malade, sans cesse se sont croisés et souvent heurtés ces points de vue. Il y aurait là quelque chose à opposer de l'observation, synchronique et sémiologique, et du cas, diachronique et historique. Pourtant, la psychanalyse aurait-elle le monopole du sujet ? Ou encore, la clinique psychiatrique serait-elle la seule à opérer la réduction méthodologique nécessaire à l'acte diagnostique ?

Nous nous proposons d'explorer ces différents destins du récit du patient d'un point de vue historique, mais aussi épistémologique, pour, au terme de ce parcours, proposer une posture éthique pour le clinicien.

Mezzich J.-E., Salloum I. -M., *Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis*, *World Psychiatry* 7 :1, 02-2008

Demangeat M., *Clinique médicale, clinique psychiatrique, clinique psychanalytique*, *Sud/Nord*, 2006/1 n°21

Kirk S., Kutchins H., *Aimez-vous le DSM ? Empêcheurs de penser en rond*, 1998

Kipmann S.-D., *Les destins croisés de la psychiatrie et de la psychanalyse*, Doin, 2005

Coll., *Médecine, psychiatrie, psychanalyse. Pour une éthique commune*, Campagne première, 2010

Darcourt G., *La psychanalyse peut-elle être encore utile à la psychiatrie ?*, Odile Jacob, 2006

Corcos M., *L'homme selon le DSM : le nouvel ordre psychiatrique*, Albin Michel, 2011



Refaire la trajectoire de sa vie ou celle d'un proche décédé : reconstruction biographique chez des personnes ayant des conduites suicidaires

Monique SEGUIN

Comment reconstruire la trajectoire de vie pour des fins de recherche ? Comment parler de sa vie ou de la vie d'une personne décédée avec des proches endeuillés ? L'utilisation d'un calendrier de vie permet un rappel rétrospectif des grands événements qui ont jalonné la vie. En reprenant une séquence qui suit les étapes du développement, les participants sont invités à raconter et à décrire, à travers la richesse de différentes anecdotes, les événements d'adversités ou de protection qui ont construit leur vie.

Créer un contexte d'entrevues dans lequel ces anecdotes sont accueillies, malgré qu'elles s'opposent parfois à la perception des événements qu'en ont les individus, particulièrement lorsque qu'il s'agit de refaire la trajectoire de la vie d'une personne décédée après suicide : ce sont des défis qui exigent une méthodologie à la fois souple et rigoureuse, et qui n'est pas une démarche de psychothérapie mais qui doit être thérapeutique.

Ces récits de vie sont recueillis auprès de plusieurs personnes et permettent d'avoir accès à une masse de données qualitatives importantes. Dans un deuxième temps, les chercheurs transforment ces données qualitatives en données quantitatives afin d'en tirer des conclusions scientifiques pertinentes pour la prévention ou l'intervention du suicide.

Séguin, Monique, Alain Brunet, Line LeBlanc. *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (2ed). Montréal : Gaetan Morin, 2011.

Séguin, Monique. Séguin, M., Bernard, P., Bournival, C., Cabot, S., DiMambro, M., Lagacé-Labonté, C., McGirr, A., René, J.S., Thériault, H., Tremblay, N., & Turecki, G. (2009). *Le suicide : comprendre pour le prévenir*. Montréal : Éditions au Carré, 2009.

Séguin, Monique. Terra, J.L., & Séguin, M. (2008). *Coordination scientifique de l'édition française et traduction de Shea, S.C.. Évaluation du potentiel suicidaire : Comment intervenir pour prévenir*. Coordination scientifique de l'édition française, Paris . Elsevier. , 2008.

Séguin, Monique. Lafleur, C., & Séguin, M. (2008). *Intervention en situation de crise suicidaire : Techniques de la conduite de l'entretien de crise*. Québec : Presses de l'Université Laval. , 2008.

Séguin, Monique. Lafleur, C., Séguin, M. (2008) *Intervention en situation de crise suicidaire : Techniques de la conduite de l'entretien de crise*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2008.

Séguin, Monique, F. Roy, M. Bouchard, R. Boyer, G. Gallagher, C. Gravel, S. Raymond. *Intervenir à la suite d'un suicide : Programme de postvention en milieu scolaire*. Montréal : Éditions Logiques, 2005.

Séguin, Monique. *Guide pratique de stratégies d'aide auprès de personnes en deuil*. Montréal : Éditions Logiques, 2004.

Séguin, Monique, Lucie Fréchette. Le deuil : une souffrance à comprendre pour mieux intervenir. 2e Edition. Montréal : Logiques, 1999.

Séguin, Monique, P. Huon. Le suicide : comment prévenir, comment intervenir. 2e édition. Montréal : Logiques, 1999.

Séguin, Monique, Lucie Fréchette. Le deuil : une souffrance à comprendre pour mieux intervenir. Montréal : Éditions Logiques, 1995.

Séguin, Monique. Le suicide : comment prévenir, comment intervenir ?. Montréal : Logiques, 1991.

Séguin, Monique (2008). Méthode de l'autopsie psychologique. (pp. 77-102) In, INSERM, Expertise opérationnelle - Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées, mai 2008. INSERM Eds.



S'exposer, se raconter, être raconté sur les réseaux sociaux : intimité et extimité dans la construction identitaire

Serge TISSERON

Nous avons besoin des autres pour nous découvrir. Le désir d'extimité correspond à ce désir. Il consiste dans le fait de montrer certains éléments de notre vie intime afin d'avoir un retour sur leur valeur. Il porte sur des parties de soi jusque-là gardées secrètes et sur la reconnaissance de leur originalité.

On a besoin d'intimité pour construire les fondations de l'estime de soi, mais la construction complète de celle-ci passe ensuite par le désir d'extimité. Ce désir pousse à faire une thérapie, mais aussi aujourd'hui à se raconter sur un réseau social, voire à y exposer ce qu'on cache à son médecin. La tentation peut exister pour celui-ci d'aller l'y voir, d'autant plus que certains patients y encouragent leur thérapeute.

Bibliographie

S. Tisseron

Vérités et mensonges de nos émotions, Albin Michel, 2005

La Résilience, PUF Que sais-je ? 2007

Virtuel, mon amour ; penser, aimer, souffrir à l'ère des nouvelles technologies, 2008, Paris, Albin Michel

Les secrets de famille, PUF Que sais-je ? 2011

Rêver, fantasmer, virtualiser, du virtuel psychique au virtuel numérique, Paris : Dunod, 2012



Histoire d'un fou : "Mémoires d'un névropathe" par le Président Daniel Paul Schreber

Roger WARTEL

Le titre est banal mais les conséquences en sont essentielles grâce à un lecteur, un défricheur, qui en 1911 nous lègue que le délire est une création. Tout aussi bien que la langue originale qui le fonde et les hallucinations qui l'authentifient.

Un demi siècle plus tard, le "retour à Freud " sera la main courante quiconque parlerait de Psychose. C'est un pas supplémentaire que nous ferions Lacan pour accéder à une manœuvre nouvelle, celle d'un « traitement possible psychose ».



Récits autobiographiques et identité dans la schizophrénie : une approche expérimentale

Fabrice BERNA

L'anamnèse, qui est à la base de notre pratique clinique, consiste à « rappeler à la mémoire » certains événements vécus personnellement par nos patients. En d'autres termes, elle interroge leur mémoire autobiographique et leur capacité de mettre en récit leurs souvenirs. Au cours des dernières décennies, les recherches et les méthodes issues des sciences cognitives ont conduit au développement d'outils cliniques permettant une exploration structurée des souvenirs autobiographiques. Martin Conway a également proposé un modèle cognitif appelé « Système Self-Mémoire » qui opérationnalise les relations réciproques existant entre les souvenirs autobiographiques et ce qui nous définit en tant qu'individu : notre identité subjective (ou self). Ce modèle rend ainsi possible l'évaluation de certaines composantes de l'identité subjective grâce à l'exploration du récit d'événements vécus personnellement.

Nos recherches se sont intéressées à la schizophrénie, une maladie mentale qui s'accompagne de perturbations profondes de l'identité subjective. Ces perturbations ont été identifiées dès les premières descriptions de la maladie, mais leur analyse et leur compréhension n'ont reposé jusqu'alors que sur une approche clinique et philosophique. Nous avons souhaité comprendre la nature et les mécanismes cognitifs de ces perturbations en explorant les caractéristiques des récits d'événements autobiographiques des patients souffrant de schizophrénie. Nous avons basé notre travail sur les modèles cognitifs décrits plus haut et montré ainsi que les récits autobiographiques des patients sont vagues et peu détaillés, ceci traduisant l'altération d'une première composante du self correspondant au sentiment-même de soi. La seconde composante du self qui se réfère aux représentations de soi est également affectée par la maladie et repose sur des récits d'événements flous, peu intégrés et mal organisés. Nous concluons notre présentation en discutant les implications thérapeutiques découlant de nos travaux.

1. Morise C, Berna F, & Danion J-M. (2011) The organization of autobiographical memory in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 128(1-3):156-160.
2. Berna F, Bennouna-Greene M, Potheegadoo J, Verry P, Conway MA, Danion J-M. (2011) Impairment of Meaning Making relating to Self-Defining Memories in Patients with Schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 20(3):703-711.
3. Berna F, Bennouna-Greene M, Potheegadoo J, Verry P, Conway MA, & Danion J-M (2011) Self-Defining Memories related to Illness and their Integration into the Self in Patients with Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(1):49-54.
4. Bennouna-Greene M, Berna F, Conway MA, Rathbone CJ, Vidailhet P, Danion J-M. (2012) Self-images and related autobiographical memories in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 21(1):247-57.
5. Danion JM, Huron C, Vidailhet P, Berna F. (2007) Functional mechanisms of episodic memory impairment in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 52(11):693-701.



De la contribution de quelques cas cliniques "littéraires" à l'observation en psychiatrie

Jean-Marie VANELLE

Comment mieux développer son apprentissage professionnel de psychiatre qu'en recourant à la lecture ? Qu'importe le genre : fiction, mémoires, poésie..., puisque rien de l'humain ne semble échapper au scalpel de l'écrivain. S VIZINCZEY soulignait lui-même qu' « un grand écrivain est comme un grand scientifique : grâce à son œuvre, quelque chose de vital est révélé au monde ».

Plusieurs personnages de notre patrimoine littéraire illustreront notre propos :

-Louis Lambert, classé par Honoré de BALZAC parmi les œuvres philosophiques de la *Comédie humaine*, première description en 1832 d'une personne atteinte de schizophrénie, avant que la description de cette entité clinique ne soit bien plus tard individualisée par les psychiatres allemands ou français ;

-Emma Bovary, de Gustave FLAUBERT, prototype d'un profil psychopathologique, à l'origine du concept de bovarysme ;

- de Bélise, vieille fille érotomane des *Femmes savantes* à Argan, le malade imaginaire, parmi les nombreux personnages des comédies de MOLIERE ;

- *Une histoire sans nom*, parue en 1882, présentant la description par Jules BARBEY d'AUREVILLY d'une bien curieuse histoire à laquelle est désormais attachée une des pathomimies les plus célèbres : Lasthénie de Ferjol.

C'est à ce don d'observation clinique que nous souhaitons rendre un hommage admiratif et passionné.

Honoré de Balzac *Louis Lambert, Les Proscrits, Jésus-Christ en Flandre*, Folio classique. Gallimard Ed, Paris.

Barbey d'Aurevilly *Une histoire sans nom, Oeuvres romanesques complètes*. Tome 2. Bibliothèque de la pléiade. Gallimard Ed, Paris : 264-364.

Flaubert G *Madame Bovary*. Folio classique. Gallimard Ed, Paris.

Molière *Oeuvres complètes*, Tome 1 et 2. Bibliothèque de la pléiade. Gallimard Ed, Paris.

Vizinczey S. *Vérités et mensonges en littérature*, Ed du Rocher ; Anatolia, Monaco, 2001, 362p.



"Mon cher Maître – mon cher Docteur " : l'observation d'Emile Zola par Edouard Toulouse

Jean-Bernard GARRÉ

En 1896, un jeune chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris se propose pour sujet d'étude l'observation la plus minutieuse et scientifique possible d'un illustre contemporain, alors au faite de sa gloire littéraire après qu'il eut terminé par *Le Docteur Pascal* le cycle des Rougon-Macquart. Zola a 56 ans, Edouard Toulouse à peine 30.

Cette longue enquête médico-psychologique, qui prenait le relais d'une tradition déjà ancienne de pathographies et d'études médico-historiques, vise à clarifier "les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie" et entreprend à nouveaux frais de problématiser *in vivo* les rapports du génie et de la folie.

L'enquête, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, met Zola en fiches, tableaux, diagrammes et graphiques. Le projet est celui de l'observation scientifique et médicale exhaustive d'un grand écrivain qui va être mesuré dans toutes ses dimensions et traité, si l'on veut, comme un aliéné ou un criminel.

Le tout de l'intimité y est méthodiquement et scrupuleusement exposé, mis à plat, analysé, avec la collaboration active du principal intéressé, qui devient doublement sujet de l'étude : antécédents héréditaires et personnels, développement, examen physique, anthropométries diverses, nutrition et régime alimentaire, denture, vision, audition, olfaction, sexualité, sensibilité à tous les modes, examen graphologique, examen psychologique qui s'aide de la pratique de tests en grand nombre, langage, mémoire, attention, cognitions et émotions, temps de réaction aux stimuli, association d'idées, jugement, imagination etc., sans oublier la chimie des urines et les particularités de la dactyloscopie...

Le Maître du Naturalisme se prête d'autant mieux à ce rôle de cobaye ou de matière à observation qu'il a lui-même voulu appliquer au roman la méthode expérimentale de Claude Bernard. Cette observation, qui se veut totale, est donc assimilée à une sorte de vivisection : non pas ou non plus, comme dans les pathographies, l'enquête autoptique d'une médecine rétrospective, mais une vivisection qui est aussi une auto-expérimentation, l'écrivain contribuant à sa propre dissection.

En dehors d'un effet de scandale, les données de l'enquête déçoivent et n'apportent aucun résultat saillant à la science et en particulier à l'objectif visé, des relations entre créativité et névropathie . En revanche, c'est bel et bien la littérature, ou plus exactement la critique littéraire, qui va y trouver un matériau biographique de choix.

Toulouse, convaincu dans son positivisme de s'être mis au service de la science et du progrès des connaissances médicales, a fait œuvre de ... littérature. Nous interrogeons le statut de cet objet étrange et inédit : confession ? biographie ? autobiographie (à deux) ? enquête scientifique ? observation médico-psychologique ? document clinique ? nouveau genre littéraire ? *case report* ? *self tracking* ?

En tous les cas, cet objet inclassable fit scandale dans une France fin-de-siècle qui jugea impudique une telle exhibition de soi. Face à la posture rousseauiste du romancier qui donne son aval à l'entreprise de Toulouse « parce que je n'ai jamais rien caché, n'ayant rien à cacher », un autre romancier, praticien subtil du secret et d'un silence protecteur de l'intimité, qui publie dans la même année 1896 *The Figure in the Carpet*, élève, quant à lui, la voix discrète de la réserve et du retrait : notre vie privée exige « silence et secret » qui font partie des « victoires de la civilisation ».

L'utopie totalitaire de Toulouse est désormais à portée de nos moyens techniques et il est sans doute possible d'enregistrer et de sauvegarder au moins quelques unes des millions de traces que nous laissons derrière nous. Mais n'est-ce pas confondre paramétrage et connaissance ? information et vérité ?

A. BINET « E. Toulouse. *Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Introduction générale. Emile Zola*. Paris, 1896 », *L'année psychologique*, 1896, 3, 620-628.

P. BOURDIEU *L'illusion biographique. Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*. Seuil, 1994.

F. BROWN *Zola. Une vie*. Paris, Belfond, 1996.

J. CARROY-THIRARD « Hystérie, théâtre, littérature au XIX^{ème} siècle », *Psychanalyse à l'Université*, mars 1982, 299-317.

J. CARROY *Hypnose, suggestion et psychologie. L'invention du sujet*. PUF, 1991.

J. CARROY « *Mon cerveau est comme dans un crâne de verre : Emile Zola sujet d'Edouard Toulouse* », *Revue d'histoire du XIX^{ème} siècle*, 2000, 20-21, 181-202.

J. CARROY et N. RICHARD *La découverte et ses récits en sciences humaines. Champollion, Freud et les autres*. L'Harmattan, 1998.

A. CORBIN, J.J. COURTINE, G. VIGARELLO *Histoire du corps. Tome 2 : De la Révolution à la Grande Guerre*. Seuil, 2005.

A. FERNANDEZ-ZOÏLA « Les névropathies de Zola », *Les Cahiers naturalistes*, 1983, 29, 57, 33-49.

C. GUINZBURG « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, octobre 1980, 6, 1-44. Repris dans *Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et histoire*. Verdier poche, 2010, 218-294.

M.D. GRMEK « Histoire des recherches sur les relations entre le génie et la maladie », *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 1962, 15, 1, 51-68.

M. HUTEAU *Psychologie, psychiatrie et société sous le Troisième République : la biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*. L'Harmattan, 2002.

H. JAMES *Nouvelles complètes*. Gallimard, 2011.

G. LANTÉRI-LAURA *Psychiatrie et connaissance. Essai sur les fondements de la pathologie mentale*. Sciences en situation, 1991.

Giovanni LEVI « Les usages de la biographie », *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1989, 6, 1325-1336.

- C. LOMBROSO « Emile Zola d'après l'étude du Docteur Toulouse et les nouvelles théories du génie », *La semaine médicale*, 1897, 17, 1-5.
- L. MURAT *L'homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*. Gallimard, 2011.
- R. QUENEAU *Aux confins des ténèbres. Les fous littéraires*. Gallimard, Les Cahiers de la NRF, 2002.
- V. SEGALEN *L'observation médicale chez les écrivains naturalistes*. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Bordeaux, 1902.
- E. TOULOUSE *Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Introduction générale. Emile Zola*. Société d'éditions scientifiques, 1896.
- E. ZOLA *Carnets d'enquêtes, une ethnographie inédite de la France*. Présentation d'Henri Mitterand, Plon, 1987.
- E. ZOLA *Le roman expérimental*. GF Flammarion, 2005.

PSYCHIATRIE DU VAL DE LOIRE



XXVIIIème JOURNEE DE FONTEVRAUD

15 JUIN 2013

TRANSMETTRE

Comité d'Organisation

Dr P. ANGLADE, Dr G. AVARELLO, Dr J. BIENVENU, Dr M. BRIERE, Dr J. BROCHET-GUEGAN, Dr J.-J. CHAVAGNAT, Dr C. COURTOIS, Dr D. DENES, Dr A. DESORMEAUX, Dr E. DUMAS-PRIMBAULT, Dr F. DURAND-VIEL, Pr Ph. DUVERGER, Dr A. ETIENNE, Pr F. GARNIER, Pr J.-B. GARRE, Dr B. GOHIER, Dr A. GUILLEMIN, Dr Ph. HENRY, Dr D. LEGUAY, Dr V. LEON, Dr D. LEVY-CHAVAGNAT, Dr J.-P. LHUILLIER, Dr J. MALKA, Dr P.-L. MARIE, Dr D. MAZET, Dr C. MESU RARES, M. J.-M. MOUILLIE, Dr A. MOUSELER, Pr D. PENNEAU-FONTBONNE, Dr E. QUEZEDE, Dr D. ROBERT, Pr Y. ROQUELAURE, Dr D. ROUSSEAU, Dr C. RUCHETON, Dr B. VERRECCHIA, Pr R. WARTEL

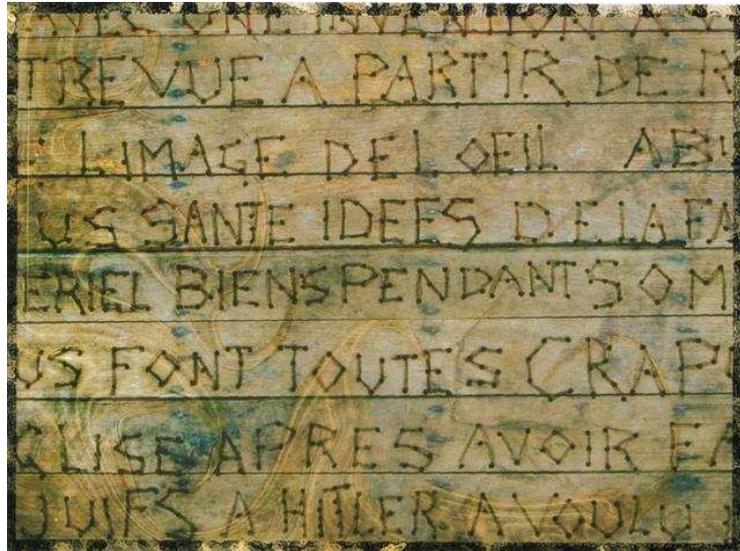
Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Angers
Département de Sciences Humaines et Sociales de la Faculté de Médecine d'Angers
Pôle 7, Centre de Santé Mentale Angevin
Association Angevine pour la Recherche en Psychiatrie
Association des Psychiatres Ligériens

Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale – CHU ANGERS
4, rue Larrey – 49933 ANGERS CEDEX 9 – Tél. : 02 41 35 32 43
Fax : 02 41 35 49 35
Courriel : Psychiatrie-Adultes@chu-angers.fr

Retrouvez les informations et archives
sur les Journées de Fontevraud et la Psychiatrie Angevine
sur le site : Portail de la Psychiatrie Angevine
http://med2.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/

Nous remercions vivement les firmes pharmaceutiques qui participent à cette journée :
ASTRAZENECA - BMS-OTSUKA – JANSSEN - LUNDBECK – SERVIER

Pour illustrer le thème de notre Journée consacrée au récit clinique, nous avons retenu une image, qui reproduit le plancher dit de Jeannot, que beaucoup de praticiens connaissent pour l'avoir vu à Paris, rue Cabanis.



Le plancher de Jeannot
Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris
Avec l'aimable autorisation de Bristol-Myers Squibb

Nous en avons résumé l'histoire dans la présentation de notre colloque. En quelques mots : il s'agit d'un grand (15 m²) morceau de parquet gravé et poinçonné. Il a été réalisé dans les années 1970 par un jeune paysan psychotique du Béarn qui, après que son père se soit suicidé, s'était confiné dans la ferme familiale en compagnie de sa sœur et de leur mère. Au décès de celle-ci, il enterre son cadavre sous l'escalier de la maison, non sans l'avoir muni d'un viatique (bouteille de vin, saucisson), d'une pelote de laine et d'aiguilles à tricoter. C'est alors que Jeannot commence à graver le parquet de sa chambre pour décéder quelques semaines plus tard en se laissant mourir de faim.

Le devenir du plancher est tout aussi étonnant : un moment en possession de Guy Roux, médecin actif à la Société Française de Psychopathologie de l'Expression, il est cédé au laboratoire BMS. Après avoir été plusieurs fois exposé (à la Bibliothèque Nationale de France, à la Halle Saint-Pierre de Montmartre), il se retrouve au Centre Hospitalier Sainte Anne et dressé sur le trottoir de la rue Cabanis depuis dix ans.



Tous ceux qui ont vu ce plancher où un délirant a gravé le récit de son délire dans le sol, ont été frappés par l'intensité du degré de souffrance et de malheur qui s'en dégage.



Jean-Pierre Olié trouvait selon lui que Jeannot s'était "comme crucifié lui-même sur ce plancher", en y clouant son délire. Et il est vrai que ce poinçonnage peut renvoyer aux clous de la Passion et à une douleur véritablement excruciante. Il est vrai également qu'ici même, sur certains murs des temps pénitentiaires de l'Abbaye, nous pourrions déchiffrer des témoignages aussi bouleversants.

