

La folie du suicide

*La mort volontaire comme objet médical
en France au 19^e siècle*

Plus la civilisation est développée, plus le cerveau est excité, plus la susceptibilité est active, plus les besoins augmentent, plus les désirs sont impérieux, plus les causes de chagrin se multiplient, plus les aliénations mentales sont fréquentes, plus il doit y avoir de suicides.

Jean-Étienne-Dominique Esquirol,
« Suicide », 1821

Qu'il y ait ou non une âme, l'individu entier appartient au médecin. C'est lui qui le voit naître et qui le voit mourir, qui sait de lui ses secrets les plus intimes ; pénètre dans sa vie la plus cachée et la dirige, reçoit confiance des relations conjugales, le connaît petit, grand, jeune, vieux, bien portant, malade, passionné, exalté, abattu. Qui donc peut mieux le comprendre, le juger, le dominer, le diriger et le secourir ?

Que le médecin cesse donc d'être seulement un guérisseur des maladies de certains organes ; qu'il soit, en plus du guérisseur, un philosophe, un confesseur laïque. Qu'il prenne la science du cerveau. À ce prix, il deviendra (et à juste titre, car nul mieux que lui ne le mérite), le directeur, le pasteur des masses à venir.

Dr Laupts (Georges Saint-Paul),
« Une enquête sur le suicide », 1897

*[...] on ne se suicide pas tout seul.
Nul n'a jamais été seul pour naître.
Nul non plus n'est seul pour mourir.
Mais, dans le cas du suicide, il faut une armée de mauvais êtres pour décider le corps au geste contre nature de se priver de sa propre vie.*

Et je crois qu'il y a toujours quelqu'un d'autre à la minute de la mort extrême pour nous dépouiller de notre propre vie.

Antonin Artaud,
Van Gogh le suicidé de la société, 1947

Pour Serge

L'Institut des humanités en médecine (CHUV-Faculté de biologie et de médecine/Université de Lausanne) édite BHMS, Bibliothèque d'Histoire de la Médecine et de la Santé.

BHMS comprend trois collections :

- Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé
- Sources en perspective
- Hors-série

BHMS publie des travaux, essais et documents relatifs à l'histoire de la médecine et des sciences de la vie, de l'Antiquité à l'époque contemporaine. BHMS entend contribuer au dialogue interdisciplinaire et transversal entre sciences humaines, médecine et sciences du vivant.

Ses publications, expertisées par des spécialistes, s'adressent aussi bien aux chercheuses et chercheurs, universitaires et professionnel-le-s concerné-e-s, qu'à un public élargi, soucieux d'alimenter sa réflexion sur les questions les plus actuelles à partir d'études et de documents historiques.

BHMS est diffusée par Médecine & Hygiène/Georg et ses ouvrages sont disponibles dans toutes les librairies ou en ligne sur les plateformes habituelles.

Eva Yampolsky

La folie du suicide

La mort volontaire comme objet médical en France au 19^e siècle

Préface par Marc Renneville

éditions
BHMS

Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé
--

Direction Vincent Barras et Laurence Monnais

Responsable éditoriale Alba Brizzi

Réalisation graphique Pierre Stringa

Relecture Isabelle Sbrissa

Maquette Eva Rittmeyer et Alain Berset

Diffusion promotion Médecine & Hygiène / Georg

Image de couverture François Flameng, « *Le suicide de Javert* », Eau forte illustrant *Les Misérables* de Victor Hugo, Tome V (livre quatrième).
Libre de droits

L'étape de la préresse de cette publication a été soutenue par le Fonds national suisse de la recherche scientifique

Publié avec le soutien de la Société Académique Vaudoise

Collection : Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé publique

© 2023 Éditions BHMS c/o CHUV

ISBN (Papier) 978-2-940527-29-8

ISBN (PDF) 978-2-940527-28-1

DOI : 10.37400/BHMS.27281

DOI : <https://doi.org/10.37400/BHMS.27281>



Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation, y compris par la photocopie, réservés pour tous les pays.
Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons

CC BY-NC-ND

(Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification)
Livres open access : Publié avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique

Éditions BHMS

c/o CHUV

Institut des humanités en médecine

Av. de Provence 82

CH-1006 Lausanne

T. +41 (0)21 314 70 50

bhms@chuv.ch

www.chuv.ch/bhms

Sommaire

Notice	14
Remerciements	15
Préface	
Marc Renneville	17
Introduction	
Le suicide, un objet historique	21
Le devenir pathologique du suicide au tournant du 19 ^e siècle	35
Le suicide sous l'Ancien Régime	39
Le regard des premiers aliénistes	49
Chapitre 1	
Les définitions médicales du suicide	61
L'invention du « suicide »	62
Définir et formaliser le concept médical du suicide	74
Les expressions synonymiques pour l'acte du suicide	77
Les expressions à caractère médical pour décrire l'acte	79
Les expressions synonymiques pour l'acte du suicide sous forme verbale	80
Les expressions synonymiques pour le suicidé	83
Les attributs récurrents pour identifier le suicide	84
Les définitions médicales du suicide	86
Ce que le suicide n'est pas	87
Nouvelles définitions	95
Chapitre 2	
Le suicide, entre maladie, symptôme et fait social	107
Les types de suicide	109
Le suicide aigu et le suicide chronique	110
La question de la volonté	117
Le suicide comme symptôme de la folie	124
Les symptômes du suicide	127
Vers la chronicité du suicide	130
Le suicide et les genres de folie	142
Chapitre 3	
Les cas et les statistiques du suicide	161
Les cas médicaux	162
Les statistiques	170

Chapitre 4	
Les causes du suicide	197
Les systèmes de classification	197
Les causes et leurs synonymes	200
L'organisation des causes	203
Le physique, le moral et la morale	206
L'étiologie du suicide, entre le physique, le moral et la morale	218
L'étiologie du suicide avant les années 1840	219
La remise en cause de la pathologie du suicide	232
Le débat sur la pathologie du suicide	239
Des théories aux statistiques morales	245
Les nouvelles classifications des causes	248
Des causes aux théories du suicide	258
Les causes sociales et morales du suicide	268
Chapitre 5	
Le traitement et la prévention du suicide	285
Le traitement des suicidaires à l'asile d'aliénés	285
Le traitement physique	293
Le traitement moral	302
La prévention du suicide	326
Les ambitions, le travail, la misère	329
Les valeurs de la famille	334
L'éducation, la morale, la religion	342
De nouveaux appels aux lois répressives	351
Conclusion	361
Bibliographie	377
Index des noms de personnes	418
Index des notions	423

Notice

Ce livre est l'aboutissement d'une recherche doctorale en histoire de la médecine, que j'ai menée à l'Université de Lausanne, sous la direction de Vincent Barras, et que j'ai soutenue en 2019. Il contient les analyses et les résultats principaux de cette thèse, en une version abrégée. Parmi les parties supprimées, on peut mentionner plusieurs textes publiés sous forme d'articles (voir la bibliographie), sur des thématiques importantes pour l'étude du suicide, notamment sur sa contagiosité et son rapport à la littérature, et sur les travaux du médecin François-Emmanuel Fodéré sur ce phénomène. J'ai également supprimé les textes sur le lien entre nostalgie et suicide, sur l'emploi des bains et des douches pour le traitement de la suicidalité, ou encore sur le suicide présumé du prince de Condé. Tous ces développements peuvent être consultés dans ma thèse, accessible librement sur la plateforme Serval de l'Université de Lausanne. On y trouvera également une bibliographie complète, ainsi que plusieurs annexes. Le suicide étant une question d'actualité, qui concerne de nombreuses disciplines académiques et pratiques préventives, l'objectif de cet ouvrage est d'apporter à tous ces domaines une meilleure contextualisation historique de la « médicalisation » du suicide et de la porosité des savoirs et des discours qui traversent ce problème de société.

Remerciements

Au cours de cette recherche, j'ai découvert un champ riche de savoirs, d'échanges, d'influences, propre à l'objet de cette étude, le suicide, mais aussi et surtout à la discipline de l'histoire de la médecine, dans laquelle j'ai pu m'épanouir pleinement. J'aimerais tout d'abord remercier mon directeur de thèse, Vincent Barras, pour sa bienveillance tout au long de cette recherche et son chaleureux accueil à l'Institut des humanités en médecine, au CHUV et à l'Université de Lausanne. L'environnement dynamique, intellectuellement stimulant et amical de l'Institut est le fait de son équipe entière. Je remercie chaleureusement toutes ces personnes pour leur présence toujours bien attentionnée. Ce travail de recherche a bénéficié de plusieurs bourses et je suis reconnaissante au Fonds national suisse de la recherche scientifique, à la Fondation Erna Hamburger et à la Société académique vaudoise pour leur généreux soutien.

J'aimerais remercier également les ami.e.s et les chercheur.euse.s, dont la présence intellectuelle et chaleureuse a rendu toutes ces années de recherche enrichissantes, et tout particulièrement Marc Renneville.

Je suis reconnaissante à mes parents, Olga et Jacob Yampolsky, qui ont toujours eu confiance dans mes projets de vie, quels qu'ils soient.

Enfin, c'est Serge Margel qui m'a donné la passion du cœur et du savoir. Nos innombrables discussions, son encouragement inlassable, sa confiance absolue et sa présence constante ont été précieux pour mon amour de la recherche.

Préface

Marc Renneville

La question du suicide est assurément l'une des plus complexes pour les sciences humaines et sociales car sa définition a varié dans le temps et l'espace, le regard social posé sur l'acte a lui aussi varié, entre sa condamnation judiciaire et théologique et son acceptation ponctuelle, dans des circonstances précises et parfois même médicalement assisté. Est-il possible de ranger dans une même catégorie toutes les formes de mort volontaire ? Le malade qui se sait condamné, le militaire qui se sacrifie, les amants empêchés, les communautés sectaires et même, les condamnés à mort, dont la tentation suicidaire est très surveillée par l'autorité chargée de réaliser l'exécution ?

Par la diversité de ses formes et parce qu'il touche toutes les classes sociales, avec des intensités variables, le suicide intéresse aussi bien l'histoire, la sociologie, la psychologie, la médecine et la philosophie. Si les historien.ne.s se sont emparé.e.s de la question pour le 18^e siècle, nous manquons encore de travaux embrassant le 19^e siècle français, marqué par la dépenalisation de l'acte en 1791. Historien de la ruralité et de la justice, Jean-Claude Farcy avait proposé dans un texte programmatique d'aborder le phénomène en éludant la question du « pourquoi ? » tout en relevant que la plupart des modèles explicatifs proposés par les sciences sociales mettaient l'accent sur l'interaction de l'individu et de son milieu social. Il proposait de considérer le suicide comme un révélateur des rapports interindividuels, des valeurs et des normes sociales et il mit en application cette démarche pour l'analyse d'une centaine de cas constatés par procès-verbaux de gendarmerie en 1895 dans le département d'Eure-et-Loir. Son étude montrait qu'après un siècle de dépenalisation, le suicide restait perçu comme une mauvaise mort, violente, bien souvent insupportable pour les proches. La mort volontaire pouvait aussi

révéler des tensions jusque-là dissimulées ; mais sa charge accusatrice s'avérait désamorcée par l'enquête administrative et une presse condamnant presque toujours implicitement l'acte. Cette enquête menée sur la région de la Beauce démontrait ainsi qu'il subsistait en cette fin de 19^e siècle, un décalage notable entre l'abolition de la répression judiciaire du suicide et la représentation persistante et bien ancrée de son illégitimité¹.