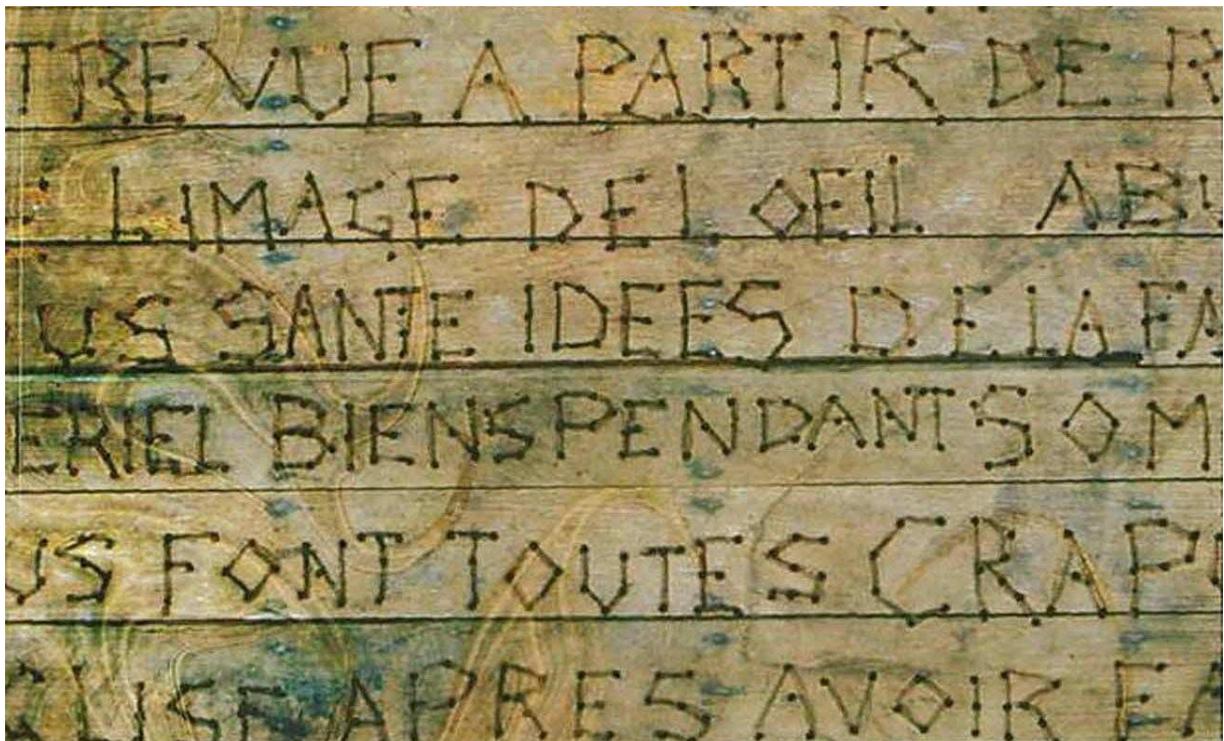


Je crois aussi que la force graphique impressionnante de cette œuvre, l'énergie désespérée de ces épigraphies délirantes, tiennent au fait que nous avons devant nous un délire, c'est-à-dire un texte, un récit délirant, qui a la particularité d'être identifié à son support : un délire identifié à sa référence sensible et matérielle.

Comparez l'image et le texte : le texte est dématérialisé, désingularisé, il pourrait être porté par d'autres mediums, il est virtualisable ; l'image du plancher nous donne la matérialisation et la référence sensible de l'activité délirante, elle nous installe avec Jeannot dans la matérialité de son délire. Et c'est sans doute ce qui nous touche et nous stupéfie.

Texte du plancher

La religion a inventé des machines à commander le cerveau des gens et bêtes et avec une invention à voir notre vue à partir de rétine de l'image de l'oeil abuse de nous santé idées de la famille matériel biens pendant sommeil nous font toutes crapulerie l'Eglise après avoir fait tuer les juifs à Hitler a voulu inventer un procès type et diable afin prendre le pouvoir du monde et imposer la paix aux guerres l'Eglise a fait les crimes et abusant de nous par électronique nous faisant croire des histoires et par ce truquage abuser de nos idées innocentes religion a pu nous faire accuser en truquant postes écoute écrit et inventer toutes choses qu'ils ont voulu et depuis 10 ans et abusant de nous par leur invention a commandé cerveau et à voir notre vue à partir image rétine de l'oeil nous faire accuser de ce qu'il nous font à notre insu c'est la religion qui a fait tous les crimes et dégâts et crapulerie nous en a inventé un programme inconnu et par machine à commander cerveau et voir notre vue image rétine oeil... nous faire accuser nous tous sommes innocent de tout crime tort à autrui nous Jean Paule sommes innocents nous n'avons ni tué ni détruit ni porte du tort à autrui c'est la religion qui a inventé un procès avec des machines électroniques à commander le cerveau sommeil pensées maladies bêtes travail toutes fonctions du cerveau nous fait accuser de crimes que nous n'avons pas commis la preuve les papes s'appellent Jean XXIII au lieu de XXIV pour moi et Paul VI pour Paule l'Eglise a voulu inventer un procès et couvrir les maquis des voisins avec machine à commander le cerveau du monde et à voir la vue image de l'oeil fait tuer les juifs à Hitler ont inventé crimes de notre procès.



Pr J.-B. Garré

Université d'Angers

Entendre, écouter : de deux manières de faire avec le récit du patient ?

Philippe Genest – CHRU Brest

L'histoire de la psychiatrie est depuis toujours marquée par cette dichotomie, certes parfois redondante ou manichéenne, qui veut distinguer ou opposer une clinique qui se prétend une clinique du sujet à celle qui se voudrait clinique de l'objet. Depuis Freud qui très tôt s'est mis à écouter ses patientes hystériques, jusqu'aux progrès les plus récents de la clinique catégorielle qui construit son corpus sur ce qu'elle entend du malade, sans cesse se sont croisés et souvent heurtés ces points de vue. Il y aurait là quelque chose à opposer de l'observation, synchronique et sémiologique, et du cas, diachronique et historique. Pourtant, la psychanalyse aurait-elle le monopole du sujet ? Ou encore, la clinique psychiatrique serait-elle la seule à opérer la réduction méthodologique nécessaire à l'acte diagnostic ? Nous nous proposons d'explorer ces différents destins du récit du patient d'un point de vue historique, mais aussi épistémologique, pour, au terme de ce parcours proposer une posture éthique pour le clinicien.

Quand le professeur Garré m'a invité à travailler avec vous sur cette vaste question du récit clinique et de ses genres, l'une des portes d'entrée, pour apporter ce point de vue sur la clinique que je vous propose, m'est apparue avec la force de l'évidence : distinguer entre entendre d'une part et écouter d'autre part. Il y aurait ainsi deux cliniques. L'une, par l'écoute, serait sensible à ce qui se dit derrière ce qui s'entend ; l'autre, suspendue à ce qui s'entend, loin de ce qui se dit, s'attacherait à une taxinomie de cette matière sonore. C'est peut-être réducteur, caricatural, manichéen. Explorons pourtant cette piste et voyons où elle nous conduit, car même si savoir compter jusqu'à deux ça n'est pas beaucoup, c'est infiniment mieux que de ne pas dépasser un...

Distinguer entre écouter et entendre revient donc à reconnaître au clinicien que nous sommes, le droit de s'attacher à une partie seulement du récit du patient, distinction entre, disons, l'implicite et l'explicite. Retournons le problème et plaçons-nous du côté de celui qui parle, de ce patient qui nous occupe. Peut-il parler pour ne rien dire ? L'on pourrait paraphraser le texte de Raymond Devos : « Docteur... Je vous signale tout de suite, je vais parler pour ne rien dire ». C'est un sujet de terminale ça, de savoir si l'on peut parler pour ne rien dire... Répondre par l'affirmative légitimerait l'opération qui consisterait à se priver du dire. On peut certes, en parlant, ne rien vouloir dire. Pourtant, loin de la seule fonction dénotative du langage, alors pure description du référent – ce dont on parle –, se cachent mille autres fonctions qu'elles soient expressives (extérioriser ses sentiments), conatives (provoquer une réaction), poétiques, performatives ou métalinguistiques. Même la langue de bois, cet art du parler pour ne rien dire, en dit long sur la posture de celui qui parle ! Une parole même insignifiante n'est pas totalement non signifiante et le sens se construit chez le locuteur ou le récepteur. Ainsi, en admettant que parler c'est dire, que le sujet est immanquablement présent quand il parle, même pour ne rien dire ou pire sans savoir ce qu'il dit, en ne s'intéressant qu'au parler pour délaisser le dire, on se prive de quelque chose. C'est une opération de réduction au sens scientifique du terme, une opération expérimentale qui consiste à sélectionner quelque chose du

vaste ensemble de propos qui nous proviennent de notre patient et à construire le dispositif qui permet l'étude de ce nouvel objet. C'est, véritablement, une opération de coupure, une opération de séparation qui construit deux substances : d'un côté du dire, qui renseigne sur le locuteur, le sujet, de l'autre côté du parler qui renseigne sur le référent, l'objet. Le moins que l'on puisse dire est que cette opération n'est pas récente. On pourrait la faire remonter à Descartes et à la séparation qu'il propose entre la substance étendue, le corps objet de la médecine et la substance pensante, l'âme qui pourrait être l'objet de la psychologie¹. Mais aussi plus tard, Esquirol qui sépare les épileptiques des aliénés, puis 1968 où l'on sépare la neurologie de la psychiatrie, la première étant spécialiste des troubles structurels, la seconde des troubles fonctionnels de l'appareil neurologique... Bref, ou c'est physique, ou c'est psychique ! D'un côté « ça parle », « ça produit de l'information » en lien avec la substance étendue et l'univers des causes physiques, de l'autre « ça dit », « ça se raconte » en lien avec la substance pensante et le monde des motifs, des raisons, des histoires, petites ou grandes. De là sont nés, il faut le dire, tous les conflits, toutes les tensions, mais aussi tous les espoirs ou les illusions de rencontre, de fusion... La psychiatrie n'a jamais cessé, au cours de son histoire, de croiser ces deux points de vue, d'un côté l'organicisme, de l'autre le psychologisme. Je ne parle pas ici de psychanalyse, elle est elle-même écartelée, nous y reviendrons. Il revient seul à Henri Ey, me semble-t-il, d'occuper une position tierce avec l'organodynamisme, encore que lui-même reconnaisse l'irréductibilité de l'écart organo-clinique.

Pourtant aujourd'hui, au 21^e siècle, nous sommes de plain-pied dans l'espoir de la rencontre de l'âme et du corps. Non pas la position centrale de Henri Ey – et l'on sait que les positions au centre ne sont pas les plus confortables –, mais la position qui voudrait que l'âme se fondît définitivement dans le corps et qu'à terme la connaissance du corps suffise à dire quelque chose de l'âme. Les neurosciences ambitionnent ainsi de réduire l'esprit tout entier à quelque chose du truchement des neurones. Vous me direz que ce n'est pas très grave, qu'il s'agit des fous. Mais, en plus du fait de parler de neuropsychiatrie à nouveau, ce qui pour certains est un moindre mal dans l'histoire de la discipline, on se met à parler de neuropsychanalyse, de neuroéthique, de neurophilosophie, de neurothéologie et, plus dernièrement de neuromarketing. Ce n'est plus à un avatar d'un champ de spécialistes, mais à une véritable mutation anthropologique que l'on assiste, à la (re)naissance d'une « certaine idée de l'homme »². Je ne peux pas résister au fait de vous lire ce que les Churchland, philosophes matérialistes affirment : « *Le matérialisme éliminativiste est la thèse suivant laquelle*

¹ Cela semble être une interprétation hâtive de la pensée cartésienne qui serait plus encline à penser, par la métaphysique, à ressaisir l'unité des deux substances sans exalter l'antinomie entre elles. La médecine comme science aurait à s'intéresser à des êtres composés d'une âme et d'un corps.

² Ceci n'est pas nouveau, il n'est qu'à se référer à l'ouvrage de Julien Onfray de la Mettrie « L'homme machine » paru en 1748.

notre conception commune des phénomènes psychologiques constitue une théorie radicalement fautive, à ce point déficiente que ses principes et son ontologie seront un jour non pas réduits en douceur, mais remplacés par les neurosciences parvenues à maturité ». Et de nous proposer, sur le strict modèle des sciences physiques, une mise en équation des comportements humains :

$$(x)(p)[((x \text{ désire de tout son cœur que } p) \& (x \text{ apprend que } \sim p)) \rightarrow (\text{sauf une force de caractère exceptionnelle, } x \text{ est bouleversé que } \sim p)]$$

qui équivaudrait à :

$$(x)(P)(V)(m)[((x \text{ a une pression de } P) \& (x \text{ a un volume } V) \& (x \text{ a une quantité } M)) \rightarrow (\text{sauf à une très haute pression ou densité, } x \text{ a une température de } PV/mR)]^3$$

L'on m'opposera le radicalisme d'une telle position, et le fait que tous les savants ne sont pas éliminativistes ou partisans de « l'esprit cerveau » à ce point réductionnistes. Je vous l'accorde. Cependant il faut bien l'admettre, la recherche actuelle en psychiatrie, la recherche qui compte veux-je dire, et bien elle ne concerne que le cerveau et ses avatars embryologiques et génétiques, cognitifs et informationnels, infectieux ou chimiques. Et la clinique dans tout cela ? Et bien il s'agit d'une clinique « sur mesure », d'une clinique « préparée ». D'ailleurs Paul Bercherie le rappelle⁴, la clinique psychiatrique est toute entière issue de l'aliénisme et, la bascule de la folie du sacré vers les sciences sous l'égide du rationalisme des lumières, ancre définitivement cette clinique dans la médecine. La médecine fournit ainsi à la psychiatrie son appareil conceptuel méthodologique et technique à travers ses concepts pratiques de base (le normal et pathologique, avec ses corollaires que sont la maladie, la guérison, le traitement, etc.) et aussi sa méthodologie (observation fondée sur l'ascèse du regard, de l'écoute en l'occurrence, modèle d'identification nosologique calqué sur la méthode anatomoclinique, à savoir le fait de rapporter un syndrome à sa source étiologique). Rien n'a changé de cet ancrage organogénétique qui structure les doctrines qui encadrent la clinique psychiatrique depuis ses débuts. Ce qui relève de la compréhension ou ce qui est réductible dans le discours du patient ou son comportement se situe hors du champ de pertinence du discours psychiatrique, « *du côté de la psychologie et de la sociologie* »⁵. L'on pourrait ramasser le propos en soutenant que la clinique psychiatrique est entièrement, et depuis le début, inscrite dans un modèle biomédical. J'illustrerai mon propos par quelques données issues d'une très intéressante thèse d'ethnologie soutenue en 2009 et dirigée par Alain Ehrenberg⁶. L'auteur a accompagné pendant plusieurs années

³ Churchland, P. (1981). Le matérialisme éliminativiste et les attitudes propositionnelles. Philosophie de l'esprit. Psychologie du sens commun et sciences de l'esprit. D. Fissette et P. Poirier. Paris, Vrin: 116-151.

⁴ Bercherie, P. (2005). Clinique psychiatrique, clinique psychanalytique. Paris, L'Harmattan. p. 59.

⁵ *Ibid.* p. 60.

⁶ Moutaud, B. (2009). C'est un problème neurologique ou psychiatrique? Ethnologie de la stimulation cérébrale

l'équipe et certains patients du Centre d'Investigation Clinique de la Salpêtrière autour de la prise en charge des TOC par la stimulation cérébrale profonde. Ainsi rend-il compte de cette mutation anthropologique et sociologique à partir de l'application aux TOC de ces « *neurosciences en actions* »⁷, ceci autour de quelques arguments clefs. D'une part il prend acte de la prise de pouvoir dans le champ de la psychiatrie des sciences cognitives et de la biomédecine ainsi que de l'institutionnalisation de la clinique qui s'y rattache, ceci au travers des classifications contemporaines des troubles mentaux (CIM et DSM). D'autre part, il constate au minimum la convergence voire la réunion entre neurologie et psychiatrie, le TOC trouvant dans ce cas une origine neuronale et se réalignant avec la maladie de Parkinson et le syndrome de Gilles de la Tourette⁸. Enfin, il constate les effets de l'appropriation par le patient du TOC comme maladie ou plutôt handicap cérébrocentré, avec un patient « déculpabilisé », au symptôme localisable, aux souffrances détachées de son être, extérieures à celui-ci. Les sujets ne sont plus les producteurs de leurs troubles : « leur cerveau leur a fait faire ». Ceci évoque le titre du livre de Stenrberg: « *My brain made me do it: the rise of neuroscience and the threat to moral responsibility* » dans lequel il questionne l'impact du progrès des neurosciences sur le libre arbitre et l'autonomie. Tout ceci a bien sûr des effets sur la clinique dont la fonction est essentiellement descriptive, figée sur l'observable. C'est, nous le disions, une clinique réduite, appuyée sur une évaluation objective et l'idée d'un spectre non pas continu, mais discret entre le normal et le pathologique. Un exemple de cette réduction en médecine pourrait être celui que Jean-Pierre Lebrun rappelle concernant ce patient qui dit à son médecin son angoisse de constater que, au retour d'une kermesse de village « il était comme s'il pissait le sang », en face de quoi le médecin note d'un mot sur son carnet : « hématurie »⁹. On ne reprochera pas au médecin d'avoir opéré cette réduction qui, sans doute, aura sauvé son patient. En effet, cette exclusion de la subjectivité par la réduction permet la généralisation et l'efficacité de l'acte médical. Mais si, plus récemment et presque quotidiennement, on lit ce néologisme de « *conjugopathie* » qui résume et ramasse, dans les écrits des urgentistes, le récit des patients pris dans une histoire conjugale difficile, sans doute ce prive-t-on de quelque chose et ce n'est pas forcément au service du patient... Cette clinique n'est pas neutre (elle n'a jamais été neutre), elle est construite et au service du projet qui sous-tend son usage. Cette clinique relève de la même ontologie que la pensée scientifique qui la promeut. Ainsi une épistémologie matérialiste et

profonde appliquée au trouble obsessionnel compulsif. Ecole Doctorale « Education, langage, sociétés », Centre de recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES), CNRS-Inserm-Paris Descartes. Paris, Université Paris Descartes: 499.

⁷ Ehrenberg, A. Le sujet cérébral. *Esprit* (2004), 11, 130-25

⁸ Par une clinique reconstruite, l'une et l'autre constituent en fait des « mouvements anormaux » du corps ou de la pensée.

⁹ Lebrun J.-P. (1993). De la maladie médicale. De Boeck. Bruxelles.

réductionniste, fondée sur la construction d'une chaîne causale « simple » qui irait du neurone aux conduites humaines utilise une clinique « simple », elle-même réductionniste qui ordonne et classe ce que le clinicien entend. On pourra se rapporter à la série de questionnaires et d'entretiens structurés qui préparent l'intervention et évaluent ses résultats dans les travaux de l'équipe de la Salpêtrière que nous reprenions plus haut.

Mais il semble que malgré tout quelque chose insiste du côté du patient. Les titres de quelques uns des articles de l'équipe de la Salpêtrière l'illustrent parfaitement : « *Neurosurgery in Parkinson disease: a distressed mind in a repaired body?* »¹⁰ ou encore « *Neurosurgery in Parkinson's disease: the doctor is happy, the patient less so?* »¹¹. Les auteurs constatent en effet que la stimulation des noyaux subthalamiques, pour autant qu'elle fait quasiment disparaître les symptômes neurologiques (parkinson) ou psychiatriques (TOC ou SGT), la souffrance psychique ou subjective n'est pas pour autant réduite. Cet esprit « en détresse » dans ce corps « réparé » viendrait témoigner de l'existence *malgré tout* d'une coupure entre ces deux instances que les neurosciences ambitionnent d'unifier, l'esprit et le cerveau. L'espoir du règlement chirurgical du symptôme psychiatrique s'éloigne, avec la nécessaire convocation d'une autre dimension, plus contextuelle, historique, personnelle, disons le mot : subjective. Comme le dit crûment un des chercheurs évoqués dans la thèse citée : « *Un patient amélioré devrait aller bien, mais les emmerdes commencent* », et de poursuivre sur un mode quasi freudien : « *Certains symptômes ont des fonctions dans la vie du malade : si on lui enlève, tout s'écroule.* »¹² C'est pourquoi, et sans doute depuis le début, « *la clinique psychiatrique a su entrebâiller ses modalités d'études à l'écoute du sujet* » selon la formule de M. Demangeat¹³ ; et je modifierais la formule d'un « a su » vers un « a dû ». Car c'est bien contrainte et confrontée à une limite, qu'à chaque fois dans son histoire l'oreille du clinicien a dû basculer vers cette écoute du sujet. Canguilhem nous propose l'idée d'un changement de registre à ce moment où la rationalité médicale ne peut s'accomplir sans la reconnaissance d'une limite, limite à partir de laquelle « *la prise en compte d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie* »¹⁴. Nous garderons en mémoire cette question de la responsabilité.

Une fois reconnue cette subjectivité, s'ouvre alors un monde, un univers, celui du dire, du « se dire » et, en face celui de l'écoute. Serait-ce alors le retour d'un humanisme triomphant ? Je ne saurai

¹⁰ Schüpbach M, Gargiulo M, Welter M. et al. Neurosurgery in Parkinson disease: a distressed mind in a repaired body? *Neurology*. 2006 Jun 27;66(12):1811-6.

¹¹ Agid, Y. et al. (2006). Neurosurgery in Parkinson's disease: the doctor is happy, the patient less so? *Journal of Neural Transmission*. Supplement, 70, 409-414.

¹² Moutaud, B. (2009). Op. cit. p 386-387.

¹³ Demangeat, M. (2006). Clinique médicale, clinique psychiatrique, clinique psychanalytique. *Sud/nord*, 21.

¹⁴ Canguilhem, G. (1983). Puissance et limite de la rationalité en médecine in *Etudes d'histoire de la philosophie des sciences*. Paris, Vrin.

m'engager sur ce terrain éminemment complexe de l'humanisme, sa définition, ses déclinaisons, ses contradictions... On y trouve de tout : compassion, consolation, encouragements, compréhension. Pour ce qui relève de la santé psychique, il peut prendre mille formes : celle de l'accompagnement holistique par le médecin généraliste de son patient pris dans sa douleur en contexte, celle de l'approche humaniste en psychothérapie autour de Carl Rogers ou d'Abraham Maslow, voire même celle de la psychothérapie cognitive et comportementale quand elle quitte les rivages skinneriens pour inclure dans ses processus d'évaluation, à côté de l'analyse quantitative, l'analyse qualitative des croyances, des attentes, des attitudes du thérapeute (voir la grille d'analyse fonctionnelle BASIC IDEA¹⁵). Se positionner de ce côté, de celui de l'écoute, exige un pas de côté par rapport à une position biomédicale : le propos du patient n'est pas soumis *a priori* à une opération de réduction même si après coup une clinique se construit. Une clinique se construit du fait que l'homme classe, catégorise, regroupe les données et les régularités qu'il perçoit. Cela semble s'enraciner dans la phylogenèse même si, chez l'homme contemporain, la construction des classifications relève pour une part essentielle de la négociation... Et la psychanalyse me direz-vous, elle n'est pas en tête des approches humanistes ? Elle prétend pourtant être tout entière du côté du dire, tout entière du côté de l'écoute. Elle aurait pu trouver sa place en tête des humanismes que j'ai esquissés plus haut. Mais la psychanalyse est écartelée, hétérogène, ainsi est-il difficile de la positionner précisément. Entre l'intersubjectivisme d'Owen Renick, psychanalyse de l'interrelation et de la copensée, complètement délibidinalisée, et la psychanalyse lacanienne orthodoxe, il y a un monde. La première peut tout à fait se revendiquer, puisqu'elle est du côté de la conscience et du moi, de l'humanisme ; la seconde, considère que « *ce qui ne s'intéresse qu'au ça innommable ne peut être un humanisme sans perdre sa fonction. Seule la psychanalyse sait dire à rebours des grands humanistes comme Hegel : 'Tout ce qui est inhumain ne m'est pas étranger'* »¹⁶. Mais encore, la psychanalyse n'est pas tout entière du côté du sens, des raisons (distinction entre causes et raisons que je reprendrai plus loin) soit qu'elle ne se reconnait pas du côté d'une quelconque herméneutique – je cite Lacan, qui a ici le mérite d'être clair : « *En réalité l'interprétation (...) tend à effacer le sens des choses dont le sujet souffre. Le but est de lui montrer à travers son propre récit que son symptôme, disons la maladie, n'est en relation avec rien, qu'il est dénué de tout sens* »¹⁷ –, soit qu'elle revendique, suivant là l'espoir freudien, de se rapprocher des neurosciences et de s'atteler aux sciences expérimentales dont elle serait une sorte

¹⁵ Behaviour : le comportement - Affect : les émotions qui accompagnent le comportement - Sensation : par exemple des sensations de tension, là encore accompagnant le comportement - Imagery : l'imagerie mentale - Cognition : les idées et croyances - Interpersonal : le contexte relationnel - Drugs : les médicaments et drogues consommés - Expectation : ce que le patient attend de la thérapie - Attitude : l'attitude du thérapeute face au patient, rappelant le concept, en psychanalyse, de contre-transfert.