Comme historien des sciences du crime, le suicide m'est apparu comme l'un des thèmes d'intérêt majeur de la criminologie naissante au 19^e siècle puis, en travaillant sur l'ouvrage *Le suicide*, publié en 1897 par Émile Durkheim, j'ai constaté combien ce livre fondateur pour la sociologie française avait contribué à occulter l'apport capital du discours médical à la connaissance du phénomène. Un ensemble de réflexions, de théories et de débats avait été réduit par le sociologue à une position univoque de la communauté médicale défendant l'origine individuelle et extra-sociale du suicide considéré comme une maladie ou un symptôme. Nous étions peu nombreux à avoir pris la peine de confronter cette lecture aux sources citées et aucune recherche d'envergure n'avait été consacrée à l'appropriation médicale du suicide en France. Un vaste corpus de littérature savante « pré-sociologique » attendait ainsi d'être mis au jour et relu, sans perspective téléologique, dans sa configuration propre et en évitant tout anachronisme. C'est précisément l'objet de ce livre, et sa grande réussite aussi, que de restituer avec équité et minutie l'ensemble de ces discours sans préjuger de leur postérité. On est ainsi placé en capacité de comprendre que bien que ces médecins soient portés par une volonté d'explication, et bien qu'ils soient nombreux à considérer que cette explication relève de leur seule science, la « médicalisation » du suicide au 19^e siècle n'est, comme celle de la criminalité, ni totale ni univoque. Elle ne s'est d'ailleurs pas mise en place avec la dépénalisation de l'acte car la proximité des médecins avec les suicidés est ancienne, et déjà bien établie dès l'Ancien Régime, par l'examen des causes de la mort. Elle préexiste ainsi à l'essor de l'interprétation de l'acte comme phénomène psychopathologique. Ce qui change

1 Jean-Claude Farcy, « Note pour une enquête sur le suicide dans la France des 19^e et 20^e siècles. », *Recherches contemporaines* 3 (1995-1996) 265-276 ; « Sur le suicide en Beauce », *Sociétés et représentations* 1 (1998) 231-253.

au 19^e siècle, c'est plutôt le programme de recherche : les médecins développent l'enquête sur le suicide dans l'intention de résoudre un mal social. Ils recueillent les cas, interprètent les écrits d'adieu, dressent des statistiques et échafaudent des typologies des causes et des remèdes à l'état suicidaire. Ce moment particulier d'élaboration d'une médecine du suicide n'est, c'est la démonstration de ce livre, ni un préambule à la sociologie ni l'anticipation de la suicidologie contemporaine mais un ensemble de positions épistémologiques, disciplinaires, discursives et morales ; énoncées dans un dialogue constant avec le droit, la philosophie, la théologie, l'hygiène publique et la médecine légale.

Il reste qu'au siècle du positivisme, les médecins se penchant sur le suicide ont bien du mal à ne pas y projeter leur système de valeurs. Il est vrai qu'il s'agit là d'un de ces objets de recherche que l'on ne travaille pas impunément tant il paraît difficile de tenir à distance la question du sens de l'acte. Qu'est-ce qui pousse à se donner la mort ? S'agit-il de raisons inhérentes à sa personne ou de causes qui la dépassent ? L'individu suicidaire est-il auteur ou victime ? Est-il coupable ou malade ? Les motifs de son geste sont-ils à chercher dans l'individu ou son milieu social ? Tous les suicides sont-ils identiques ? Les réponses livrées par les médecins du 19^e siècle sont variées et parfois hésitantes parce que, ainsi que le souligne Eva Yampolsky, il s'agit d'un phénomène « hybride et complexe ».

Ce livre nous offre pour la première fois une fine lecture de cette dynamique d'appropriation, en guidant lectrices et lecteurs à travers les mots et tout particulièrement l'ambivalence polysémique des rapports du physique et du moral, la transmission des cas, l'évolution des positions. Les théories de l'aliénation mentale occupent dans ce processus une place prépondérante mais non exclusive, avec les controverses sur la folie du suicide, sa valeur nosographique ou symptomatique. On découvre ainsi avec beaucoup d'intérêt au fil des pages l'étonnante richesse de ce corpus médical, sans que l'auteur ne cède à la tentation de délivrer in fine sa propre explication du phénomène. Je ne saurais mieux recommander la lecture de ce livre qu'en affirmant qu'il est le produit d'une thèse de doctorat d'histoire des sciences menée sous la direction de Vincent Barras et qu'il s'inscrit délibérément dans la lignée des travaux du regretté Georges Lantéri-Laura.

Introduction

Le suicide, un objet historique

Le suicide demeure depuis toujours, et encore aujourd'hui, un problème de société. Crime, péché, comportement psychopathologique, le suicide comme acte individuel change de statut au cours de l'histoire. Il désole les proches et trouble les autorités, il préoccupe les ecclésiastiques et les médecins, il devient l'objet d'étude des sociologues, des historien.ne.s, des philosophes. Il fascine les écrivain.e.s et depuis quelques décennies il fait l'objet d'une lutte sanitaire de la part de groupes civils, médicaux et politiques qu'on appelle aujourd'hui la suicidologie. À la fois acte individuel et problème de société, le suicide interroge, trouble, dérange, en effet, car il soulève des questions concernant les rapports que l'individu entretient avec ces différentes autorités, de sa place dans la collectivité, de son autonomie, mais aussi des effets de cette vie collective sur sa santé mentale. Le suicide n'est pas un simple acte. Il fait l'objet d'une élaboration conceptuelle complexe, d'un agencement discursif de différents champs disciplinaires, la médecine, la justice, la morale, entre autres. L'objectif de ce livre est d'analyser comment ces discours s'influencent les uns les autres dans la redéfinition du suicide comme problème psychiatrique au cours du 19^e siècle en France.

Dans la société occidentale laïque, où le suicide ne constitue plus un crime flétri par la loi, s'agit-il d'un acte libre et volontaire, d'un crime moral ou d'un état pathologique, que l'individu subit avec souffrance ? Le suicide, est-il une solution¹, et l'individu a-t-il le droit de disposer de sa vie ? Les surréalistes se sont

1 Collectif, « Le suicide est-il une solution ? » 1925.

posé cette question, à laquelle la médecine, au moins depuis le 19^e siècle, a toujours apporté une réponse négative. Le suicide représente depuis longtemps, et surtout dès la naissance de la psychiatrie et de la sociologie, un indicateur des dérives sociales, une mesure des troubles moraux, et de leurs effets sur les individus et leur psychisme. Un problème qui à la fois fascine et effraie, qui désole et préoccupe depuis toujours, le suicide représente un défi majeur pour les disciplines en sciences sociales et médicales. En effet, avant d'être un des objets principaux de la sociologie, avec la célèbre étude d'Émile Durkheim (1897), le suicide fascine les premiers aliénistes, depuis l'abandon des peines juridiques contre cet acte, et marque un tournant dans l'approche sur les maladies mentales. Autrement dit, dès son développement en une branche médicale légitime et autonome, la psychiatrie prend le suicide comme un de ses objets privilégiés – à la fois individuel et social – pour fonder son savoir et sa pratique.

D'un crime juridique flétri par la loi jusqu'à sa dépenalisation en France en 1791, le suicide devient au cours du 19^e siècle un problème médical que les aliénistes et les hygiénistes tentent de prévenir. Le vaste corpus médical sur le suicide, qui examine ses causes et ses symptômes, qui en élabore différentes définitions, et propose des mesures thérapeutiques et préventives, met en évidence deux faits importants. Premièrement, la médecine mentale du 19^e siècle se positionne comme le seul savoir capable de percer les « mystère » du suicide et de le prendre en charge. Deuxièmement, ce phénomène, désormais médical, représente un objet idéal pour étudier le développement de la psychiatrie et de ses enjeux sanitaires. Si le statut du suicide a changé au cours de l'histoire jusqu'à sa médicalisation, les influences criminologiques, morales et religieuses traversent le discours médical de part en part et le déterminent. Selon mon hypothèse, loin d'être de simples restes des valeurs passées, ces influences discursives sur la médecine mentale sont adoptées délibérément par les aliénistes eux-mêmes dans le but d'étendre leur champ d'expertise et d'action. Ce qui permet au spécialiste du moral ou du psychisme d'agir sur la morale des individus et de devenir le « confesseur laïque », ou le « pasteur des masses », pour emprunter les expressions du Dr Georges Saint-Paul, citées ici en exergue.

À mon sens, on ne peut pas considérer ce changement de statut du suicide, d'un crime à un signe de folie, sans considérer la naissance de la psychiatrie qui s'opère en même temps, ni, par conséquent, le transfert d'expertise sur les maladies de l'âme du champ religieux à celui des médecins.

Cette porosité du discours médical sur le suicide révèle des enjeux disciplinaires dans la prise en charge des comportements déviants, immoraux, considérés comme étant socialement dangereux et répréhensibles. Il s'agit de tout un travail épistémologique et de négociation théorique, par lequel la médecine et la psychiatrie tout particulièrement tentent de circonscrire ce phénomène vaste et complexe, en incluant certains aspects et en excluant d'autres, comme le martyr et le sacrifice. En effet, la médecine a depuis longtemps joué un rôle important dans les cas de suicide, et tout particulièrement dans les procès juridiques contre les suicidés et les suicidaires. Or, au tournant du 19^e siècle, elle va tenter de soumettre cet acte à son champ d'expertise, en le redéfinissant comme un acte de folie à proprement parler. À partir de là, on constate une prolifération d'études psychiatriques, hygiénistes et médico-légales qui inscrivent cet acte au cœur des théories médicales de la folie ; le suicide entre dans les nosographies, il fait l'objet d'observations médicales et d'études statistiques, et il exige désormais des approches thérapeutiques et préventives issues du savoir médical. Or, la réduction du suicide au seul cadre médical n'empêche pas une prolifération de débats, au cours du 19^e siècle, sur son statut pathologique. Comme on le verra, la psychopathologie du suicide est remise en cause, au milieu du siècle, par les aliénistes eux-mêmes, qui admettent l'existence du suicide libre et non aliéné. Cette nouvelle posture, plus nuancée, s'inscrit dans une résurgence catholique parmi les médecins, qui y voient une maladie morale, un fait social qu'il faut réprimer et prévenir. Loin de faire du suicide un acte comme un autre, cette nouvelle génération d'aliénistes prend ce phénomène comme l'un de ses objets privilégiés pour redéfinir et élargir les paramètres de sa propre expertise.