¹⁶ Massat G. (2008). La psychanalyse n'est pas un humanisme. Intervention au Cercle Psychanalytique de Paris (31 janvier 2008).

¹⁷ Lacan J. (1974). Entretien de Jacques Lacan avec Emilia Granzotto pour le journal Panorama (21/11/74)

de reformulation psychologisante mêlant théorie du rêve et noyaux gris centraux.

S'il fallait tout de même résumer le projet humaniste ou bien plutôt subjectiviste, on pourrait le penser comme l'abandon du dogme de la régularité ou de l'invariant propre aux sciences expérimentales, pour un retour à un intérêt pour « *la nature unique et irréductible de chaque être humain* »¹⁸ soit à la singularité de celui-ci. Au monde des causes physiques (celui des neurosciences, ne nous leurrions pas) et de ses lois implacables (celles qui sont encore à l'écran), lois qui ne souffrent aucune exception sauf à être réfutées pour d'autres lois tout aussi implacables, à ce monde de l'explication par les causes s'oppose celui de l'explication par les raisons, pour reprendre la distinction radicale opérée par Wittgenstein. Ou, pour le dire autrement, à l'explication se substitue la compréhension et le sens. Ici pas de loi, ou pas que des lois. Ici règnent le motif personnel, l'exception, le style, tous pris dans les institutions (société, culture, famille, etc.) et plus encore pris dans le langage. C'est le monde, pardonnez-moi l'expression, des « *emmerdes* » évoquées par ce chercheur plus haut cité. Tout ceci compte, même en psychiatrie. Cet univers qui mêle histoires singulières et institutions (j'y inclus le langage) fait varier le curseur de la norme, conduit le délirant à produire une œuvre d'art ou un fait divers odieux, mène le dépressif ou l'anxieux à la vie ou à la mort, le pervers au pinacle ou à l'échafaud. Je repense à ce texte de Roger Wartel sur le suicide où il nous rappelle que « *l'homme est un animal contre nature et se comporte scandaleusement (...)* Essayez, propose-t-il, de raisonner un anorexique, vous n'y parviendrez pas mieux que de faire veiller un oiseau en lui promettant du grain »¹⁹ ou encore à ces propos d'Henri Sztulman : « *le cerveau, régit par des lois neurobiologiques universelles ne se rebelle pas, ne résiste pas, ne s'oppose pas. Les psychismes, individuels et en réseaux collectifs, c'est une autre histoire...* »²⁰.

Il va falloir conclure. Alcmeon de Crotona, contemporain de Pythagore, professait que « *la majorité des choses humaines vont par paire* » et il semblerait que nous ayons à faire en psychiatrie là encore, et malgré tous les efforts de grande unification – pour paraphraser le langage de la physique –, à deux dimensions du récit du patient qui sont irréductibles. Pour autant que la psychiatrie contemporaine veuille ranger les conduites humaines dans le monde des causes, et ne faire du discours du patient que le témoin objectif du dérangement des neurones, quelque chose cloche. Ce « quelque chose qui cloche » des dizaines de philosophes se sont attachés à le réduire, c'est le domaine de la philosophie de l'esprit qui, en réfutant à juste titre me semble-t-il le dualisme des substances, n'arrive pourtant pas à régler le problème du corps et de l'esprit. Ça résiste. On ne peut

¹⁸ Sztulman H. (2007) Manifeste pour un nouvel humanisme psychanalytique. Conférence prononcée à Toulouse.

¹⁹ Wartel R. (1980). Conduites suicidaires. L'évolution psychiatrique. Tome 45 n°1. 35-40

²⁰ Sztulman H. (2008). Psychanalyse et humanisme. Ombres Blanches.

pas échapper au fait que, comme le rappelle Gilles Gaston Granger, « *les faits humains se donnent dans notre expérience comme pourvus de significations* »²¹, qu'ils « renvoient » à quelque chose. Si tel est le cas, s'ouvre alors le catalogue infini, aussi riche que les histoires de chacun, des raisons, des motifs, sus ou insus. Ils orientent et façonnent les parcours subjectifs qu'ils soient sains ou pathologiques, voire ils les conditionnent, les déclenchent ou les calment. Cela nous invite, au-delà de ce que j'ai défini comme l'entendre, à une écoute des récits de nos patients. Serait-ce une posture humaniste ? On a vu que cela n'allait pas de soi ou que cela ne pouvait pas être suffisant parce que nous ne sommes pas naïfs et que nous savons que nous flirtons bien souvent avec l'inhumain. On ne peut pas se satisfaire non plus d'un humanisme qui serait hétérogène à l'acte de soin comme dans la médecine, par exemple la compassion, l'empathie, la mobilisation de soucis éthiques (bienfaisance, dignité, respect de l'autonomie, etc.). Cet humanisme ou cette éthique « humaniste » sont déjà bien sûr déjà des progrès²² et le psychiatre ne peut pas, au minimum, y déroger. J'évoquerai plutôt une éthique interne à l'acte de soin qui ne serait ni normative, ni moralisante. Impossible donc pour le médecin d'échapper à la dimension de l'intersubjectivité. C'est dans cette dimension – ouverte par la demande de sujet – que se noue la question de sa responsabilité que nous évoquons tout à l'heure. Question redoutable dont l'ampleur est précisée par Lacan : « *La fonction décisive de ma propre réponse n'est pas seulement d'être reçue par le sujet, mais de le reconnaître ou de l'abolir* »²³. A ce point crucial, ce que nous abordons comme responsabilité du médecin est désigné par Levinas comme l'exigence éthique par excellence. Ce dont je suis responsable, rappelle-t-il, ce n'est pas de ma propre humanité, mais de l'humanité de l'autre²⁴ et ma responsabilité porte, au-delà de ma réponse, sur ce qui constitue l'autre comme sujet, sur sa question. Pour exercer cette responsabilité, le médecin ne peut pas, hélas, ne s'appuyer que sur son savoir académique. Cette responsabilité, il l'exerce au prix de son propre dénuement, voire de sa propre souffrance, au risque de son propre cheminement... Une déclinaison de cette posture éthique pourrait être cette *éthique de l'inquiétude* que nous avons, avec Michel Walter, déclinée en matière de prise en charge des conduites suicidaires, soit une éthique sans repos sur quelque savoir constitué (mais qui n'en fait pas fi), capable de sollicitude prévenante (et non accaparante) et toujours attentive, dans le souci de l'autre, à la dimension de sujet.

²¹ Granger G.-G. (2009) *Objet*. Encyclopedia Universalis.

²² Si on les oppose à ce que Bernard Massin évoque dans le chapitre « matérialisme cérébral et déshumanisation » dans : *L'euthanasie psychiatrique sous le 3^e Reich*. L'information psychiatrique. 1996 n°2.

²³ Lacan J. (1966). *Fonctions et champ de la parole et du langage en psychanalyse*. Écrits. Le seuil.

²⁴ Levinas E. (1982). *Éthique et infini*.

Refaire la trajectoire de vie avec l'aide d'un
proche endeuillé :
Reconstruction biographique de la vie des
personnes ayant eu des conduites suicidaires

Monique Séguin Ph.D.
Université du Québec en Outaouais,
Groupe McGill d'étude sur le suicide

Le suicide

- Le suicide constitue un problème de santé publique dans tous les pays.
- Il est difficile d'expliquer pourquoi certaines personnes se suicideront alors que d'autres se trouvant dans la même situation voire pire, ne le feront pas.
- Le suicide est un phénomène complexe pour lequel il n'existe ni une seule cause ni une raison unique.

L'importance de la recherche sur le suicide

- Identifier des stratégies de prévention efficaces, parce que les suicides peuvent être prévenus
- Le suicide est le résultat d'une interaction entre des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux et environnementaux.
- La recherche doit être en mesure d'examiner un ensemble de variables et d'événements de vie, se produisant de façon concomitante et évoluant dans le temps, puisque dans certains cas la vulnérabilité acquise précocement peut entraîner le cumul de nombreuses difficultés créant une spirale d'événements et de situations menant la personne dans un désarroi et une désorganisation psychique à l'âge adulte.

Comment avoir accès au récit de vie

- Comment comprendre à postériori la vie de personnes décédées à la suite d'un suicide?
- Utiliser le récit de vie à des fins de recherche?
- Refaire la trajectoire de vie, à l'aide des proches endeuillés, à travers des récits multiples, des regards croisés, des souvenirs incertains, mais surtout avec un désir de comprendre «pourquoi».

L'accessibilité au récit de vie de vie pendant la période de deuil

- La recherche de sens accompagne toutes les étapes du deuil et amènera les proches endeuillés à examiner et réexaminer toutes les sphères de la vie de la personne décédée
- La recherche de sens est un long chemin tortueux et torturant pour les proches endeuillés.
- La période de deuil constitue un moment de mise en mot, de la vie du proche décédé

Quels risques pour les
proches endeuillés ?

Est-ce que les proches endeuillés peuvent consentir?

- Les chercheurs ont la responsabilité éthique de protéger les participants en minimisant les risques et en optimisant la possibilité pour les participants aux études de tirer profit de leur expérience

Est-ce que les personnes en deuil peuvent-elles tirer profit de leur participation à une recherche

Lors du processus de recherche, des souvenirs refont inévitablement surface chez les individus endeuillés, pouvant provoquer chez eux différentes émotions telles que la tristesse, la colère et la culpabilité.

Comme il se peut que l'intensité de la détresse vécue par les individus endeuillés pendant leur participation à la recherche soit plus grande que la détresse anticipée, les participants pourraient regretter, après-coup, d'avoir consenti à participer à l'étude.

Deux questions éthiques sont alors importantes lorsqu'on sollicite la participation d'adultes vulnérables (Newman, Walker et Gefland, 1999).

Question éthique

- La première question éthique consiste à déterminer si les participants seront capables de retourner à leur état émotionnel initial une fois l'interview terminée.
- La deuxième question concerne la validité du consentement. Comme les individus endeuillés sont exposés à la réminiscence d'images douloureuses, ils doivent anticiper le degré de détresse ressenti au moment de leur participation avant même qu'elle n'ait eu lieu.

Qui peut juger de l'impact ?

- Toutefois, le fait de ressentir des émotions intenses à la suite d'une épreuve ne fait pas toujours en sorte qu'un individu ne soit pas apte à consentir de façon juste et logique.
- Dyregrov (2004) a d'ailleurs constaté que ce sont les participants eux-mêmes qui sont les meilleurs juges pour déterminer si leur collaboration à une recherche est dommageable ou profitable.
- Trop souvent, selon Dyregrov (2004), les décisions sont prises en présumant de la vulnérabilité des participants.

Résultats d'étude ayant mesuré la perception des individus ayant participé à des études

- Les études empiriques démontrent, la majorité des participants ont l'impression d'avoir transformé leur expérience souffrante en un événement qui peut être utile à d'autres individus (Beck et Konnert, 2006 ; Collogan *et al.*, 2004 ; Cook et Bosley, 1995 ; Dyregrov, 2004 ; Dyregrov, Dyregrov et Raundalen, 2000 ; Hynson, Aroni, Bauld et Sawyer, 2006 ; Newman et Kaloupek, 2004 ; Newman, Risch et Kassam-Adams, 2006; Parser & Séguin, 2010).

Les personnes en deuil peuvent-elles tirer profit d'une telle participation ?

- Certains individus endeuillés refusent toutefois de participer à ces recherches, car ils ont peur d'ouvrir des blessures et de souffrir en parlant de la personne décédée, alors que d'autres participent, afin justement de pouvoir discuter du sujet du suicide en présence d'un professionnel de la santé mentale.

La conduite de l'entretien de recherche

Rappel des événements et recueil des données

- Le rappel des événements devient une question centrale
- Les études sur le biais de rappel suggèrent que les personnes ont tendance à se rappeler les événements importants ou majeurs et contribuent à une sous-estimation des difficultés plutôt qu'à une surestimation des difficultés (Lin et al. 1997).
- D'autres auteurs suggèrent que l'utilisation de méthodes mixtes de recueil des données et, plus particulièrement, les approches narratives augmentent la fiabilité des souvenirs associés aux événements de vie (Brown & Harris, 1990 ; Dohrenwend, 2006).

L'entretien

- Lors de la période d'entrevues, nous encourageons l'accès à certains documents qui permettrait de faciliter le rappel des événements, dont les agendas personnels, les albums de photos, etc.
- Malgré ces incitatifs pour aider le rappel, des études démontrent que certains individus ayant des traits de personnalité ou certains modes d'attachement peuvent faire preuve d'un biais cognitif associé aux rappels des événements ou associé à la reconstruction de certains souvenirs.
- L'utilisation de souvenirs anecdotiques pose moins de difficultés et permet une évaluation de la sévérité de l'adversité vécue plutôt que celle de l'adversité perçue.

Rappel des souvenirs anecdotiques

- Créer un contexte d'entrevues dans lequel ces anecdotes sont accueillies, malgré qu'elles s'opposent parfois à la perception des événements qu'en ont les individus, particulièrement lorsqu'il s'agit de refaire la trajectoire de la vie d'une personne décédée après suicide.
- Ce sont des défis qui exigent une méthodologie à la fois souple et rigoureuse, et qui n'est pas une démarche de psychothérapie, mais qui doit être thérapeutique.

Méthodes de recherche

- Entretien avec des proches endeuillés, sur le mode de la conversation en utilisant un calendrier de vie, on refait la trajectoire de vie de la personne décédée
- Le calendrier de vie permet de structurer les récits de vie
- En reprenant une séquence qui suit les étapes du développement, les participants sont invités à raconter et décrire à travers la richesse de souvenirs anecdotiques, les événements d'adversités ou de protection qui ont construit leurs vies.

Contexte de l'entrevue

- L'entretien de recherche se réalise généralement au domicile de la personne;
- Utilisation d'agendas, albums de photos, etc., permettant le rappel;
- Parfois, plusieurs personnes de la même famille peuvent être interrogées;
- Triangulation des données

Comment systématiser ces récits de vie

- La question du chercheur est de savoir comment systématiser tous ces récits de vie, toutes ces trajectoires singulières?
- Malgré ces trajectoires de vie singulières, il est toutefois possible de les regrouper selon des paramètres cliniques pour répondre à des impératifs de prévention.

Codification des récits de vie

- Ces récits de vie sont recueillis auprès de plusieurs personnes et permettent d'avoir accès à une masse de données qualitatives importantes.
- Dans un deuxième temps, suivant la méthodologie développée par Brown et Harris avec les LEDS, le CECA, les données qualitatives sont transformées en données quantitatives afin d'en tirer des conclusions scientifiques pertinentes pour la prévention du suicide.

Calendrier des étapes de vie

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Âge	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Endroit de résidence	RES01						RES05			
2. Relation parents- enfants (interactions négatives, abus, alcoolisme, violence, maladies/accidents, séparations, nouveaux membres de la famille, négligence)	AFF01 AFF04 AFF07 AFF08									
3. Vie affective et vie de couple Relations de couple, naissances, etc..										
4. Vie familiale (séparation de ses enfants, difficultés avec l'éducation, maladies, placements) Familles élargies (Interactions négatives, accidents, maladies mentales, problèmes légaux, crises, psychopathologie familiales)										
5. Épisodes de difficultés personnelles (maladies physiques et psychologiques, adversité personnelle)						PE03			PE04	
6. Vie académique et professionnelle (études, travail, chômage, aide-social, etc.)	ACA01 ACA03									
7. Vie sociale (amis, groupe de pairs, etc..)	AMI01 AMI05									
8. Pertes/ séparations/ départ (autres pertes, bris de relation, départs, déménagement)										
9. Autres adversités (habitation, difficultés financières, difficultés légales, décès...)										
10. Protection (expériences et relations positives)										
11. Recherche de service (indiquer le code de l'adversité pour lequel il y a eu demande de service)			T06						T02	
				T08						
12. Prise de médication (indiquer code du type de médicament)							M01			

1. Endroit de résidence

Vit en famille (parents et enfants dans le même lieu)	RES01
Vit dans deux foyers- tantot avec un parent, tantot avec l'autre	RES02
Vit dans un foyer avec un seul parent (avec ou sans autre conjoint)	RES03
Vit dans un foyer avec un adulte- famille élargie- autre que les parents	RES04
Vit en famille d'accueil	RES05
Vit en centre d'accueil	RES06
Vit en appartement seul ou avec des co-locataires	RES07
Vit en couple	RES08
Vit en institution/pensionnat	RES09
Vit seul avec ses enfants	RES10
Période de déménagements multiples	RES11

2. Relation parent-enfant (S avec ses parents) / difficultés à l'enfance/ado.

Problèmes de comportement de S (opposition, délinquance, abus de substance, fugues, etc..)	AFF01
Problèmes psychiatriques de S (hyperactivité, dépression, anxiété, mutilation, problèmes alimentaires, etc.)	AFF02
Abus physique ou sexuel sur S	AFF03
Interactions conflictuelles avec S (argumentations constantes, tensions, difficultés à communiquer, etc.)	AFF04
Problèmes de santé physique de S (handicaps, accident, maladie chronique, maladie terminale, hospitalisations, etc.)	AFF05
Négligence, indifférence, manque de chaleur dans la relation parent-enfant	AFF06
Manque de discipline/supervision- ou trop de discipline/supervision	AFF07
Présence de violence psychologique- antipathie	AFF08
Secrets (avoir conservé un secret ou avoir été maintenu à l'écart du secret)	AFF09
Tensions/ discordes familiales	AFF10
Problèmes de santé physique/mentale parents/fratrie (handicaps, accident, maladie chronique, maladie terminale, hospitalisations, etc.)	AFF11
Séparation (absence parentale, prison, hospitalisations...)	AFF12
Autres	AFF13

3. Vie affective – Vie de couple

Vie Affective

Début de relation affective	AM01
Fin d'une relation affective (séparation, divorce)	AM02
Difficultés de couple (tensions, violence, difficultés sexuelles, ...)	AM03
Relation extramaritale de S	AM04
Relation extramaritale du partenaire	AM05
Changement d'identité sexuelle	AM06
Autre	AM07

Grossesses / Naissances

Difficulté de conception, infertilité	AM08
Difficulté lors de la grossesse ou de la naissance (fausse-couche, avortement, naissance prématurée, complications lors de la grossesse ou de la naissance, grossesse non-désirée)	AM09
Adoption S donne son enfant en adoption	AM10
Naissance ou adoption d'un enfant	AM11
Autre	AM12

4. Vie familiale

éducation/relation avec les enfants

Problèmes de comportement de l'enfant (opposition, délinquance, abus de substance, fugues, etc..)	EDU01
Problèmes psychiatriques de l'enfant (hyperactivité, dépression, anxiété, mutilation, problèmes alimentaires, etc.)	EDU02
Abus physique ou sexuel de l'enfant	EDU03
Interactions conflictuelles avec l'enfant (argumentations constantes, tensions, difficultés a communiquer, etc.)	EDU04
Santé physique (handicaps, accident, maladie chronique, maladie terminale, hospitalisations, etc.)	EDU05
Difficultés scolaires de l'enfant	EDU06
Séparation d'avec l'enfant (déménagement avec autre parent, diminution de l'interaction...)	EDU07
Autres	EDU08

Famille élargie

Augmentation ou diminution dans les interactions (Pas assez de contact ou trop de contact)	EDU09
Difficultés relationnelles (Bris dans la relation, crises, tensions, disputes importantes)	EDU10
Difficulté de santé mentale d'un membre de la famille (Comportement antisocial, abus de substance, hospitalisation, etc)	EDU11
Difficulté de santé d'un membre de la famille- Accident- maladie physique	EDU12
Problèmes légaux	EDU13
Séparation ou divorce d'un membre de la famille élargie	EDU14
Autres	EDU15

Trajectoires de vie

Résultats

Facteurs de risque de suicide

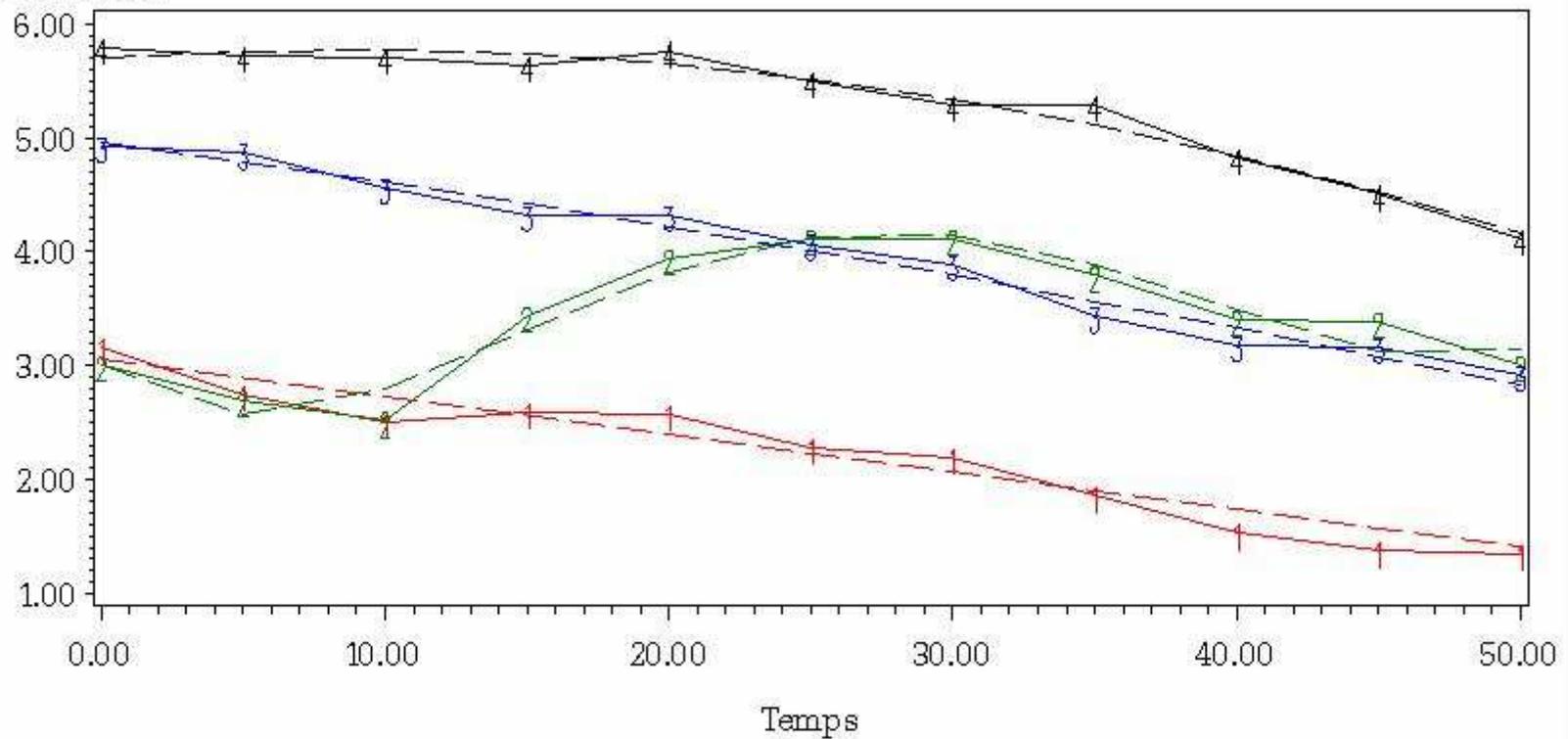
Évaluation globale	Cotation	Risques	Protection
Faible	6	Peu de difficultés	Présence de protection
	5	Quelques facteurs de risque -Sur une courte période de temps -Affectant seulement une/ deux sphères	
Modéré	4	Plusieurs facteurs de risque -Sur une courte période de temps -Affectant plusieurs sphères	Plus ou moins de protection
	3	Plusieurs facteurs de risque -Sur une longue période de temps -Affectant plusieurs sphères	
Sévère	2	Multiple facteurs de risque/chaque sphère -Sur une longue période de temps -Touchant presque toutes les sphères	Peu ou pas de protection
	1	Multiple facteurs de risque/chaque sphère -Sur une très longue période de temps -Englobant toutes les sphères	Aucune protection

Prise de précautions

- Les entretiens sont enregistrés
- Les vignettes cliniques sont révisées
- Un panel discute des cotes d'adversité
- Un dictionnaire de variable permet d'éviter un glissement du jugement des membres du panel

Deces par suicide

Cote de risque



Group Percents

+++ .

222 .

333 .

444 .

Limites

- Les récits de vie sont inégaux et influencés par les variables personnelles des proches endeuillés, entre autres, le lien d'attachement avec la personne décédée aura un impact sur «la capacité de souvenir» et la connaissance de l'autre
- Il pourra avoir une relecture des événements antérieurs, associés au sentiment d'implication possible dans la mort de l'autre...
- La confusion entre sa propre perception et celle de la personne décédée

Limites de la recherche

- Les événements de vie doivent avoir été observés par un proche. Cette méthodologie exclut tous les événements qui sont associés à des déceptions personnelles, à des secrets intimes, à des blessures narcissiques, jamais dites, jamais racontées...
- On ne pourra jamais tenir compte de l'entièreté de la vie d'un individu, ainsi cette méthodologie restera aveugle à de grands fragments de vie

Conclusion

- Bien que cette méthodologie ne soit pas faite, cette approche tente de faire le pont entre plusieurs variables multidimensionnelles tout en ayant une perspective temporelle.
- Nous croyons que cette méthodologie permet des avancées scientifiques quant aux trajectoires de vie des personnes décédées à la suite d'un suicide et permet aux proches endeuillés qui participent à ces études une expérience positive de reconstruction.

Remerciements

- À toutes les personnes qui nous ont confié leurs récits de vie avec courage et générosité
- Collaborateurs
 - Nadia Chawky, Université du Québec
 - Mélanie DiMambro, Groupe McGill d'étude sur le suicide
 - Alain Lesage, MD, Centre de recherche Fernand-Seguin
 - Gustavo Turecki, MD, PhD, Groupe McGill d'étude sur le suicide



Récits autobiographiques et identité dans la schizophrénie : une approche expérimentale

Fabrice BERNA

Jean-Marie DANION

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg – INSERM U666



Questions posées

- Comment évaluer l'expérience subjective qui accompagne la remémoration d'un souvenir autobiographique ?
- Quelles sont les caractéristiques des récits autobiographiques des patients ?
- Quelles relations entre souvenirs autobiographiques et identité personnelle ?

Schizophrénie et identité personnelle



Kraepelin



Bleuler



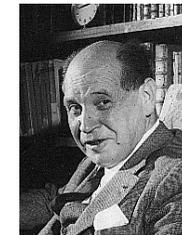
Jaspers



Minkowski

Perte d'unité de la personnalité
Altération de l'identité personnelle

Altération du sens de soi



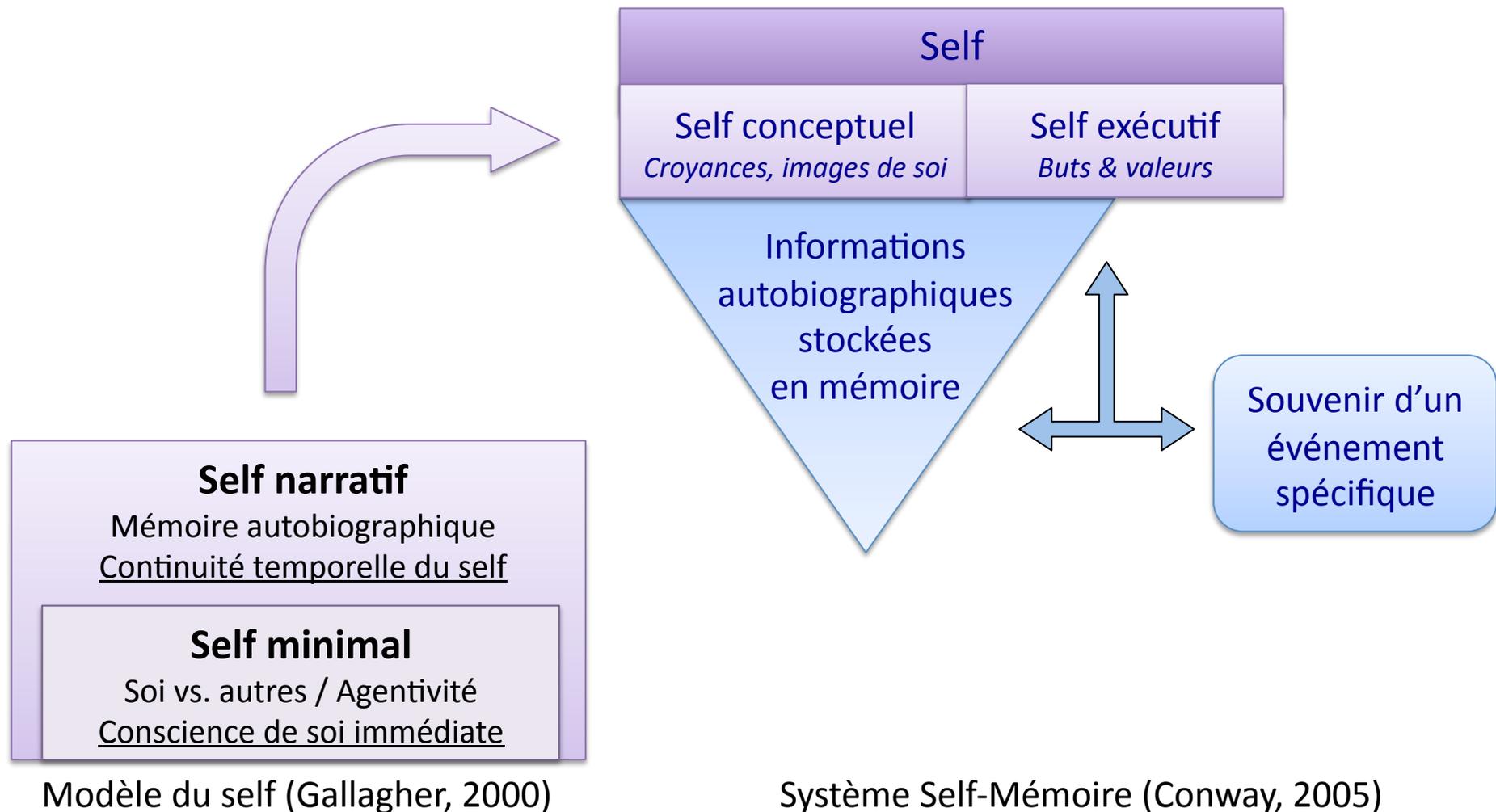
Ey



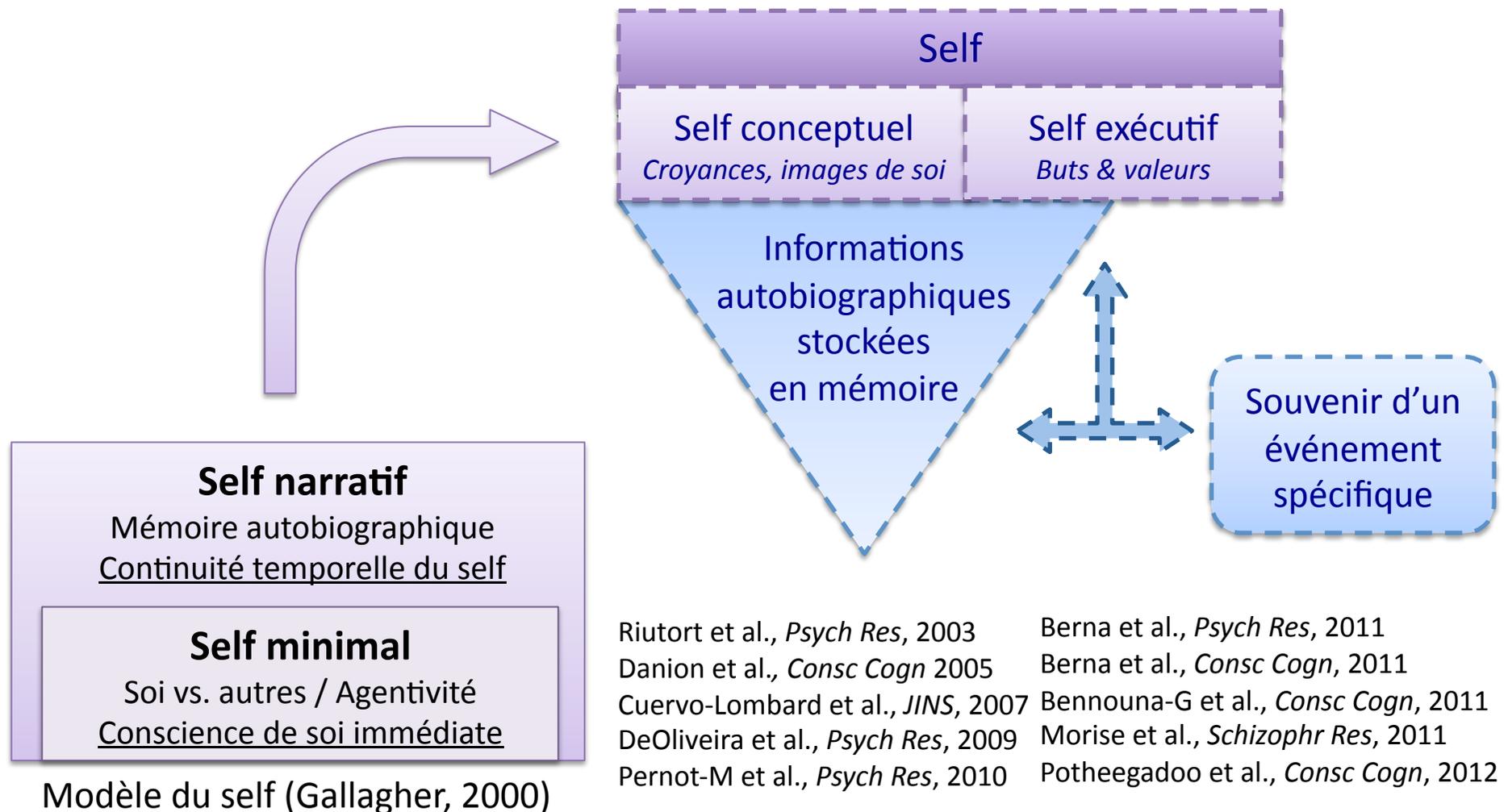
Freud

Appauvrissement de l'expérience de soi
Incapacité de donner un sens à des
événements de vie personnels

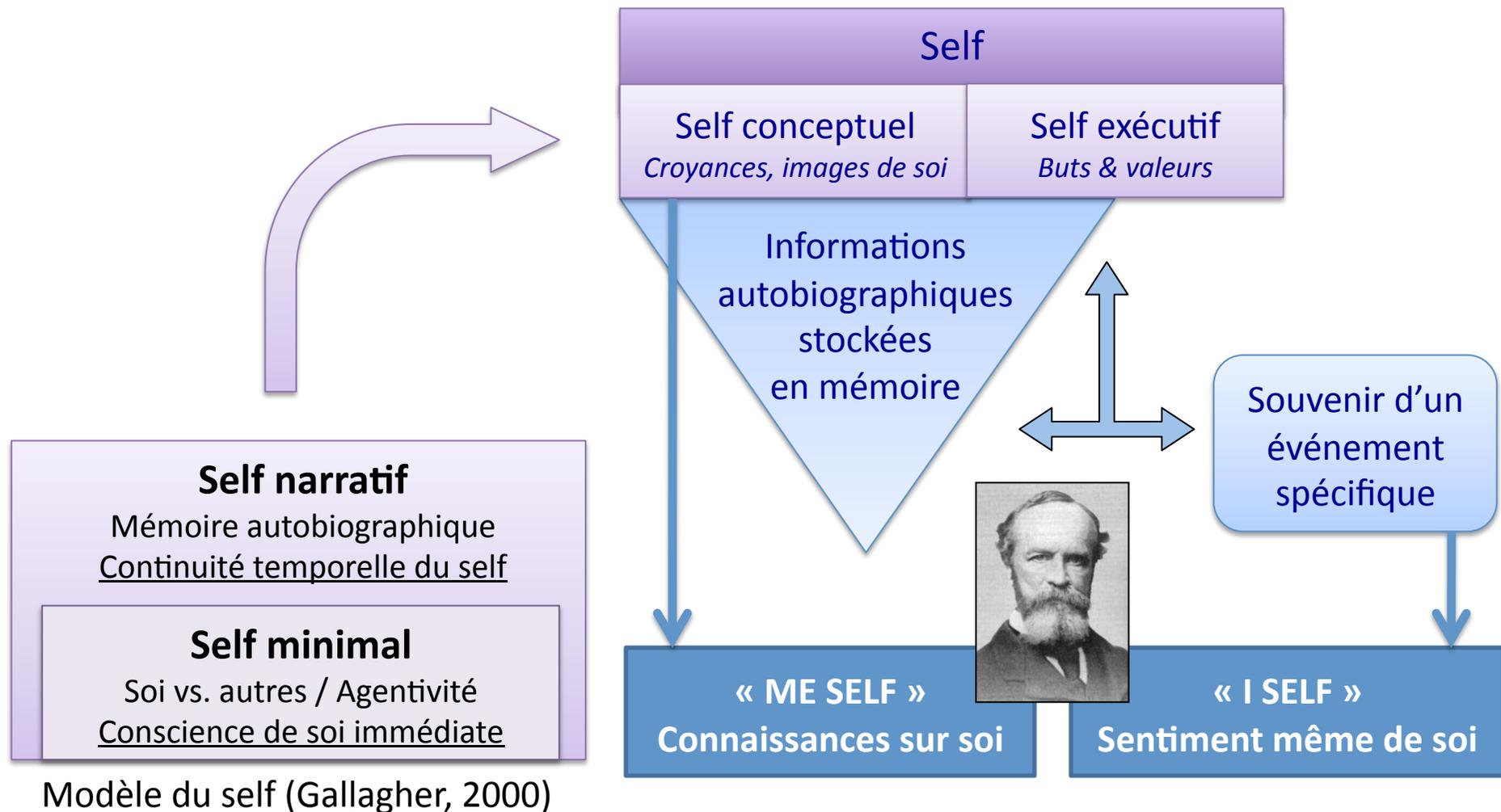
Schizophrénie, self et mémoire autobiographique



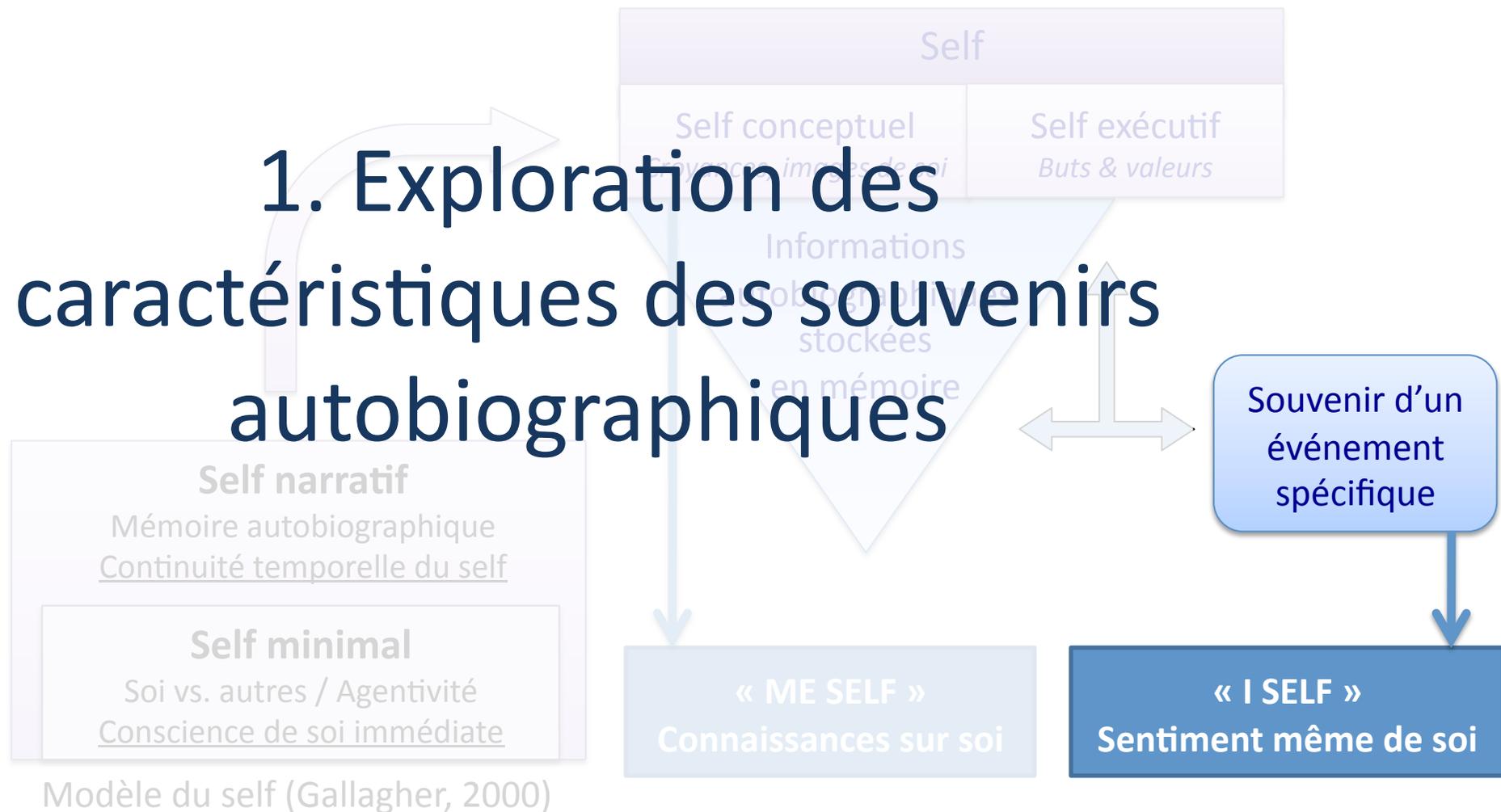
Schizophrénie, self et mémoire autobiographique



Schizophrénie, self et mémoire autobiographique



1. Exploration des caractéristiques des souvenirs autobiographiques



Méthodes d'explorations de la mémoire autobiographique

- Méthode de Crovitz
- Fluence autobiographique
- Les questionnaires autobiographiques (TEMPau)

0-9 ANS	10-19 ANS	20 ANS – AGE-1	ANNEE EN COURS
Souvenir lié à une personne			
Souvenir lié à un voyage			
Souvenir lié à un événement familial			



Remember...