En effet, la position médicale sur le suicide ne va pas sans soulever de nombreuses controverses, non seulement parmi les médecins eux-mêmes, mais aussi avec les ecclésiastiques et

certaines juristes. Selon une hypothèse majeure, que je défends dans cette étude, on ne peut pas comprendre l'appropriation médicale du suicide sans l'articuler avec le développement de la psychiatrie et de la santé publique, qui s'institutionnalisent justement à cette même période. Il s'agira donc d'analyser comment la construction du suicide en un objet proprement médical émerge du développement, à la même époque, de deux nouvelles branches médicales : la médecine mentale et l'hygiène publique. Crime, péché, pathologie, acte de liberté, fait social – quel que soit son statut au cours de l'histoire –, le suicide a toujours été un acte hybride, complexe, qui résiste à l'assimilation par un seul savoir, une seule institution ou une seule pratique. Il en va de même au 19^e siècle, lorsque la jeune discipline psychiatrique tente d'inscrire le suicide dans son champ, non sans difficulté. D'ailleurs, le grand intérêt pour l'histoire du suicide dans le cadre de la prévention et de la *suicidologie*, qui se développe depuis les années 1990, reflète à mon sens et justement l'hybridité de cet acte et la difficulté éprouvée à le maîtriser et à le prévenir².

Cette étude poursuit trois objectifs principaux, épistémologique, *discursif* et *disciplinaire*. Le premier objectif consiste à analyser comment la médecine mentale a construit le suicide en un objet médical. À partir d'une étude approfondie de sources médicales imprimées et manuscrites, il s'agit d'examiner les différentes théories médicales et psychiatriques sur le suicide. Comment les aliénistes définissent-ils le suicide et quel statut lui attribuent-ils ? Quels sont ses symptômes et ses causes ? Si le suicide est le plus souvent considéré comme un acte de folie, quelles maladies mentales sont les plus susceptibles de le produire ? Enfin, quelles mesures thérapeutiques et préventives les aliénistes et les hygiénistes élaborent-ils pour lutter contre le suicide ? L'étude systématique de ce cadre médical permettra d'exposer les différentes théories et positions sur la mort volontaire, d'analyser les débats épistémologiques qui émergent au milieu du 19^e siècle sur le statut pathologique du suicide, et le rapport entre différents courants et théories psychiatriques

2 Plusieurs études interdisciplinaires ont justement rapproché l'histoire du suicide et les enjeux de la suicidologie contemporaine. Voir, par exemple, Weaver 2009 ; Marsh 2010.

au cours du siècle et les approches thérapeutiques et préventives qui en émergent.

À partir de cette étude des « paramètre » médicaux du suicide, le second objectif est de montrer que le discours médical sur le suicide est tout aussi hybride que son objet d'étude. En effet, l'analyse des études psychiatriques permet de constater que le discours des aliénistes est influencé, voire surdéterminé par d'autres discours, moral, religieux, juridique, militaire, littéraire, entre autres. Selon mon hypothèse, ces influences discursives permettent aux aliénistes de s'« approprier »³ et acte, mais elles mettent également en évidence la difficulté de réduire le suicide à un acte pathologique. Il s'agira non seulement d'étudier la terminologie, les métaphores et les descriptions utilisées par les aliénistes, mais aussi d'analyser comment ces derniers construisent leur discours et leur argumentation, en particulier en ce qui concerne certains glissements conceptuels. De nombreux historien.e.s de la médecine ont remarqué le rôle que la morale et la religion ont joué dans la conception de la folie au 19^e siècle. Or, peu d'études ont porté sur l'important glissement conceptuel et terminologique entre le moral et la morale dans les théories médicales du psychisme⁴. Ce glissement est à mon sens fondamental pour comprendre la construction du discours psychiatrique, car il met en évidence la difficulté pour la médecine de séparer radicalement le physique, le psychique et le social. Il permet également aux aliénistes d'inscrire ou d'internaliser les valeurs morales dans le psychisme, ou le moral. À partir de là, on pourra mieux comprendre le rôle thérapeutique et hygiéniste de l'aliéniste devant des comportements anormaux, immoraux, tabous ou déviants, comme le suicide.

Ce qui amène au troisième objectif de cette étude, portant sur les enjeux disciplinaires implicites en médecine mentale et en hygiène publique dans l'appropriation du suicide. Devant la difficulté d'inscrire le suicide entièrement dans le savoir médical, il s'agira de démontrer les postulats sur lesquels se fondent les théories médicales, donnant aux aliénistes et aux hygiénistes les moyens d'établir et de justifier leur rôle dans la définition,

3 Lantéri-Laura 1983.

4 Charland 2008 ; Charland 2010.

le traitement et la prévention du suicide. En d'autres termes, analyser le suicide au travers des théories médicales permettra donc de déceler les enjeux disciplinaires de la médecine mentale et de l'hygiène publique. Selon mon hypothèse, l'histoire culturelle et médicale du suicide permet de mieux comprendre comment la médecine mentale a pu étendre son champ d'action et d'expertise au-delà de l'espace hospitalier, vers la société tout entière. Le suicide a fait l'objet de nombreuses études critiques et spécialisées en histoire, portant sur ses différentes dimensions disciplinaires, contextes géographiques et rapports avec des maladies mentales spécifiques comme la mélancolie. Or, à ce jour, les développements psychiatriques et discursifs sur ce phénomène au cours du 19^e siècle, depuis sa dépénalisation jusqu'à la naissance de la sociologie, n'ont jamais encore fait l'objet d'analyse approfondie pour le contexte français. Un contexte médical important pour le fondement de la psychiatrie et l'élaboration des théories médicales sur le suicide.