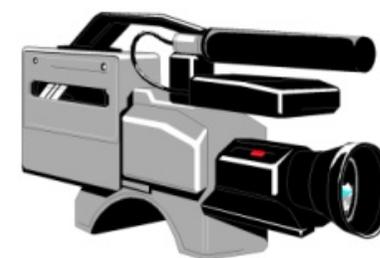
Spécificité



Détails



Perspective visuelle



Etats subjectifs de conscience

Remémoration
consciente

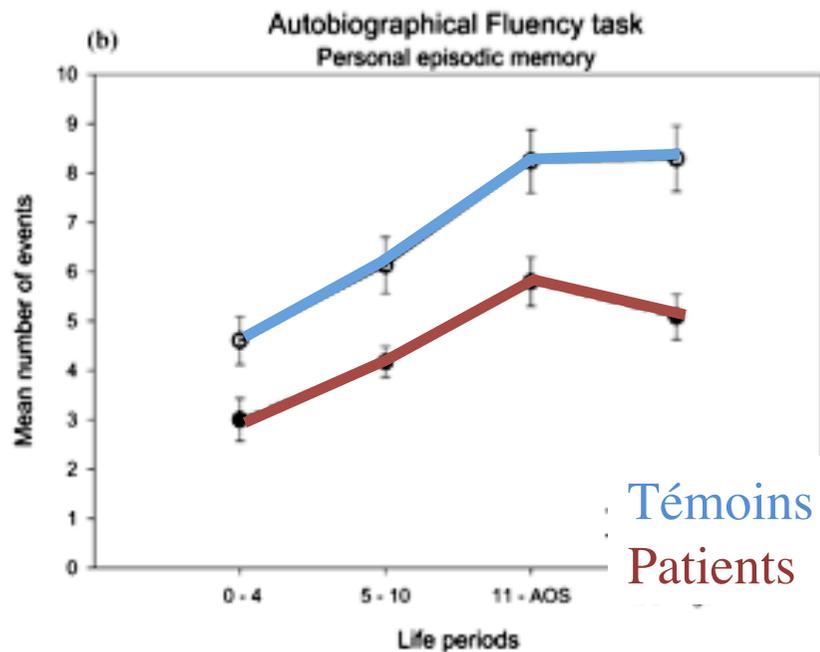


Familiarité

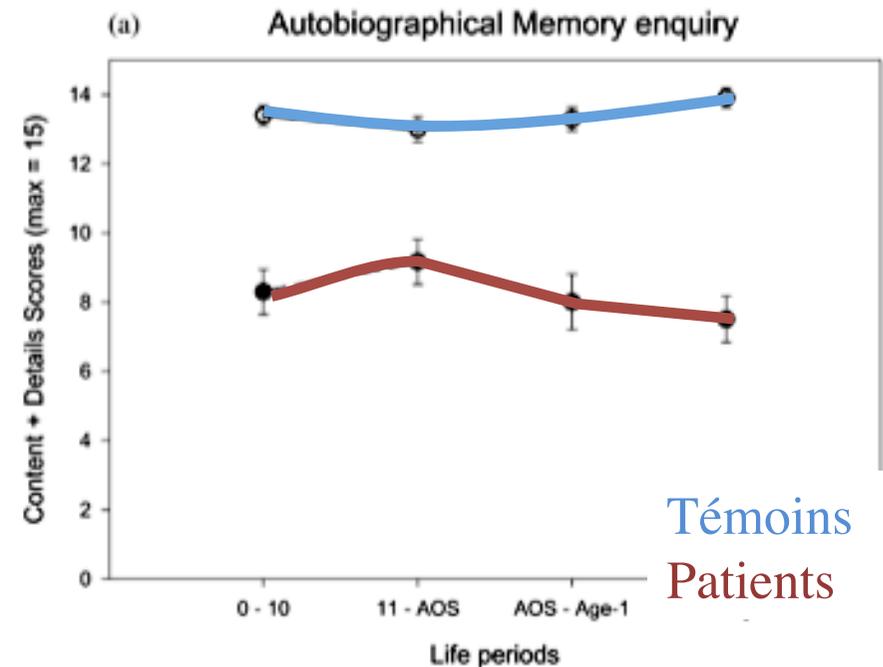


Spécificité et richesse en détails

Diminution
du nombre de souvenirs

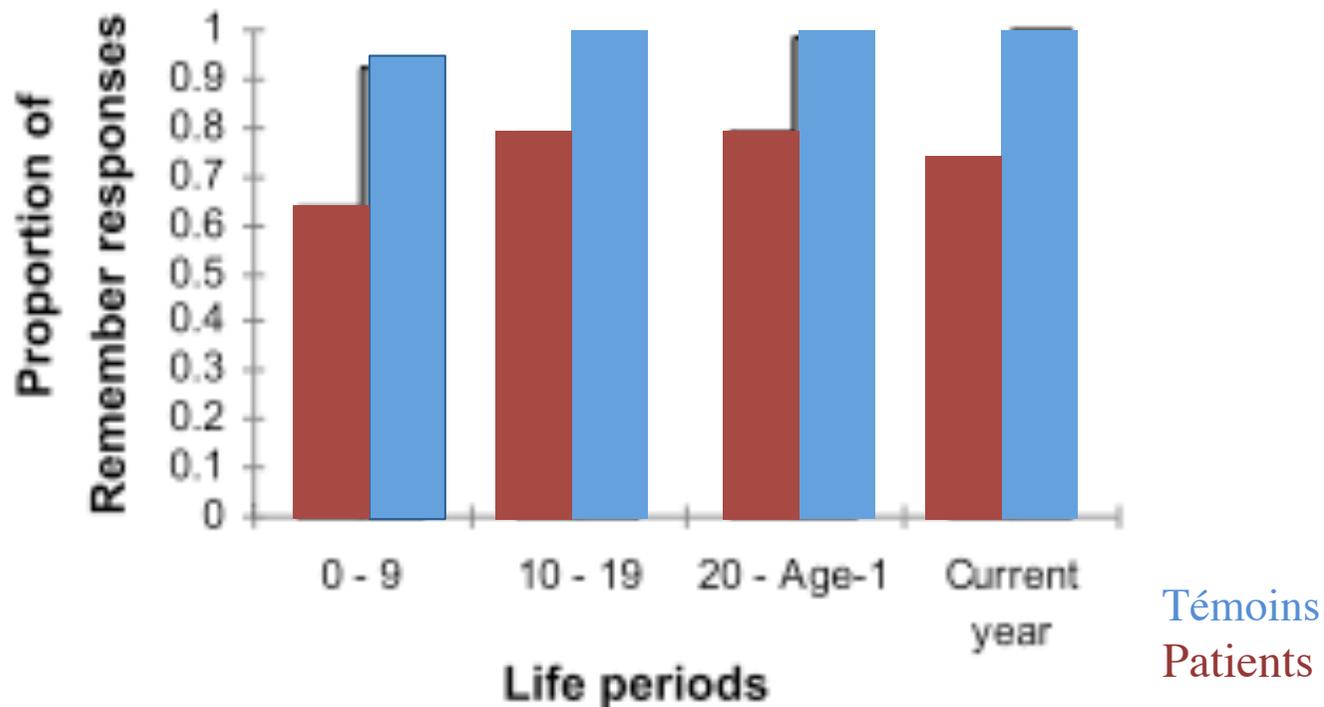


Souvenirs plus pauvres
en détails



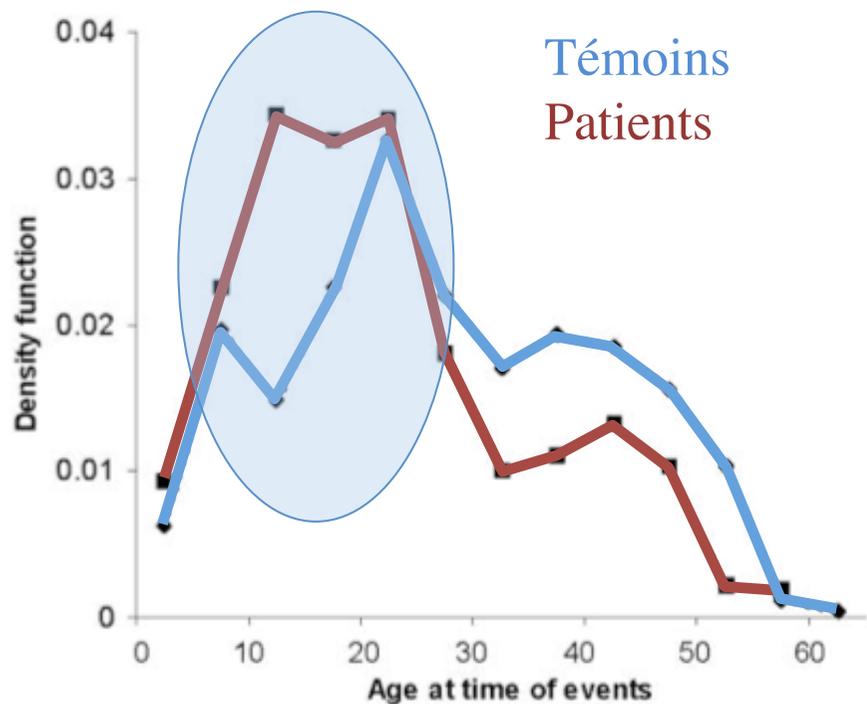
État subjectif de conscience

Diminution de la
remémoration consciente



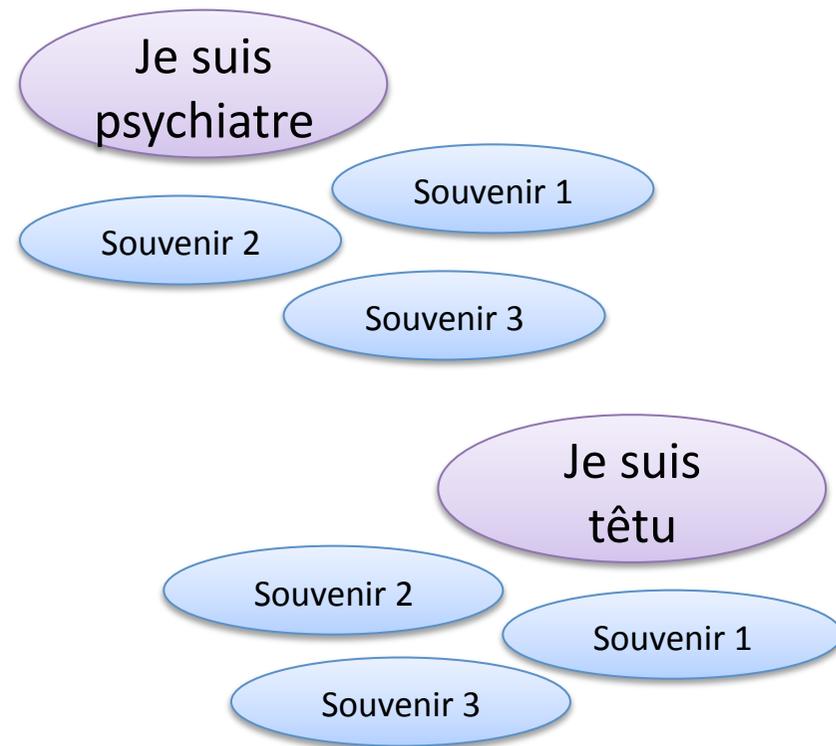
Souvenirs étroitement liés au self

Pic de réminiscence



Cuervo, et al. JINS, 2007

Images de soi

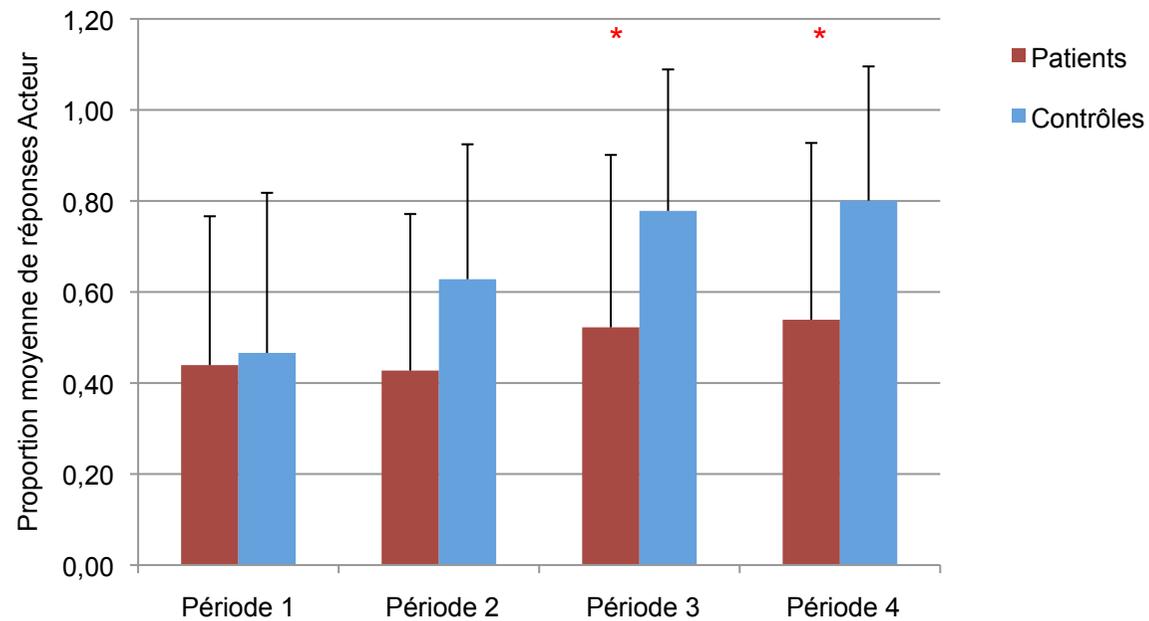


Bennouna-Greene, et al. Consc Cogn, 2011

Perspective visuelle

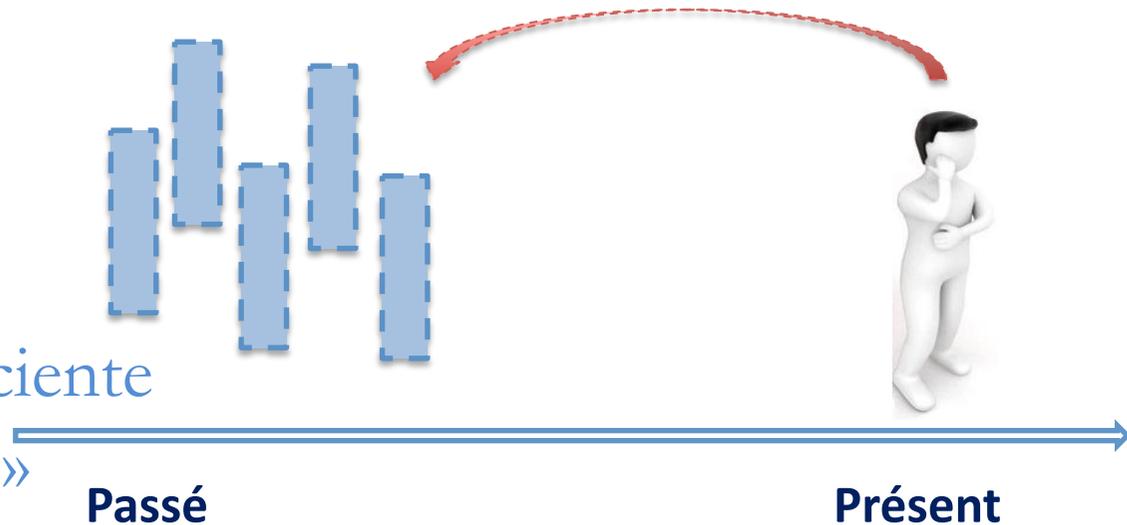


Moins de souvenirs en perspective « acteur »



Caractéristiques des souvenirs autobiographiques

- accès aux souvenirs
- richesse en détails
- remémoration consciente
- perspective « acteur »



Projections dans le futur

Dans 1 semaine	Dans 1 mois	Dans 1 an	Dans 5 ans
Vacances ou divertissement	Vacances ou divertissement	Vacances ou divertissement	Vacances ou divertissement
Travail ou profession	Travail ou profession	Travail ou profession	Travail ou profession
Famille	Famille	Famille	Famille

Donnez un événement spécifique

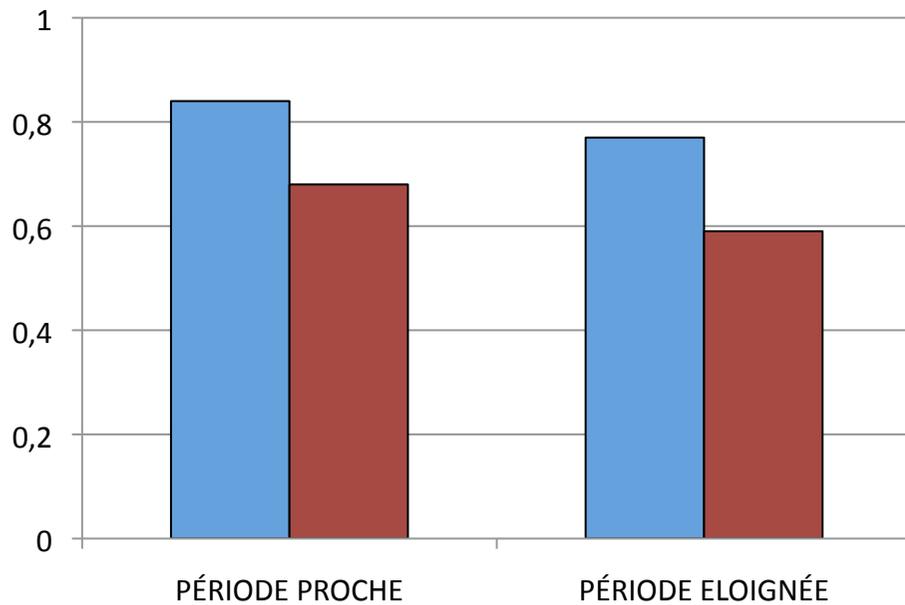
Donnez un événement spécifique

Donnez un événement spécifique

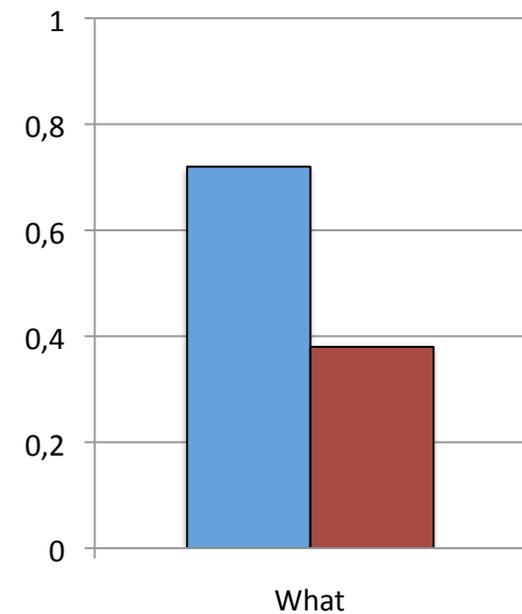
**Ce projet est-il
lié à un
événement
passé ?**

Projection dans le futur

Projets moins nombreux

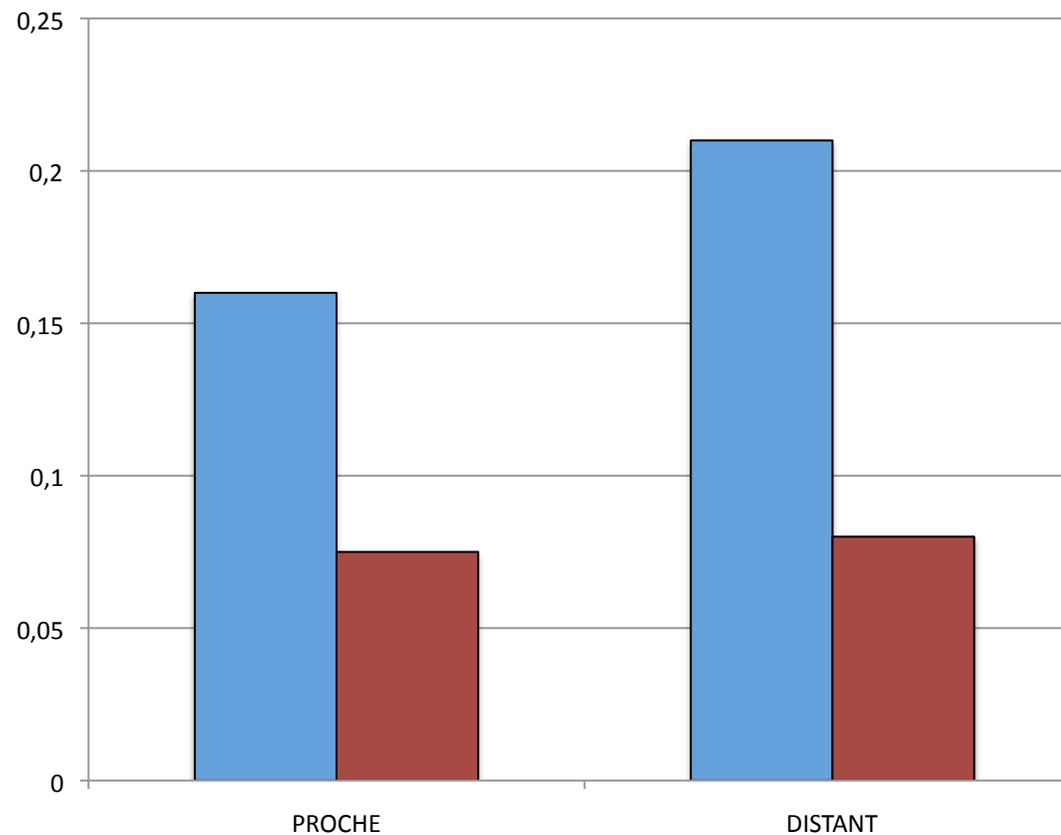


Moindre capacité de se
« représenter mentalement »
dans un événement futur

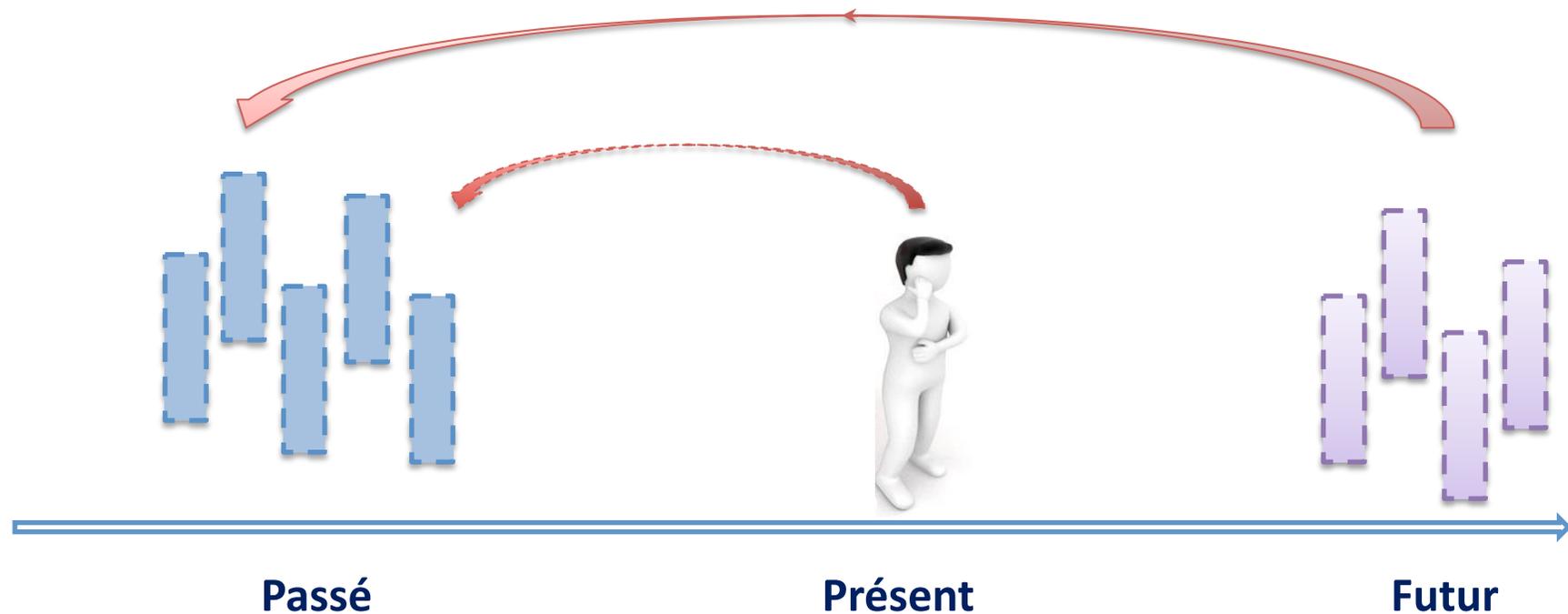


Projection dans le futur

Événements passés sous-tendant les
projets futurs plus vagues



Caractéristiques des souvenirs autobiographiques

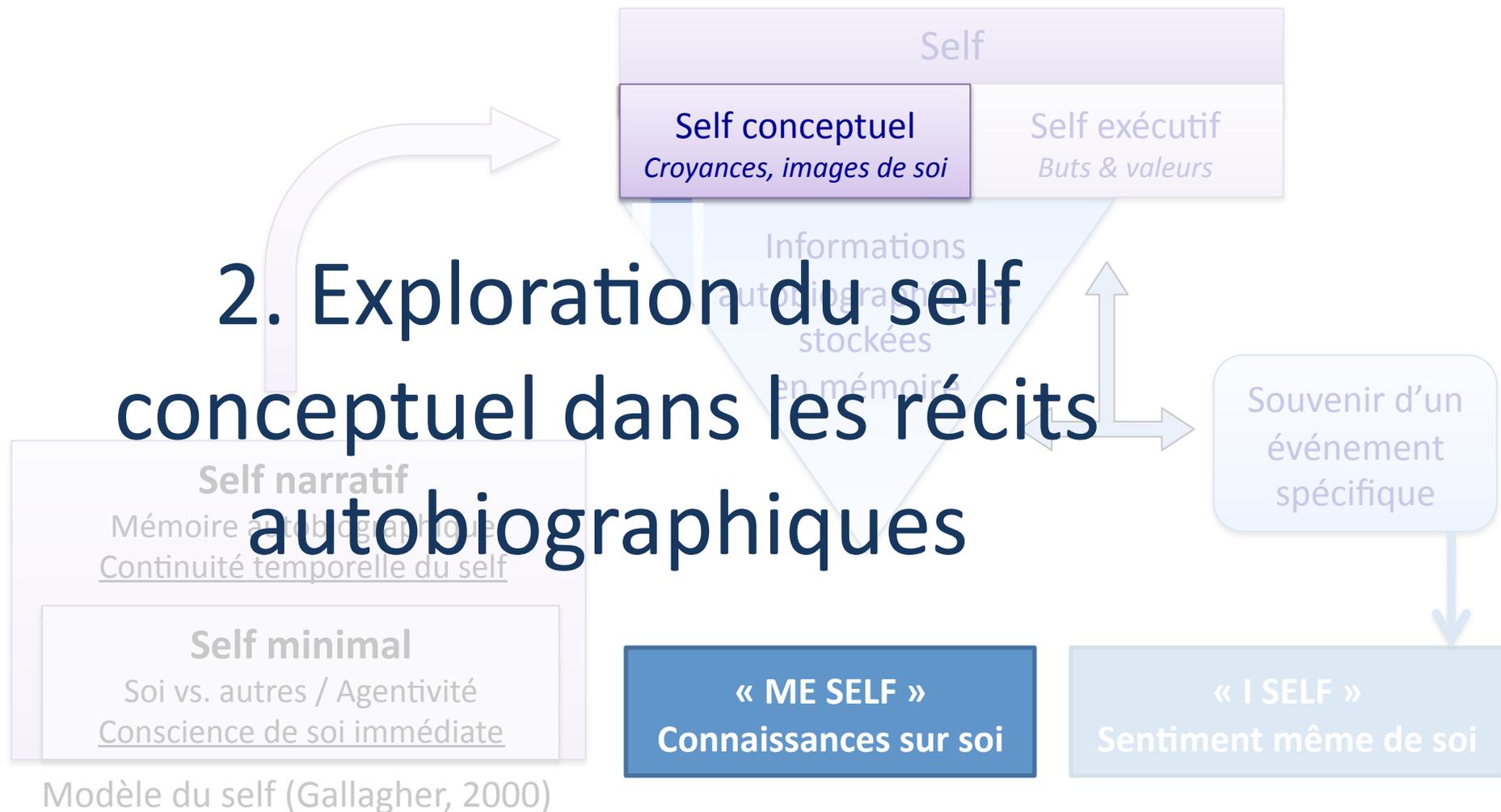


Altération du soi dans sa dimension temporelle
Implications cliniques

1. Exploration des caractéristiques des souvenirs autobiographiques



2. Exploration du self conceptuel dans les récits autobiographiques



Souvenirs liés aux images de soi

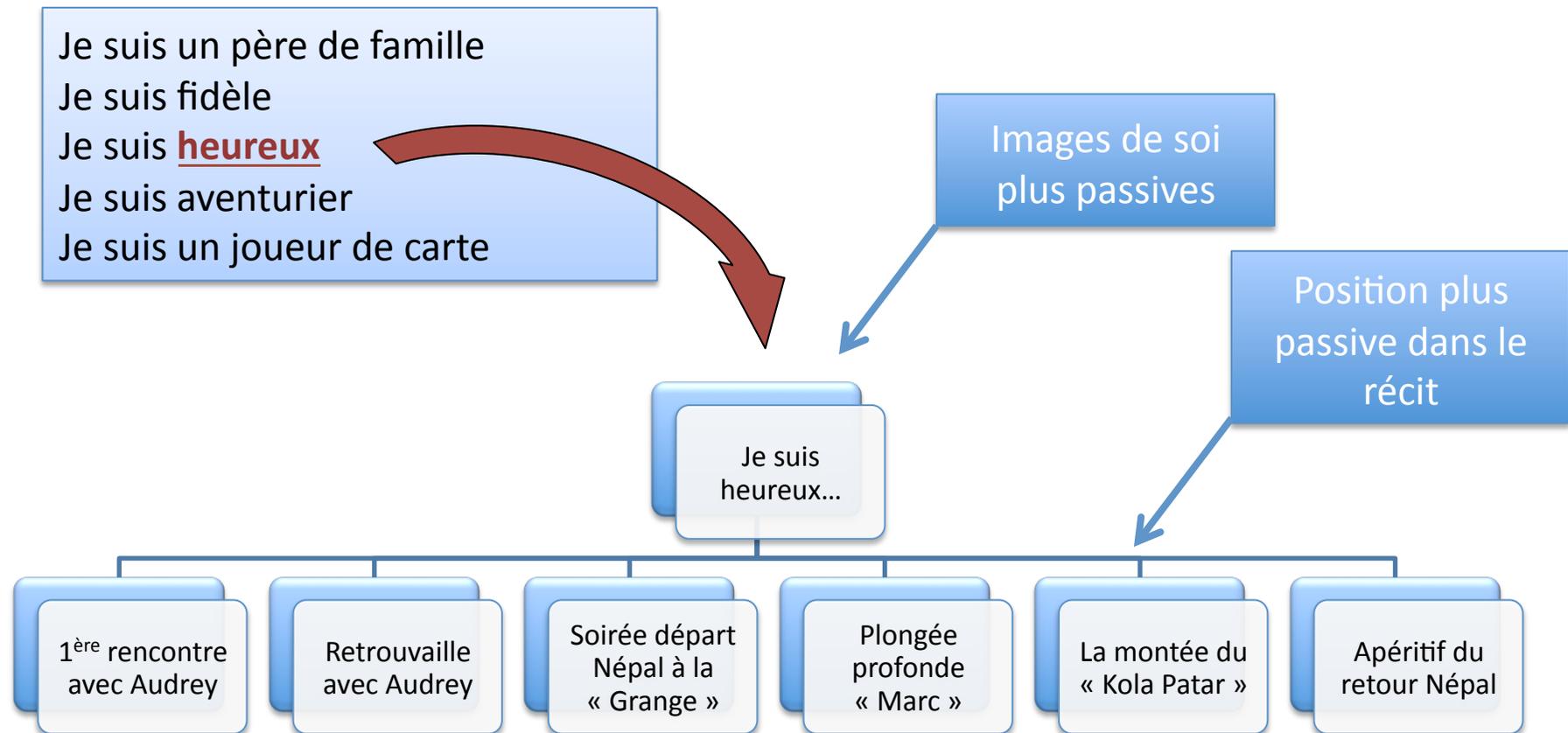
Donnez 20 qualificatifs vous définissant, en complétant la phrase « je suis... ».

« Il peut s'agir de rôles ou de fonctions (par exemple : je suis une mère, je suis vendeur(se)) de traits de personnalité (je suis courageux(se), je suis timide), ou de tout élément de votre choix qui définit votre identité ou l'image que vous avez de vous même. Essayez de faire en sorte que ce soient des aspects persistants de votre identité depuis plus d'un an, plutôt que juste un reflet de comment vous vous sentez aujourd'hui.

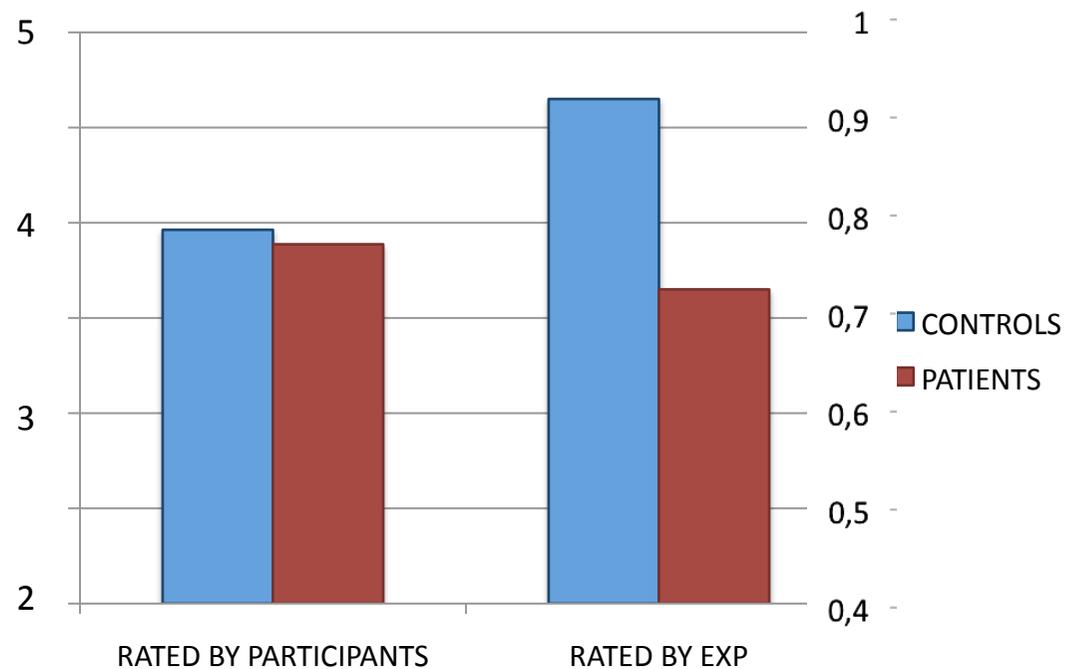
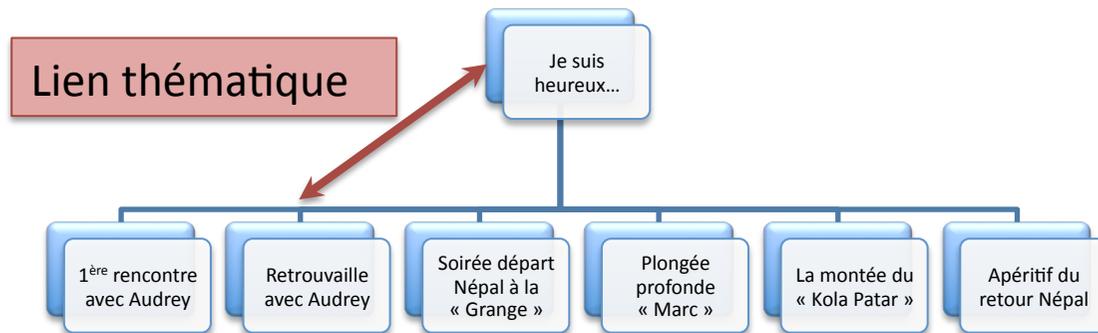
Patiente
de 44 ans

1. Je suis ..la mère de
2. Je suis ..rêveuse
3. Je suis ..bohème
4. Je suis ..parassieuse
5. Je suis ..penseuse
6. Je suis une femme de 44 ans
7. Je suis quelqu'un qui a souffert de schizophrénie
8. Je suis... la sœur de ...
9. Je suis... la fille malheureuse de ...
10. Je suis... la fille chérie de Charles
11. Je suis une éternelle et ... chercheuse
12. Je suis... une lectrice assidue
13. Je suis... une bonne mère
14. Je suis... plutôt zen
15. Je suis... cool avec mon fils
16. Je suis... cool avec les gens en général
17. Je suis... préoccupée par les autres
18. Je suis... généreuse
19. Je suis... un peu prodigue
20. Je suis... intèrénce par le devenir du monde et mon rôle.

Souvenirs liés aux images de soi



Souvenirs liés aux images de soi



Souvenirs définissant le soi

- Il s'agit de souvenirs marquants pour vous :
 - Dont vous vous souvenez très clairement
 - Qui vous aident à expliquer qui vous êtes en tant qu'individu
 - Que vous donneriez à une personne si vous vouliez qu'elle vous comprenne d'une manière approfondie
 - Qui s'accompagnent d'une forte émotion quand vous y repensez...

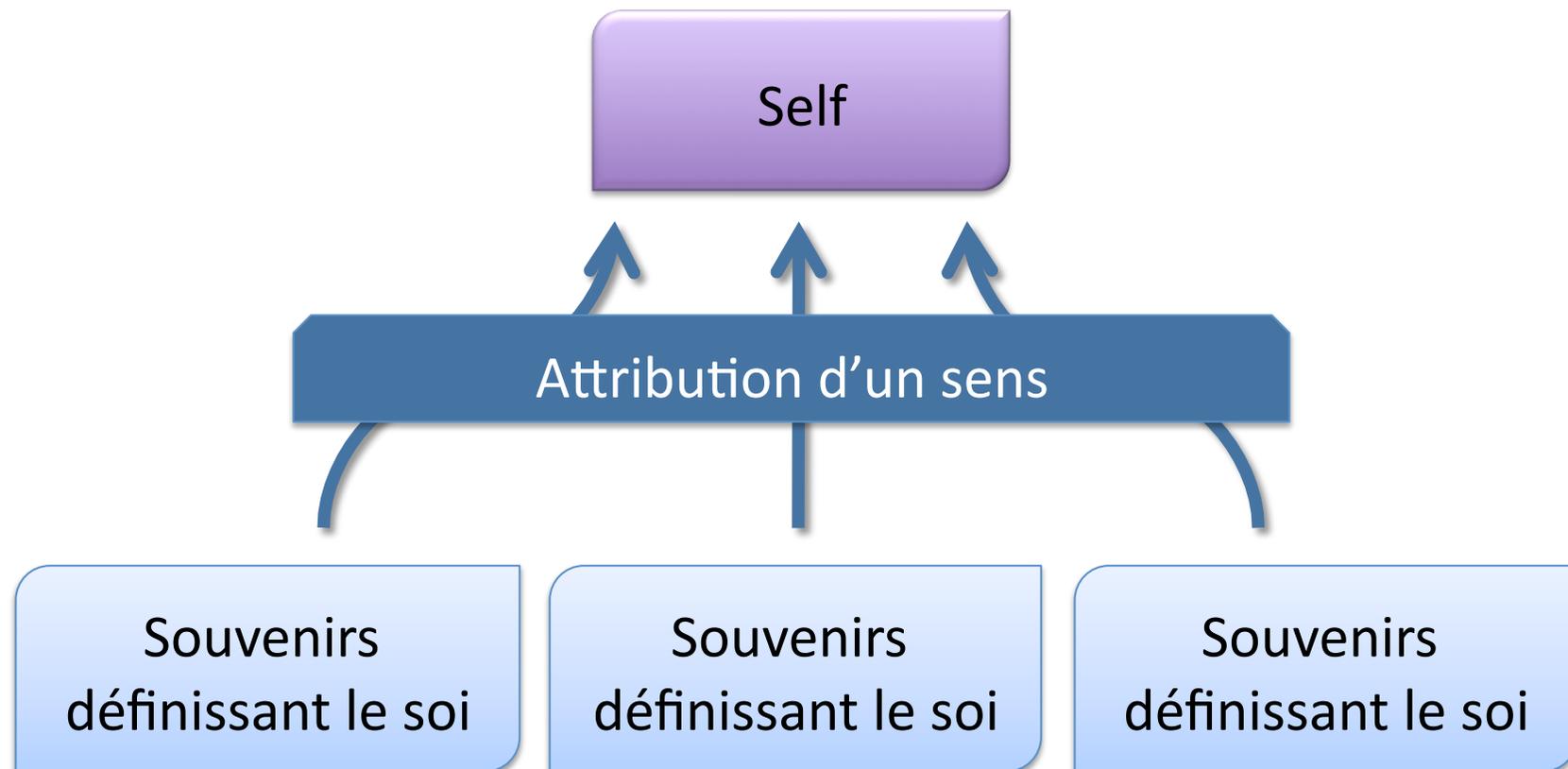
Souvenirs définissant le soi

J'avais 12 ans, c'était en montagne avec mon ami Max. Nous étions partis en forêt dans notre cabane et nous avons trouvé un bidon d'essence en route. On s'amusa à faire du feu quand le bidon s'est enflammé. Max a été gravement brûlé au visage. J'ai pratiqué les quelques gestes de secours que je connaissais et je l'ai porté sur mon dos pendant plusieurs kilomètres pour le ramener au village (...)

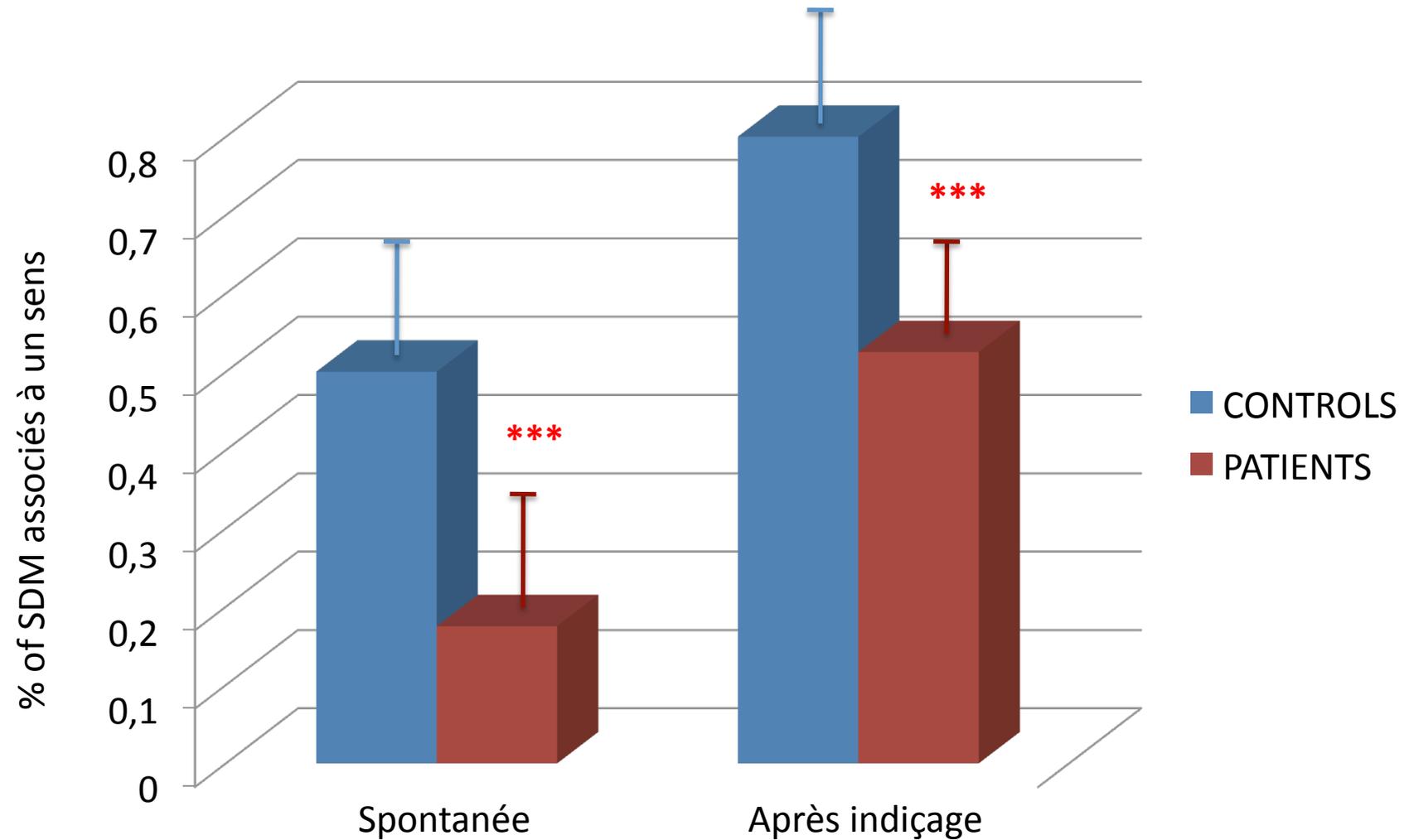
J'ai choisi ce souvenir marquant déjà parce qu'aujourd'hui je suis pompier et parce que c'était une aventure assez forte à gérer. Elle m'a aidé à me forger et m'a prouvé que j'ai un caractère assez fort.

Souvenirs définissant le soi

et leur intégration au sein du self (Blagov & Singer, 2004)



Attribution d'un sens

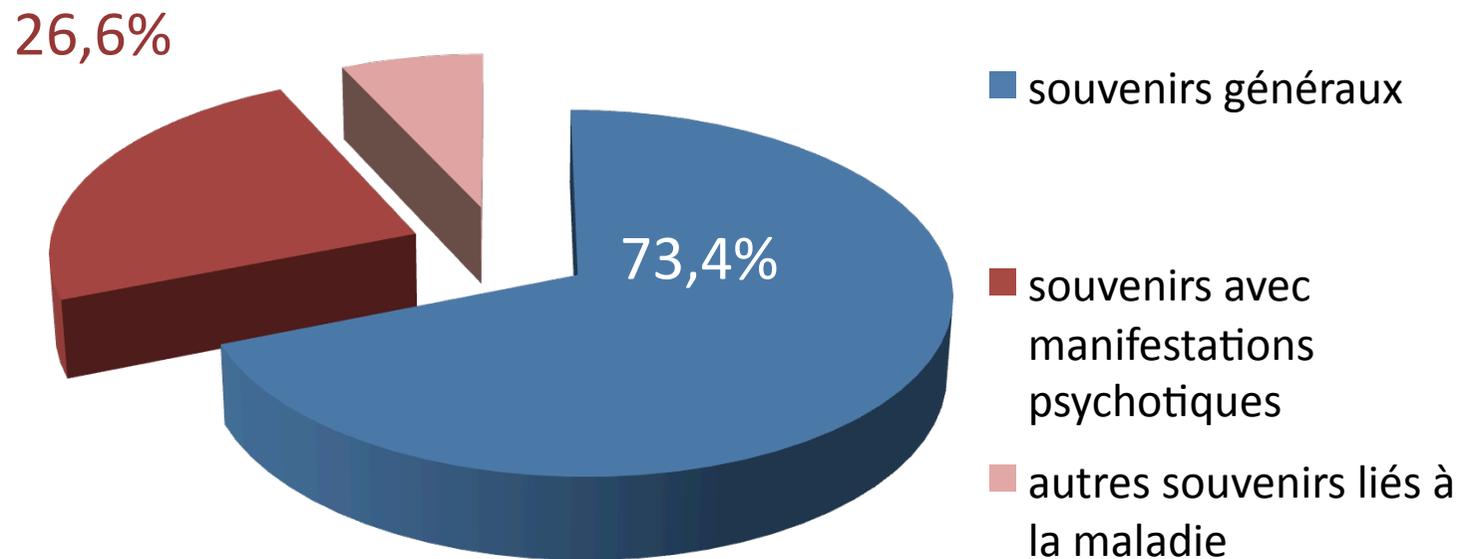


Attribution d'un sens

	Patients	<i>r</i>	<i>p</i>
Intellectual level	IQ (WAIS-R)	0.05	0.84
Executive functions	Updating (N-Back)	0.43	0.03*
	Flexibility (TEA – median RT)	- 0.45	0.03*
	Fluencies	< 0.30	> 0.12
Clinical	PANSS - Negative score	- 0.47	0.02*

Souvenirs définissant le soi liés à la maladie

- Parmi les 5 souvenirs racontés
 - 16 patients sur 24 (66,7%) choisissent comme « souvenir définissant leur identité » au moins un souvenir se rapportant à leur maladie



Souvenirs définissant le soi liés à la maladie

- Comment sont-ils intégrés au sein du self ?
 - Intégration cognitive diminuée
 - ↘ capacité d'attribution d'un sens
 - Intégration émotionnelle relativement préservée
 - ↗ rédemption (NS)
 - ↗ bénéfice émotionnel

Conclusion

- Les souvenirs autobiographiques des patients schizophrènes
 - Sont associés à une expérience subjective appauvrie
 - Ces altérations concernent en particulier des souvenirs jouant un rôle de pilier pour l'identité
 - > **Affaiblissement du « I Self »**
- Les récits autobiographiques d'événements marquants ou étroitement liés au self
 - Sont moins intégrés au self du fait d'une moindre capacité de leur donner un sens
 - Sont en partie intégrés via des processus plus émotionnels
 - > **Défaut de construction du « Me Self » ?**

Conclusion

- Implications cliniques
 - La moindre capacité de donner un sens et de tirer les leçons d'expériences marquantes de leur vie pourrait expliquer la trajectoires de vie souvent incohérentes de certains patients
- Implications pour la psychothérapie
 - Remédiation cognitive visant à renforcer la précision et la richesse en détail des souvenirs
 - Thérapie encourageant 1) la capacité de donner un sens aux expériences marquantes de la vie (Singer, 2005) et 2) le renforcement des liens entre souvenirs et certaines caractéristiques de ce qui les définit.