Aujourd'hui, deux notions – erronées à mon sens – dominent non pas dans le champ de l'histoire mais plutôt en sciences sociales, et surtout en suicidologie. La première postule que, depuis l'aliéniste français Jean-Étienne-Dominique Esquirol, le suicide a toujours été considéré comme un acte pathologique ou de folie. Or, comme plusieurs historien.ne.s l'ont déjà montré, les aliénistes sont loin d'un consensus sur le statut pathologique de cet acte⁵. En effet, au cours du siècle, le suicide fait l'objet de nombreux débats et de questionnements sur le rôle de la volonté et du libre arbitre dans le passage à l'acte et dans le désir de la mort. Comme on le verra, le point de vue plus nuancé des aliénistes sur la pathologie du suicide, notamment à partir des années 1840, reflète moins leur tolérance vis-à-vis de cet acte, toujours considéré comme immoral, que les enjeux disciplinaires et hygiénistes de la médecine mentale.

La seconde notion courante aujourd'hui, que cette recherche aimerait nuancer, concerne le rôle de la santé publique dans la prévention du suicide. Dès le début du 19^e siècle, les aliénistes et les hygiénistes abordent le suicide depuis sa double

5 Mucchielli et Renneville 1998 ; Kushner 1991 ; Kushner 1993.

face individuelle, ou psychologique, et sociale. S'il est vrai qu'au 20^e siècle la prévention du suicide se systématisait aux niveaux national et international, cet acte préoccupe déjà les hygiénistes dès la naissance de cette branche médicale. En d'autres termes, cet investissement international dans la prévention du suicide aujourd'hui provient d'un long travail médical au moins depuis le 19^e siècle.

Bien que le suicide constitue, depuis des siècles, un problème social et épistémologique, qui change de statut au cours de l'histoire et mobilise différentes pratiques religieuses, juridiques et médicales, c'est surtout depuis ces quarante dernières années que les historien.ne.s l'ont investi pleinement dans leur champ d'étude⁶. En effet, cette lacune avait déjà été mise en lumière dans les années 1970 par George Rosen, lorsqu'il soulignait que l'histoire du suicide restait encore à écrire⁷. Sans l'affirmer explicitement, Rosen semble suggérer, par l'exposition des différentes réponses que le suicide a suscitées depuis l'Antiquité, que cet objet exige un regard historien pour élucider les raisons de telles transformations de statut et de réponse. Depuis les années 1980, l'histoire du suicide est devenue un champ de recherche riche en études et résultats scientifiques. Plusieurs historien.ne.s ont tenté d'englober la pluralité des statuts du suicide par des études de synthèse, soit au niveau historique (du Moyen Âge à la fin du 18^e siècle)⁸, soit au niveau géographique (par un regard « global »)⁹. Bien que cette approche permette d'introduire le lectorat au sujet du suicide et de mettre en évidence les transformations de statut de ce phénomène selon l'époque ou le pays, elle ne permet pas à elle seule de démontrer les multiples mécanismes, la complexité et les forces qui opèrent dans la construction de cet objet à l'intérieur d'un contexte précis.

Afin de comprendre comment le suicide est devenu un objet psychiatrique et comment le savoir médical a été influencé par d'autres discours, ce livre repose sur des études dans plusieurs

6 Brancaccio, Engstrom et Lederer 2013.

7 Rosen 1971.

8 Minois 1995.

9 Barbagli 2009.

champs de recherche. Le premier champ concerne l'histoire du suicide, en France et dans d'autres pays, au 19^e siècle et à d'autres périodes de l'histoire. Le nombre important d'études sous forme d'articles reflète la dimension complexe de ce phénomène, qu'il s'agisse de ses implications médicales, juridiques et religieuses, ou encore littéraires, philosophiques et morales. Ces études pointues offrent la compréhension d'une pratique ou d'une prise de position spécifique, dans un contexte historique, géographique, ou institutionnel délimité. De façon générale, l'étude du suicide en histoire de la médecine reste encore peu développée, bien qu'une telle perspective disciplinaire permette de relier l'important aspect médical de cette question aux autres implications disciplinaires et institutionnelles du suicide, comme la justice, la religion, la morale et la philosophie. Généralement, quatre périodes ont été privilégiées par les historien.ne.s. La première période concerne l'Antiquité et le début du christianisme, notamment avec les ouvrages de Yolande Grisé, d'Anton van Hooff et celui d'Arthur Droge et James Tabor¹⁰. La seconde période s'étend du Moyen Âge au 16^e siècle, lorsque le phénomène du suicide rencontre les répressions les plus violentes autant par l'Église que par l'État. On peut citer les ouvrages d'Alexander Murray et de Lieven Vandekerckhove¹¹. Vandekerckhove compare les pratiques juridiques envers les fous suicidés dans plusieurs pays européens. Cependant, la période qui a suscité le plus grand intérêt jusqu'ici s'étend du 16^e siècle jusqu'à la fin du 18^e siècle. Bien que le suicide continue à être réprimé par l'Église et la justice pendant cette période, les chercheur.euse.s ont mis en évidence plusieurs changements importants qui ont atténué cette répression. Michael MacDonald et Terence Murphy montrent le rôle de plus en plus important que la médecine joue en Angleterre dans les procès contre le suicide, qu'ils expliquent, entre autres, par un changement de mœurs et la sécularisation progressive en Europe¹². En concentrant son étude sur le contexte de la Bavière aux 16^e et 17^e siècles, David Lederer met en évidence les tensions qui existent envers le