En vous remerciant pour votre
attention

Remerciements à

J-M. Danion

M. Bennouna-Grenne

M.A. Conway

J. Potheegadoo

P. Vidailhet

P. Verry

« Mon cher Maître » – « Mon cher Docteur » : l'observation d'Emile Zola par Edouard Toulouse

J.-M. Vanelle vient de nous faire suivre avec beaucoup de brio et de talent un trajet qui nous a menés **de la littérature vers la psychiatrie** et vers l'observation médicale en psychiatrie.

Je voudrais vous proposer d'emprunter le trajet exactement inverse, un trajet qui va nous mener **de la psychiatrie vers la littérature**, en prenant pour objet de réflexion une monographie scientifique, rédigée en 1896 par un psychiatre, et consacrée à un homme de lettres du XIX^{ème} siècle.

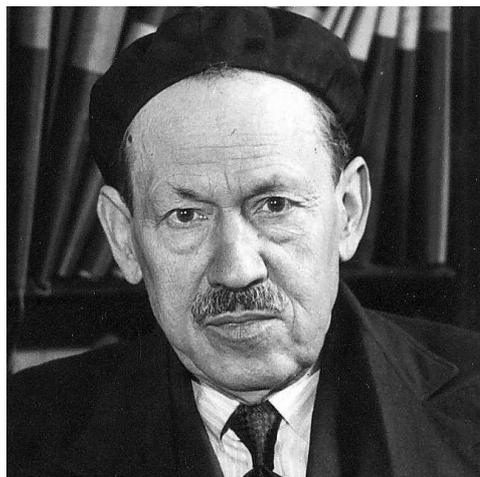


Emile Zola
A peu près au
moment de
J'accuse
(*L'Aurore*, 1898)

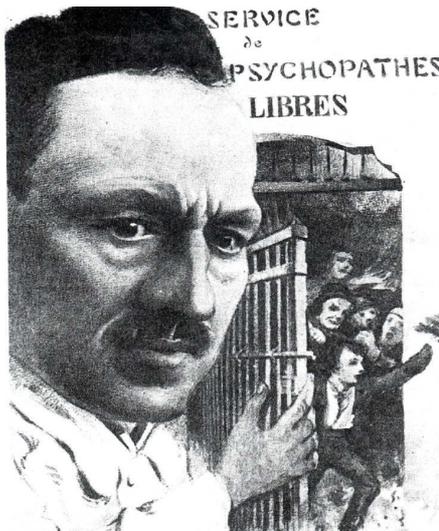
Si Emile Zola vous est naturellement connu, le psychiatre en question, Edouard Toulouse, l'est peut-être un peu moins :

- c'est un médecin, qui a été longtemps aliéniste à Villejuif ;
- c'est un des fondateurs, avec Alfred Binet, de la psychologie expérimentale, conçue, dans la lignée de la psychophysique de Weber, Fechner et Wundt, comme une mesure des phénomènes psychologiques et en particulier des sensations ;
- il ouvre très tôt un laboratoire de psychologie expérimentale, reconnu en 1900 par l'Ecole Pratique des Hautes Etudes ;
- c'est un pionnier de la sélection scolaire et de l'orientation professionnelle, l'initiateur du mouvement psychotechnique et de la docimologie ;

- c'est un homme de gauche, un militant social engagé, un « prototype du savant républicain engagé » (M. Huteau), imprégné de l'idéologie positiviste et scientifique de son temps ;
- c'est un penseur et un théoricien de la "biocratie", c'est-à-dire d'un avenir idéal normé par la biologie ou encore « le gouvernement par les sciences de la vie », une utopie sociale qui vise à une rationalisation hygiéniste et eugéniste de la société en fonction des aptitudes et des compétences psychophysiologiques de chacun de ses membres. Je reviendrai sur ce projet de réorganisation de la vie humaine sur des bases scientifiques dont je me contente pour l'instant de vous donner un aperçu assez glaçant de son programme : « Le point de vue biologique doit être la base de toute organisation de la société, qu'il s'agisse des aliments ou des vêtements, du nombre d'enfants ou de l'éducation, ou même des besoins psychiques satisfaits par l'étude et par l'art. »
- Edouard Toulouse est peut-être enfin davantage connu de vous pour avoir été en 1922 le créateur à Sainte-Anne du premier service de psychiatrie ouvert, le service libre de prophylaxie mentale du département de la Seine, avec dispensaire et hôpital ouvert, qui deviendra en 1926 l'Hôpital Henri Rousselle. C'est lui aussi qui a été à l'origine sous le Front Populaire du changement de dénomination des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques.



Edouard Toulouse
(1865-1947)



Edouard Toulouse et la naissance du service libre
Caricature de *Chanteclair*, 1922

En 1896, c'est un jeune chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, d'à peine 30 ans quand il décide de s'intéresser aux rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie, en enquêtant sur un illustre écrivain contemporain, retenu précisément pour sa notoriété.

Il reprend, ce faisant, une problématique déjà ancienne, qui est celle des relations entre le génie et la folie, qui, au XIXème siècle, avait déjà été traitée :

- par exemple, par Moreau de Tours, pour lequel la génialité se définit par un état maladif du cerveau et par une excitabilité accrue du système nerveux central ;
- ou encore, par un contemporain de Toulouse, le turinois Cesare Lombroso (*L'homme de génie*, traduction française 1889), pour lequel l'inspiration constitue chez les dégénérés un équivalent comitial, et le génie une forme larvée d'épilepsie.

Si son travail s'inscrit dans une longue tradition d'études médico-historiques ou de pathographies, son originalité, c'est de travailler *in vivo* par une méthode d'observation non plus historique et indirecte, mais directe et totale. Toulouse se propose en effet une observation totale, au moins la plus exhaustive, une caractérisation objective et un abandon de l'impressionnisme pour la mesure standardisée et l'évaluation quantifiée, bref : **un examen total.**

Outre Zola, il contacte en 1895 plusieurs célébrités de l'époque qui toutes donnent leur accord : Alphonse Daudet, Puvis de Chavannes, Rodin, Dalou, Saint-Saëns, Marcelin Berthelot, Jules Lemaître, Edmond de Goncourt et plus tard : Pierre Loti, Stéphane Mallarmé, Henri Poincaré.

Seules deux études voient le jour : Zola en 1896, et une étude beaucoup moins développée et qui aura beaucoup moins de retentissement, sur Poincaré, en 1910.

Zola, quant à lui, est, dans le temps où l'enquête est menée, au faite de sa gloire littéraire. Il a clos en 1893 par *Le docteur Pascal* le cycle des Rougon-Macquart où il a voulu matérialiser l'histoire des doctrines médicales sur l'hérédité. Le Maître de l'école naturaliste est enthousiasmé par le projet de Toulouse et, pendant un an, à Paris et à Médan, il se prête avec patience et franchise à de multiples entretiens, examens, investigations et expériences.

Il se prête d'autant plus volontiers à ce rôle de "matière à observer comme à l'hôpital" ou de sujet volontaire (on n'ose pas dire volontaire sain) que lui-même a voulu appliquer au roman la méthode expérimentale de Claude Bernard (il s'en explique dans les textes du *Roman expérimental*), qu'il voulait travailler comme un savant sur fiches, enquêtes et dossiers, de façon méthodique et volontaire, et qu'il partageait avec Toulouse les mêmes idéaux positivistes et scientifiques. Pour Toulouse comme pour Zola, l'essentiel, c'était, au fond, d'accumuler par l'observation et l'expérimentation, les faits, les chiffres, les descriptions les plus réalistes et les plus fidèles possibles.

Zola va donc être étudié sous toutes les coutures, disséqué, analysé avec son plein consentement et sa participation active :

« Pendant près d'une année, j'ai vu le docteur Toulouse plusieurs fois par semaine. Il venait causer, ou bien faire sur moi quelques expériences. Dans les premiers temps surtout il se défiait de ma véracité, il me tendait des pièges ; c'était bien inutile, car je savais ce que je faisais en me prêtant à son examen, je voulais fermement le faire, et j'étais décidé à la plus totale confession. Si l'on veut connaître mes raisons, qu'on les cherche dans toutes mes œuvres et dans toute ma vie.

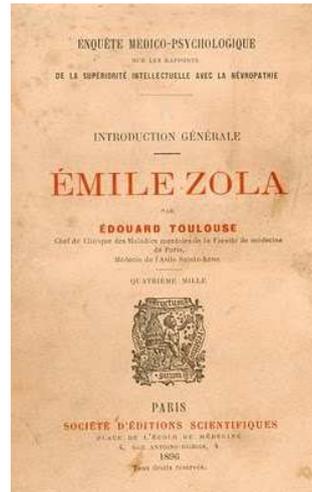
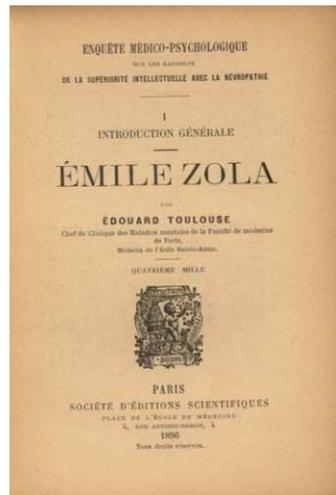
Je l'admirais beaucoup, il me devenait cher, le docteur Edouard Toulouse. Il a des titres...Mais si je m'attachais à lui, c'était surtout en le voyant si ardent, si prudent, à la recherche de la vérité. Il opérait avec un soin merveilleux, toujours dans le doute, voulant tout pénétrer, tout contrôler par lui-même, soucieux d'une méthode logique et sûre. Avec cela, un simple savant, n'empiétant sur aucun autre domaine, ne s'inquiétant jamais des conséquences possibles, allant à la certitude, au fait constaté et prouvé, avec une ingénuité de sauvage dans une forêt vierge. »

Passé en revue, classé, sondé, investigué, documenté, mesuré dans toutes ses dimensions physiques et psychologiques, mis en tableaux, en diagrammes, en graphiques, en résultats d'expériences, Zola donne à Toulouse une lettre-préface où non seulement il confirme son consentement et son autorisation de publication des données, mais où il contresigne le texte comme authentique et vrai :

« Et je vous donne aussi mon autorisation, parce que je n'ai jamais rien caché, n'ayant rien à cacher. J'ai vécu tout haut, j'ai dit tout haut, sans peur, ce que j'ai cru qu'il était bon et utile de dire. Parmi tant de milliers de pages que j'ai écrites, je n'ai à en renier aucune. Tous ceux qui pensent que mon passé me gêne, se trompent singulièrement, car ce que j'ai voulu, je le veux encore, et à peine si les moyens ont changé. Mon cerveau est comme dans un crâne de verre, je l'ai donné à tous et je ne crains pas que tous viennent y lire. (...) Merci d'avoir étudié et étiqueté ma guenille. »

(A la même époque Zola est bigame depuis 1888 et, de sa maîtresse, Jeanne Rozerot, il a eu deux enfants. Alexandrine Zola n'est informée de la liaison de son mari et de sa deuxième vie affective que depuis 1891.)

A écrivain qui se veut total et complet (rappelons cette consigne de la préface des *Nouveaux contes à Ninon*, aux débuts de l'écrivain et plusieurs fois reprise par la suite : "...tout voir, tout savoir, tout dire. Je voudrais coucher l'humanité sur une page blanche, tous les êtres, toutes les choses ; une œuvre qui serait l'arche immense."), observation totale et complète.



L'ouvrage lui-même forme un volume de 286 pages où le tout de l'intimité de Zola est méthodiquement, scrupuleusement, minutieusement exposé et mis à plat. Il s'agit, si l'on veut, d'une étude de cas, d'un *case report*, synchronique et diachronique, multidisciplinaire et pluri-professionnelle, puisque Toulouse s'est entouré de très nombreux spécialistes, convoqués et mobilisés autour de Zola, à la façon d'un panoptique inverse :



- F. Galton (dactyloscopie)
- L. Manouvrier (anthropométrie)
- Ch. Henry (dynamométrie)
- A. Bertillon (fiche signalétique)
- J. Crépieux-Jamin (graphologie)
- A. Binet (laboratoire de psychologie physiologique)
- A. Robin (nutrition)
- H. Huchard (cardiologie)
- P. Bonnier (audition)
- Ch. Sauvinau (OPH)
- J. Passy (odorat)
- (...)

Le plan est celui d'une observation médicale :

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Lettre de M. Emile Zola.....	V
Préface.....	IX
Introduction générale. La supériorité intellectuelle et la névropathie.....	1
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	1
I. D'Aristote à Lélut.....	1
II. Réveillé-Parise.....	3
III. Moreau (de Tours).....	4
IV. Lombroso.....	6
CHAPITRE SECOND. — Défauts des observations historiques.....	19
I. Les observations.....	19
II. Méthode de Lombroso.....	20
III. Méthode historique.....	25
CHAPITRE TROISIÈME. — De l'observation directe.....	27
I. Avantages et inconvénients.....	27
II. Le secret médical.....	30
III. Utilisation des observations.....	34
CHAPITRE QUATRIÈME. — Du choix des personnalités.....	36
I. Définition du génie.....	36
II. Ses caractères.....	39
III. Choix des personnes.....	41
CHAPITRE CINQUIÈME. — Examen du sujet. Causes et signes de la névropathie.....	45
I. Indications générales.....	45
II. Rapports de la névropathie et de la supériorité intellectuelle.....	48



284

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
III. Causes du tempérament névropathique.....	54
IV. Névropathie et dégénérescence.....	65
CHAPITRE SIXIÈME. — Causes et signes de la supériorité intellectuelle. Examen général.....	74
I. Héritéité.....	72
II. Supériorité intellectuelle acquise.....	79
III. Examen physique.....	88
IV. Examen psychologique.....	100
Observation de M. Emile Zola.....	105
CHAPITRE PREMIER. — Antécédents héréditaires.....	108
1. Branche paternelle.....	108
2. Branche maternelle.....	111
CHAPITRE SECOND. — Antécédents personnels.....	114
1. Evolution physique.....	114
2. Evolution psychique.....	120
CHAPITRE TROISIÈME. — Examen physique.....	127
1. Examen anthropologique.....	128
2. Appareil circulatoire.....	142
3. Appareil respiratoire.....	146
4. Appareil digestif et anexe.....	146
5. Motricité.....	151
6. Système nerveux.....	154
CHAPITRE QUATRIÈME. — Examen psychologique.....	167
1. Fonctions sensorielles.....	169
I. Perceptions tactiles.....	169
II. Perceptions visuelles.....	170
III. Perceptions auditives.....	172
IV. Perceptions olfactives.....	173
V. Perceptions gustatives.....	175
VI. Perception de l'espace.....	176
VII. Perception du temps.....	176
VIII. Perceptions en rapport avec les sensations internes.....	178
2. Fonctions motrices.....	180
3. Langage.....	181
I. Nature des images mentales.....	181
II. Langage parlé.....	184
III. Langage écrit.....	184
4. Mémoire.....	190
I. Mémoire des sensations tactiles.....	185



TABLE DES MATIÈRES		285
	Pages	
I. Mémoire des sensations visuelles.....	195	
a) Forme et couleur associées.....	195	
b) Forme.....	200	
c) Couleur.....	204	
d) Mouvement.....	205	
III. Mémoire des sensations auditives.....	205	
IV. Mémoire des sensations olfactives.....	205	
V. Mémoire des sensations gustatives.....	206	
VI. Mémoire des sensations générales.....	206	
VII. Mémoire affective.....	206	
VIII. Mémoire des idées.....	207	
IX. Mémoire du langage.....	207	
a) Lettres.....	207	
b) Mots.....	208	
c) Phrases.....	211	
d) Chiffres.....	224	
5. Attention. Observation.....	224	
6. Temps de réaction.....	227	
7. Assimilation.....	235	
8. Idéation.....	235	
I. Association des idées.....	236	
II. Nature des idées.....	247	
III. Idées morbides.....	250	
9. Imagination.....	252	
10. Jugement et suggestibilité.....	254	
11. Emotivité.....	258	
12. Volonté.....	262	
13. Caractère.....	263	
14. L'Œuvre.....	265	
I. Origine des conceptions esthétiques de M. Zola.....	265	
II. Procédés de composition.....	268	
III. Conditions et méthode de travail.....	274	
Conclusion.....	279	
Table des matières.....	283	



L'examen psychologique à lui seul occupe plus de 100 pages et s'appuie sur une batterie de tests, d'expériences et de réponses à des questionnaires et à des inventaires, que nous dirions aujourd'hui neuropsychologiques, dont beaucoup mis au point par le laboratoire de Binet.

Nous n'ignorons plus rien de l'homme au crâne de verre, de son développement, de ses mensurations, de l'état de sa denture, de ses ennuis de santé, de son hérédité, de son transit, de sa pilosité, de sa myopie, de sa lutte contre l'obésité, de ses empreintes digitales, de ses performances cognitives, de ses idées obsédantes de doute et d'arithmomanie qui, jointes à une pollakiurie, à de fausses cystites et à des précordialgies pseudo-angineuses, sont interprétées comme des « tics névropathiques ».

Le tout est livré dans une disparate cumulative, dans une accumulation de données en apparence gratuites, avec l'espoir exprimé par le promoteur principal de l'étude que si ces données n'ont pas de pertinence scientifique actuelle évidente, elles pourront toujours servir un jour et avec un degré maximal de précision qui nous fait nous rappeler avec Flaubert que « la précision est la perfection des sots ».

EXAMEN PULSIQUE 431

parois et autres s'équilibrant, on soit autorisé à établir ce rapport. Toutefois il ne semble pas que les os du crâne de M. Zola soient plus volumineux que chez d'autres. Il y a donc des probabilités pour qu'il ait un volume cérébral supérieur à la moyenne.

L'oreille droite a 0 m. 609 de longueur au lieu de 0 m. 663 et 0 m. 631 de largeur au lieu de 0 m. 637, chiffres moyens (longueur pour la taille de M. Zola). Elle est donc beaucoup plus haute que large.

La corne gauche a 0 m. 467 au lieu de 0 m. 462. Il est à noter que la corne droite est plus grande (0 m. 467). Le métrus gauche mesure 0 m. 117 au lieu de 0 m. 116, il est plus petit que le droit (0 m. 118).

L'articulation gauche a 0 m. 098 au lieu de 0 m. 091, c'est-à-dire est plus petite que la moyenne. Il n'y a pas pour ce doigt d'asymétrie de longueur; et le droit a exactement la même dimension.

Le pied gauche mesure 0 m. 262 au lieu de 0 m. 261, c'est-à-dire est plutôt petit. Il est en outre sensiblement plus court que le droit (0 m. 267).

Voici maintenant les renseignements descriptifs de la fiche signalétique établie par M. A. Berillon, et que l'on peut comparer aux photographes de profil et de face (V, p. 132) prises par le même.

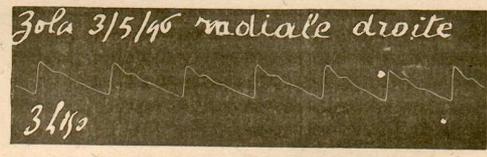
<p>Arrière moyennes. Inclinaison inférieure. Face. Nasale grande. Particularités : Dentes vertes.</p>	<p>N° de classe 4. Arrière-chélon moyen. Profil en cas de verditte.</p>
---	---

EXAMEN PULSIQUE 432

<p>Basile Profondeur de la moyenne. Bouche rectiligne, moyenne. Bouche légèrement relevée. Nasale moyenne. Nasale moyenne. Particularités : Front bilobé, nasale simple.</p>	<p>Basile sans relief moyenne. Profil moyen : supériorité profondeste. Epines : moyenne. Nasale : saillant. Nasale : bas. Particularités : nasale moyenne. Particularités : à coin charnière.</p>
<p>Basile, — origine moyenne; — supérieure grande; — postérieure grande. Osmaxillaire adhérente. Lab. Denture éperon. Adhérence légèrement bandée. Mandibule. Denture à grande. Ant-tragus. Inclinaison oblique. Profil rectiligne. Denture normale. Intermédiaire. Denture en petit. N°. — inférieure carré. — supérieure intermédiaire. Forme rectangulaire.</p>	<p>Basile, — origine petite; — supérieure moyenne; — postérieure grande. Osmaxillaire adhérente. Lab. Denture éperon. Adhérence légèrement bandée. Mandibule. Denture à grande. Ant-tragus. Inclinaison oblique. Profil rectiligne. Denture normale. Intermédiaire. Denture en petit. N°. — inférieure carré. — supérieure intermédiaire. Forme rectangulaire.</p>

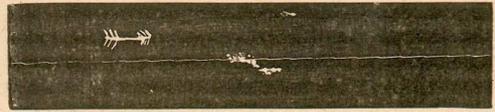
1. Les particularités des osmaxilles de M. Zola sont que l'articulation est presque complètement absente et celle que la denture est simple.

pouls est plutôt lent (55 en moyenne), ainsi qu'il résulte de mes observations répétées. Le soir, après une journée de travail, il est quelquefois moins rapide. Il m'est souvent arrivé de constater, après une longue séance d'examen faite avant le dîner et alors qu'un certain énerverment se manifestait, un nombre de pulsations égal ou même inférieur à 55 par minute. Ce pouls lent du soir pourrait être un signe d'insuffisance hépatique et rénale.



Tracé sphygmographique (réduit de 1/9^e environ).

l'inscrire graphiquement, ainsi que le montre la figure suivante.



Pouls capillaire (réduit aux 3/5^e).

Chez M. Zola, je l'ai toujours observé, même le matin avant tout travail intellectuel. Mais il est plus fort vers la fin de la journée. J'ai voulu essayer de le faire disparaître sous l'influence de la piqûre de la peau (Klippel et Dumas); mais la grande émotivité de M. Zola lui faisait retirer le bras à la moindre piqûre, de telle sorte que les grands déplacements du membre faisaient perdre de vue le mouvement rythmé de la goutte d'eau.

manipulations légères des voies respiratoires. Il n'y a pas trace chez lui d'emphysème ni d'aucune altération pulmonaire. La respiration est d'habitude calme, régulière, d'une fréquence normale, d'environ 18 à la minute.

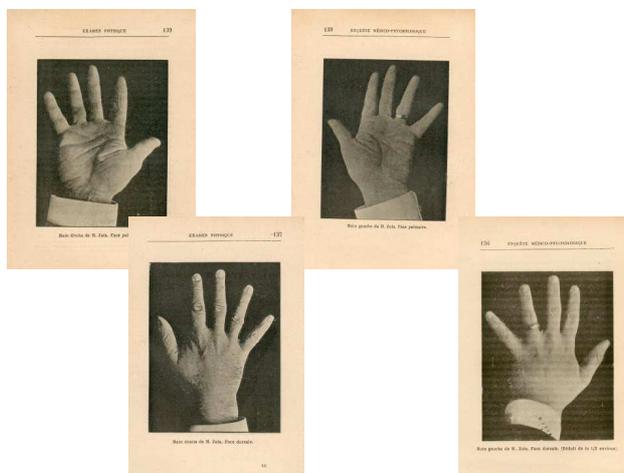
Le tracé pneumographique (V. plus haut) pris à 3 heures de l'après-midi après un repos assez long montre une respiration régulière, plutôt superficielle.



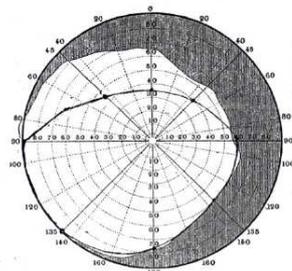
Respiration de M. Zola (réduit aux 3/5^{es}).

La ligne ascendante est celle de l'inspiration ; elle est plus courte et plus droite que la ligne descendante figurant l'expiration, ce qui est normal.

M. Zola a parfois des crises douloureuses de



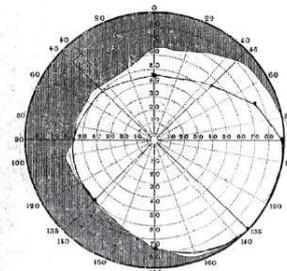
culaire, qui comprime le globe. L'acuité est égale à 2/3. En plus d'une myopie assez forte (- 10), il existe un léger astigmatisme de l'œil droit (- 1,50 axe vertical). Le soir, dans l'obscurité, il existe des sensations lumineuses qui ont les ca-



O.D. V_m
Champ visuel de M. Zola (œil droit).

ractères suivants. Elles ne se sont jamais produites que dans des lieux que M. Zola connaissait parfaitement. Il les a de ses deux yeux, ce qui prouve que la contracture de l'orbiculaire n'est pas la seule cause de ces sortes de phosphènes. M. Zola s'est

demandé si ce n'était pas là un phénomène d'évocation, le souvenir très intense des objets qu'il sait être près de lui. C'est, dans tous les cas, un état d'excitation sensorielle anormale. Il est à noter que ce trouble est assez ancien, bien que



O.G. V_m
Champ visuel de M. Zola (œil gauche).

M. Zola ne puisse préciser l'époque de son début. Enfin il est, jusqu'à un certain point, sous la dépendance de sa volonté ; car M. Zola peut le reproduire quand cela lui plaît, surtout le soir, en se mettant au lit.

- Le portrait de Zola est finalement celui d'un homme assez banal.
- Selon Toulouse, ce n'est ni un épileptique, ni un hystérique, ni un aliéné.
- C'est certes un névropathe, c'est-à-dire « un homme dont le système nerveux est douloureux », un émotif qui a la manie de toucher les becs de gaz dans la rue ou de ne sortir de chez lui que du pied gauche, mais cela ne suffit pas à en faire un dégénéré, sinon un "dégénéré supérieur" selon la catégorisation de Magnan.
- Enfin, on ne sait toujours pas si la névropathie est cause ou effet de la supériorité intellectuelle, ou si génie et folie partagent une cause commune.
- Et on ne peut que constater le caractère illusoire et l'échec d'un naturalisme scientifique qui prétendait en quelque sorte anatomiser le génie en le décomposant en éléments ou en fragments dont l'union livrerait enfin l'identité et le destin de l'homme de génie.
- L'investigation de Toulouse n'a produit aucun savoir inédit sur le génie et sur la créativité, de la même manière que l'iconographie de la Salpêtrière n'avait produit aucun nouveau savoir sur l'hystérie, sinon de belles, intéressantes et troublantes images.
- Un des résultats significatifs est cependant de rendre célèbre un jeune chef de clinique ambitieux. (Aristide Bruant lui consacre même une chanson !)

Trois remarques sur cette insolite entreprise :

Une **première remarque** m'est suggérée par le statut textuel de cet objet étrange et inédit :

- pathographie ?
- document clinique ?
- étude de cas ? *case report* ?
- enquête scientifique et médico-psychologique ?
- confession ?
- biographie ?
- forme particulière d'écriture et de pratique de soi ?

C'est une pathographie, si l'on veut, c'est-à-dire une biographie écrite du point de vue médical, une observation éclairée par la médecine et les sciences, mais réalisée du vivant même du sujet d'étude et avec sa collaboration très active, ou plutôt une autobiopathographie ou encore, comme le propose J. Carroy, une "autobiographie à deux" ou une "écriture à quatre mains", si l'on considère qu'elle est le résultat d'un dialogue, d'un

procès de communication entre deux auteurs qui partagent ici la même culture et les mêmes valeurs et qui peuvent tous deux signer et contresigner l'enquête.

Zola se prête à ce qui a été jugé immédiatement par ses contemporains scandalisés comme une « vivisection » où il contribuerait à sa propre dissection : c'est donc un texte et une entreprise qui ont aussi le statut d'une auto-expérimentation.

Et ce n'est pas un hasard si Zola vient d'achever le cycle des *Rougon* par un roman, le 20^{ème} de la série, où il met en scène un médecin, le docteur Pascal, dont les travaux sur l'hérédité lui font prendre sa propre famille et lui-même comme objet d'étude et champ d'expérience. Le docteur Pascal est en effet un auto-expérimentateur, qui, amoureux de sa nièce, s'injecte de la matière nerveuse animale, à la recherche d'"une véritable et scientifique fontaine de Jouvence", à l'instar de Brown-Séquard qui, à la même époque (1889), s'injecte pour rajeunir des extraits de sucs testiculaires de singe et de chien. Fort de sa science, le docteur Pascal peut prédire sa mort, la date et les circonstances et couronner son Arbre généalogique par la rédaction de sa propre notice : "...il s'acheva, d'une écriture haute et brave : *Meurt, d'une maladie de cœur, le 7 novembre 1873.*"

En donnant lui-même, *scientiae causa*, tous ces détails surabondants sur sa vie intime, sur ses antécédents personnels et familiaux, sur son fonctionnement privé, sur sa constitution nerveuse, sur sa santé et sur sa psychopathologie, Zola accepte au fond le risque d'être inscrit lui-même, tel le docteur Pascal, dans la série des Rougon-Macquart, dont l'enquête co-signée Toulouse-Zola pourrait constituer le 21^{ème} et ultime volume.

Deuxième remarque

L'homme au crâne de verre, qui voue son cerveau et qui dédie son corps au regard de la science, est exemplaire d'un souci d'accéder à l'invisible, en un temps où la question de l'accès à de nouvelles visibilité est au cœur des préoccupations.

1895 est en effet la date de la découverte par Röntgen des rayons X, de la radiographie et de la radioscopie ; c'est aussi la date de naissance du cinématographe avec les frères Lumière ; c'est également la date de la découverte par Marconi de la

radiotéléphonie. C'est aussi la date de parution des *Etudes sur l'hystérie* et Freud, de son côté, était en train de se livrer à une féconde auto-analyse, auto-expérimentation canonique qui sera à l'origine de la *Traumdeutung*. C'est enfin la date à laquelle Freud utilise pour la première fois le terme de psychanalyse (en français dans un article sur "L'Hérédité et l'étiologie des névroses" pour *La Revue neurologique*). Autant de découvertes et d'explorations nouvelles de l'invisible.

A. Sandras-Fraysse en trouve un écho figuré dans une caricature de 1896 intitulée « La photographie de l'invisible », où l'on voit Zola radiographié et, par transparence, le contenu de son ventre, où se niche un double de l'écrivain entouré de ses livres.



De là une troisième remarque.

Dans la rencontre de Zola et de Toulouse, l'observateur Zola est observé par le jeune aliéniste comme pourrait être examiné un aliéné ou un criminel.

Un aliéné : et l'on pourrait montrer qu'à la même époque, de nombreux scientifiques, en quête de marqueurs, tentaient des paramétrages comparables de l'aliénation, comme par exemple Kraepelin.



La folie maniaco-dépressive
 [Traité de psychiatrie, chap. II, 1913, 8ème et dernière édition]
 Mollat, 1997

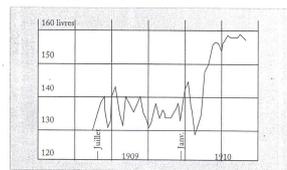


Figure 6. Oscillations pondérales intenses lors d'une manie



Figure 4. Signes dépressifs

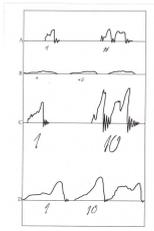


Figure 5. Courbes de pression graphique au cours de la folie maniaco-dépressive



Figure 4. Mouvement simple de flexion et d'extension du doigt chez un malade inhibé



Sigmund Freud n° 1, Marse



La folie maniaco-dépressive
 [Traité de psychiatrie, chap. II, 1913, 8ème et dernière édition]
 Mollat, 1997

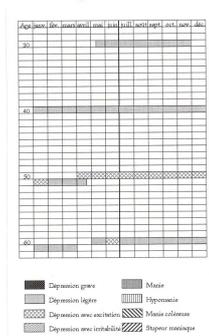


Figure 15. Dépression périodique (1)

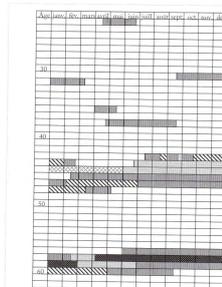


Figure 26. Folie circulaire (12)

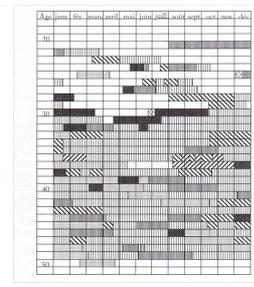


Figure 32. Folie circulaire irrégulière, empiétant presque toute la vie (18)

Un criminel : et l'on est amené à ce rapprochement par la prise des empreintes digitales, par les photographies face profil, réalisées par Bertillon dans les locaux de l'identité judiciaire de la préfecture de police, et où Zola garde la pose des repris de justice.



Racine (Profondeur de la) moyenne.
Dos reciligne, sinueux.
Base légèrement relevée.
Hauteur moyenne.
Saillie moyenne.
Largeur grande.
Particularités: front bilobé, narines empâtées.

Lèvres { *Hauteur naso-labiale* moyenne.
Proéminence: supérieure proéminente.
Épaisseur: moyenne.

Boûche { *Inclinaison*: saillant.
Hauteur: bas.
Dimension: moyenne.
Particularités: à coins abaissés.

Bordure. — *originelle* moyenne; — *supérieure* grande; — *postérieure* grande. *Ouverture* adhérente.
Lobe. *Contour*: équerre. *Adhérence* légèrement fondu.
Modèle uni. *Dimension* grande.
Anti-tragus. *Inclinaison* oblique. *Profil* rectiligne.
Renversement intermédiaire. *Dimension* petite.
Pli. — *inférieur* cave; — *supérieur* intermédiaire.
Forme rectangulaire.

Bordure. — *originelle* petite; — *supérieure* moyenne; — *postérieure* grande. *Ouverture* adhérente.
Lobe. *Contour*: équerre. *Adhérence*: légèrement fondu.
Modèle intermédiaire. *Dimension* grande.
Anti-tragus. *Inclinaison* oblique. *Profil* rectiligne.
Renversement intermédiaire. *Dimension* petite.
Pli. — *inférieur* cave; — *supérieur* intermédiaire.
Forme rectangulaire.

Barbille { *Dimension*: moyenne.
Particularités: en brosse.

1. Les particularités des oreilles de M. Zola sont que l'anti-tragus est presque complètement absent et enfin que la bordure est soudée.



(« Chez le prêtre comme chez l'aliéniste, il y a toujours quelque chose du juge d'instruction. »

Marcel Proust, *Le côté de Guermantes*)

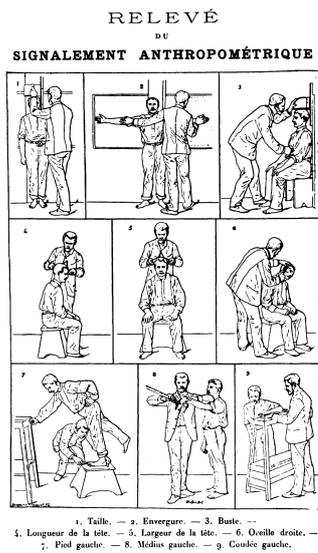


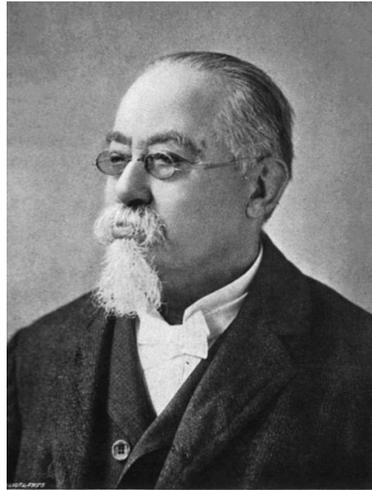
A Bertillon

“Types criminels”

Identification anthropométrique

(1893)



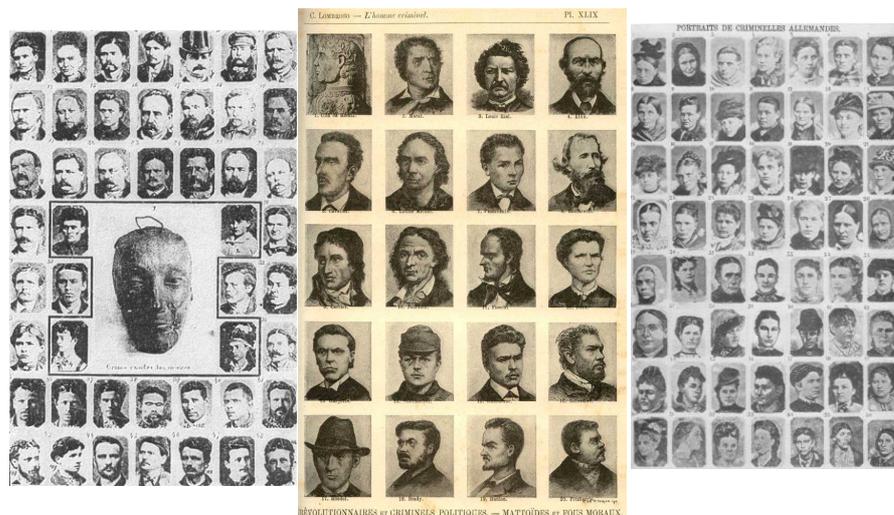


Cesare Lombroso
Du « criminel-né » à
la prophylaxie sociale



L'homme
criminel
(1876)





Cesare Lombroso
Atlas du crime

Un rapprochement très suggestif nous est proposé par l'historien italien Carlo Guinzburg entre des disciplines qui toutes naissent au XIXème siècle, siècle de naissance des grandes anthropologies interprétatives, qui toutes se proposent de rechercher un signe révélateur, un indice significatif même si en apparence négligeable ou imperceptible, et que Guinzburg propose d'appeler des disciplines indiciaires.

Trois contemporains, tous trois médecins, permettent à Guinzburg d'illustrer ce rapprochement : Giovanni Morelli (l'auteur italien d'une nouvelle méthode d'attribution des tableaux fondée sur l'examen minutieux des détails les plus négligeables: oreilles, doigts, ongles...), Sigmund Freud (qui a lu Morelli, qui le cite en 1914 dans son *Moïse de Michel-Ange* pour y trouver un modèle pour la psychanalyse, et dont la méthode analytique est largement basée sur la prise en considération de ce qu'il nomme le "rebut du monde phénoménal", lapsus, rêves, actes manqués...) et Sherlock Holmes (dont le créateur avait exercé la médecine avant de se consacrer au *detective novel*).

Plus avant, Guinzburg évoque deux acteurs de l'enquête menée par Edouard Toulouse : Alphonse Bertillon (pour l'anthropométrie criminelle et l'expertise biométrique) et Francis Galton (pour la méthode d'identification par l'étude des empreintes digitales ou dactyloscopie). Le paradigme est celui de la recherche et de la mise en évidence de traces (empreintes digitales, traces de sang, de sperme, traces photographiques...), indices, symptômes, empreintes, pistes, signes révélateurs dans des disciplines indiciaires

ou sémiotiques aussi différentes que la sémiologie médicale, la médecine légale, la psychanalyse, la graphologie, l'histoire de l'art, l'archéologie ou la paléontologie au XIXème siècle.

UN « PARADIGME DE L'INDICE »

- Giovanni Morelli (1816-1891)
- Sigmund Freud (1856-1939)
- Sherlock Holmes (Arthur Conan Doyle 1859-1930)

- Alphonse Bertillon
- Francis Galton
- Adolphe Quételet

- Paradigme : recherche et mise en évidence de traces, indices, symptômes, empreintes, pistes, détails caractéristiques qui trahissent et révèlent...
- Dans des disciplines indicielles ou sémiotiques :
 - Sémiologie médicale
 - Médecine légale
 - Portraits de police, identité judiciaire
 - Iconographie médicale et psychiatrique
 - Photographie médicale, microphotographie
 - Relevés ethnographiques
 - Anthropologie physique, anthropométrie
 - Anthropologie criminelle, criminologie
 - Physiognomonie, phrénologie
 - Psychanalyse
 - Graphologie
 - Histoire de l'art
 - Archéologie
 - Paléontologie
 - (...)

- C. GUINZBURG
« Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, octobre 1980, 6, 1-44.

Dernière remarque, qui sera ma **conclusion**.

A la fin de l'enquête, de Zola, sur Zola, nous sommes surabondamment informés par Toulouse, nous sommes informés d'à peu près tout, mais nous ne savons rien et nous n'avons pas vraiment gagné en connaissance sur l'écrivain ni sur les mécanismes de sa création.

Un autre romancier, praticien subtil du secret et d'un silence protecteur de l'intimité, qui publie dans la même année 1896 *The Figure in the Carpet*, commente ainsi l'enquête de Toulouse : "Quand nous désirons savoir, nous désirons tout savoir; or il se trouve qu'il y a certaines choses dont le mieux qu'on puisse dire est qu'elles ne nous regardent tout simplement pas." L'enquête ne laisse à Zola "pour ainsi dire plus un pouce de vie privée, plus rien de lui-même pour lui seul, pour ses amis, pour ses parents, pour ses intimes, pour ses amantes, pour la découverte, pour l'émulation, pour la tendre conjecture ou pour

l'envie flatteuse et illusoire." Zola s'en réjouit, au nom de ses ambitions naturalistes, mais, pour Henry James, il confond vérité et information. "Souvent, négliger ou ignorer n'est nullement superficiel, et rien n'est plus constructif (pour vivre et pour sentir) que de désirer farouchement faire le tri." Faire le tri, en latin c'est *secernere*, mettre de côté, réserver, mettre dans la réserve, au secret. "La vie privée, continue Henry James, exige silence et secret", qui "font partie des victoires de la civilisation".

L'abus ou l'excès de visibilité ne peut que déboucher sur une utopie totalitaire dont la biocratie dont je parlais au début est un très bel exemple. Dans la dernière partie de sa carrière, Edouard Toulouse a été le promoteur d'une nouvelle discipline : la biotypologie, définie par lui comme « la science de la personnalité humaine, en vue notamment d'un classement social ». Sur le modèle de la tentative de 1896, les « examens biotypologiques devront servir de base à la constitution d'un véritable livret biotypologique des individus, livret qui accompagnera l'enfant dans toute sa vie scolaire, l'adolescent et l'adulte dans toute leur carrière professionnelle ». Le profil biotypologique « constituera une véritable carte d'identité biologique, à laquelle on devra se référer toutes les fois qu'une décision devra être prise concernant l'activité individuelle, professionnelle, familiale, sociale du sujet. » (1932)

Médecine, psychiatrie et biologie se voient ainsi convoquées au service du même idéal biocratique, qui constitue une belle illustration de ce qui sera analysé par Foucault sous le concept de « biopouvoir » et de biopolitique des nouveaux pouvoirs et dont il n'est pas rassurant de penser que nous avons aujourd'hui les moyens techniques.

Pr J.-B. Garré
Université d'Angers

Références

- P. ALEXIS *Emile Zola. Notes d'un ami*. Charpentier, 1882.
- P. ARTIERES *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*. Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.
- P. ARTIERES *La vie écrite. Thérèse de Lisieux*. Les Belles Lettres, 2011.
- C. BECKER, G. GOURDIN-SERVENIERE, V. LAVIELLE, *Dictionnaire d'Émile Zola*, Robert Laffont, coll. « Bouquins », 1993.
- C. BECKER « Zola et Lombroso. A propos de *La Bête humaine* », *Les Cahiers naturalistes*, 2006, 80, 37-49.
- A. BINET « E. Toulouse. *Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Introduction générale. Emile Zola*. Paris, 1896 », *L'année psychologique*, 1896, 3, 620-628.
- P. BOURDIEU *L'illusion biographique. Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*. Seuil, 1994.
- F. BROWN *Zola. Une vie*. Paris, Belfond, 1996.
- J. CARROY-THIRARD « Hystérie, théâtre, littérature au XIXème siècle », *Psychanalyse à l'Université*, mars 1982, 299-317.
- J. CARROY *Hypnose, suggestion et psychologie. L'invention du sujet*. PUF, 1991.
- J. CARROY « *Mon cerveau est comme dans un crâne de verre : Emile Zola sujet d'Edouard Toulouse* », *Revue d'histoire du XIXème siècle*, 2000, 20-21, 181-202.
- J. CARROY et N. RICHARD *La découverte et ses récits en sciences humaines. Champollion, Freud et les autres*. L'Harmattan, 1998.
- A. CORBIN, J.-J. COURTINE, G. VIGARELLO *Histoire du corps. Tome 2 : De la Révolution à la Grande Guerre*. Seuil, 2005.
- A. FERNANDEZ-ZOÏLA « Les névropathies de Zola », *Les Cahiers naturalistes*, 1983, 29, 57, 33-49.
- C. FROMENTIN « Qu'est-ce qui s'écrit de la psychiatrie ? Du *secrétaire de l'aliéné* aux archives de l'asile Sainte-Anne : une approche de la littérature en psychiatrie », *Psychiatr Sci Hum Neurosci* (2008) 6 : 215-224.
- C. GUINZBURG « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, octobre 1980, 6, 1-44. Repris dans *Mythes, emblèmes, traces. Morphologie et histoire*. Verdier poche, 2010, 218-294.
- M.D. GRMEK « Histoire des recherches sur les relations entre le génie et la maladie », *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 1962, 15, 1, 51-68.

- F. GROS *Création et folie. Une histoire du jugement psychiatrique*. PUF, 1997.
- M. HUTEAU *Psychologie, psychiatrie et société sous le Troisième République : la biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*. L'Harmattan, 2002.
- H. JAMES *Nouvelles complètes*. Gallimard, 2011.
- H. JAMES *George Sand*. Mercure de France, 2004.
- R. KEMPF *L'Indiscrétion des frères Goncourt*. Le Livre de Poche, 2006.
- L. KHEYAR STIBLER « Psychologie d'un anti-psychologue : Zola par le Dr Toulouse ». <http://www.fabula.org/colloques/document1644.php>
- G. LANTÉRI-LAURA *Psychiatrie et connaissance. Essai sur les fondements de la pathologie mentale*. Sciences en situation, 1991.
- Giovanni LEVI « Les usages de la biographie », *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 1989, 6, 1325-1336.
- C. LOMBROSO « Emile Zola d'après l'étude du Docteur Toulouse et les nouvelles théories du génie », *La semaine médicale*, 1897, 17, 1-5.
- H. MITTERAND *Zola*. Fayard, 3 tomes, 1999-2002.
- L. MURAT *L'homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*. Gallimard, 2011.
- R. QUENEAU *Aux confins des ténèbres. Les fous littéraires*. Gallimard, Les Cahiers de la NRF, 2002.
- A. SANDRAS-FRAYSSSE « La folie de l'enquête : Zola disséqué ». <http://www.fabula.org/colloques/document874.php>
- V. SEGALEN *L'observation médicale chez les écrivains naturalistes*. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Bordeaux, 1902.
- M. SICARD *L'année 1895. L'image écartelée entre voir et savoir*. Les Empêcheurs de penser en rond, 1994.
- M. SICARD *La fabrique du regard. Images de science et appareils de vision (XVème-XXème siècle)*. Odile Jacob, 1998.
- E. TOULOUSE *Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Introduction générale. Emile Zola*. Société d'éditions scientifiques, 1896.
- E. ZOLA *Carnets d'enquêtes, une ethnographie inédite de la France*. Présentation d'Henri Mitterand, Plon, 1987.
- E. ZOLA *Le roman expérimental*. GF Flammarion, 2005.