10 Grisé 1982 ; Hooff 1990 ; Droge/Tabor 1992.

11 Murray 1998 ; Vandekerckhove 2004.

12 MacDonald/Murphy 1990.

suicide non seulement entre les autorités comme l'Église et l'État, mais aussi celles qui sont produites par les croyances populaires à ce sujet¹³. Dans son ouvrage sur le suicide en France au 18^e siècle, Dominique Godineau explore le processus juridique que subissent les suicidés et leur famille, mais aussi les critiques de la législation qui conduiront à la dépenalisation de cet acte à la fin du siècle¹⁴. En se focalisant sur le contexte germanique du 18^e siècle, Vera Lind, quant à elle, analyse l'important changement d'attitude qui a lieu à cette époque envers le suicide, aux niveaux officiels, théorique et pratique. Sur la base de 300 cas, elle montre l'émergence de deux discours qui s'opposent à la criminalisation du suicide : l'influence des Lumières pour lesquelles le suicide constitue un acte rationnel et de liberté, d'un côté, et le rejet du libre arbitre du suicidé par le diagnostic « psychiatrique », de l'autre¹⁵. La sécularisation, telle qu'elle s'est développée depuis la Réforme protestante, est attribuée par certain.e.s historien.ne.s non seulement à une plus grande tolérance et au changement d'attitudes envers le suicide, mais aussi à une augmentation du taux de suicide¹⁶. Plusieurs chercheur.euse.s ont situé leurs études au cœur de cette articulation entre droit, religion et médecine, notamment dans le contexte des régions germanophones de l'Europe¹⁷. La plupart de ces auteur.trice.s, qui se concentrent sur les périodes qui précèdent la dépenalisation du suicide en Europe, mettent en évidence le rôle que joue le constat de la folie dans l'application de la loi, et donc des peines contre les suicidés. Pour le contexte français, on peut souligner que l'ouvrage de Georges Minois sur la longue histoire du suicide se termine avec la fin de l'Ancien Régime, et donc avant que le suicide se déplace entièrement dans le cadre médical, et plus précisément psychiatrique.

Le rapport entre la naissance de la médecine mentale et le suicide comme psychopathologie a fait l'objet de la thèse de

13 Lederer 2006a.

14 Godineau 2012.

15 Lind 1999.

16 Watt 2001.

17 Midelfort 1996, 41-46 ; Lederer 2006a, spéc. 242-258 ; Lederer 2006b.

Sylvie Giraud, qui limite son cadre historique à la période allant de 1791 à 1816, de la dépénalisation du suicide à la première thèse en médecine en France sur cet objet¹⁸. Elle analyse en détail la prise en charge des suicidaires dans plusieurs hôpitaux parisiens, à partir d'archives manuscrites et d'études médicales publiées. Cette période de vingt-cinq ans est particulièrement importante, car le suicide ne se situe plus pleinement entre les mains de la justice, et pas encore entre celles de la médecine mentale. Les médecins restent ambivalents sur le statut pathologique du suicide, comme on le constate dans les études des aliénistes Philippe Pinel et Joseph Daquin. La prise en charge médicale et psychiatrique du suicide au 19^e siècle a soulevé beaucoup plus d'intérêt pour le contexte anglais, tout particulièrement la période victorienne, que pour le contexte français¹⁹. Ces études permettent de mieux comprendre les pratiques et les théories médicales de cette époque, et de les comparer avec le contexte médical français, d'autant plus que les médecins de ces deux pays se réfèrent fréquemment les uns aux autres. Ces échanges médicaux sont également mis en évidence par Howard I. Kushner dans plusieurs de ses études sur le suicide aux États-Unis. Il analyse tout particulièrement les influences culturelles et sociales sur les théories médicales²⁰. Richard Bell, quant à lui, montre l'influence des notions d'autonomie et de liberté, du rapport au pouvoir sur les premières théories psychiatriques du suicide, tout particulièrement chez l'aliéniste américain Benjamin Rush²¹. On pourrait encore mentionner l'étude de Junko Kitanaka sur le développement des liens entre suicide et maladies mentales au Japon depuis le 19^e siècle et sur l'influence des études médicales européennes sur cette question²².

L'étude du suicide en histoire de la médecine ouvre beaucoup d'autres champs, qui permettent de mieux comprendre comment cet acte se situe dans le cadre médical, mais aussi

18 Giraud 2000.

19 Anderson 1987 ; Gates 1988 ; Shepherd/Wright 2002 ; York 2009 ; Jansson 2013 ; Jansson 2021.

20 Kushner 1986 ; 1991 ; 1993.

21 Bell 2012 ; Bell 2017.

22 Kitanaka 2012.

comment il dépasse ce cadre. Il a fait l'objet d'études en histoire de la justice et des prisons²³, de l'hygiène publique et de l'élaboration des statistiques morales au début du 19^e siècle²⁴, sur les liens entre médecine et religion²⁵, mais aussi sur d'autres comportements proches comme l'automutilation²⁶. Malgré le lien manifeste à la mort, le suicide tient une part mineure dans les grandes et nombreuses études sur l'histoire de la mort²⁷. Le rejet progressif de la mort en modernité, qu'Ariès retrace dans son ouvrage classique, en fait un objet tabou et une affaire proprement médicale. Or, le suicide comme interdit social et moral provient d'une histoire plus ancienne, qui porte moins sur la finalité de cet acte que sur le droit et la liberté de l'individu de disposer de sa vie, en dépit de l'Église, de l'État et de la société en général. En effet, le suicide est souvent abordé comme un processus qui amène l'individu à se donner la mort, volontairement ou comme conséquence de sa folie. Un processus que l'État et plus tard la médecine se chargent d'interrompre. Ce que Foucault résume très bien lorsqu'il écrit : « Au vieux droit de *faire mourir* ou de *laisser vivre* s'est substitué un pouvoir de *faire vivre* ou de *rejeter* dans la mort. »²⁸ Enfin, le statut du suicide au cours de l'histoire et l'influence de différents discours qui coexistent au cœur des théories médicales au 19^e siècle posent la question du langage utilisé pour en parler. Le langage joue non seulement un rôle épistémologique, par la manière selon laquelle les médecins parlent du suicide et le construisent en un objet médical qui leur est propre – jusqu'aux noms qu'ils lui donnent –, mais il devient encore un facteur important dans la production du suicide, lorsqu'il est lui-même considéré comme agent de contagion²⁹. Le langage des aliénistes témoigne de la complexité discursive à l'œuvre dans la pensée médicale sur cet objet complexe. C'est pourquoi j'ai abordé les études médicales

23 Farcy 1995-1996, spéc. 265-276 ; Guignard 2018.

24 Hacking 1990.

25 Guillemain 2012.

26 Millard 2015 ; Chaney 2017 ; Böhmer 2019.

27 Ariès 1977 ; Vovelle 1983.

28 Foucault 1976, 181.

29 Daube 1972 ; Barraclough/Shepherd 1994 ; Bähr 2013 ; Yampolsky 2021a.

à partir d'une approche non seulement historique mais aussi littéraire, au sens large du terme³⁰.

La construction du suicide en un objet médical m'a portée à situer cette question au cœur des études en histoire de la médecine, et tout particulièrement en histoire de la médecine mentale, une spécialisation qui se développe et s'institutionnalise au tournant du 19^e siècle. À partir de cette étude des débuts de la psychiatrie, j'ai abordé les rapports étroits que les pratiques des aliénistes entretiennent avec l'hygiène publique et la médecine légale. Ce champ de l'histoire de la médecine a été largement étudié, du point de vue institutionnel et sociopolitique³¹, et plus récemment du point de vue de la pratique, au niveau hospitalier et des rapports entre les soignant.e.s et les malades³². Afin d'étudier comment les premiers aliénistes ont pu inscrire le suicide au cœur de leurs théories de l'aliénation mentale, cette étude s'est fondée sur les recherches concernant la professionnalisation et l'institutionnalisation de la psychiatrie³³, le développement des différents courants médicaux sur la folie au cours du 19^e siècle³⁴, les travaux sur le traitement moral³⁵, ainsi que les rapports entre médecine mentale et d'autres institutions comme la justice et l'État³⁶.

Le suicide a fait l'objet d'une immense production d'études médicales au 19^e siècle en France et au-delà. L'analyse de cette vaste littérature médicale permet de comprendre les développements médicaux – les positions, les théories et la pratique sur une question devenue pleinement médicale dès le début du siècle. Ce livre se fonde sur plusieurs types de sources, manuscrites et imprimées, en analysant les observations médicales, la circulation de ces observations et des théories médicales dans différentes plateformes éditoriales, mais aussi les débats qui émergent au cours du siècle à partir de ces échanges et en

30 Jouhaud/Ribard/Schapira 2009, 13.

31 Foucault 1972 ; 1999 ; 2003 ; Castel 1976.

32 Fauvel 2005 ; Fauvel 2016 ; Jansson 2013 ; Jansson 2021.

33 Goldstein 1997a ; Guillemain 2004.

34 Swain 1994 ; Swain 1997 ; Lantéri-Laura 1997 ; Lantéri-Laura 1993.

35 Weiner 1994 ; Weiner 1999 ; Charland 2007.

36 Renneville 1997 ; Renneville 2003 ; Guignard 2010.

réponse aux nouvelles théories et pratiques psychiatriques sur la folie et le suicide. Bien qu'un grand nombre de médecins étudiés dans cette recherche soient issus du contexte parisien, des travaux de médecins provenant d'autres parties de la France sont également analysés ici.

Plus précisément, le corpus consiste en cinq types de textes médicaux : 1) la presse médicale ; 2) les traités ; 3) les thèses en médecine ; 4) les mémoires pour des concours thématiques ; et 5) les dictionnaires médicaux³⁷. Chacune de ces plateformes éditoriales correspond à des objectifs, des lectorats et des procédés différents. En les considérant dans leur diversité, il est donc possible de rendre compte de l'élaboration théorique sur le suicide, de suivre la circulation du savoir médical au travers des échanges et des débats, mais aussi de mieux comprendre les enjeux de la professionnalisation qui s'y opère³⁸. La complexité du suicide comme phénomène social et les échanges de savoir entre les médecins et d'autres domaines sociaux (religieux, juridique, philosophique, littéraire...) m'ont amenée à considérer également des études de ces autres domaines, notamment des écrits juridiques et ecclésiastiques. Ce qui permet de constater à la fois l'influence permanente de ces disciplines et de leurs discours sur la médecine et l'échange constant entre le champ médical et la société. Selon le reproche que l'aliéniste Pierre-Égiste Lisle fait à Esquirol et à son cercle, pour comprendre le suicide, il ne suffit pas de l'étudier dans le seul milieu hospitalier³⁹. Ce regard ne peut qu'être erroné, car il réduit le champ d'analyse aux maladies mentales, tout en ignorant une population entière qui ne rentre pas dans ce cadre médical. Ce corpus permet donc de comprendre comment les médecins incorporent cette autre population dans leur champ d'analyse, et par là comment ils élargissent leur cadre d'expertise au-delà de l'hôpital.

Le cadre historique de cette étude est limité au 19^e siècle, et plus précisément de la naissance de la médecine mentale

37 Pour une présentation approfondie de ces sources, voir le chapitre 2 de ma thèse de doctorat, Yampolsky 2019.

38 Léonard 1981, spéc. 195-201 ; Havelange 1989 ; Rey 1993.

39 Lisle 1856. Lisle articule ce reproche déjà dans ses mémoires pour le Prix Civrieux, de l'Académie de médecine, en 1846 et 1848.

comme branche médicale à la fin du 18^e siècle jusqu'à la fin du Second Empire. Bien que j'aborde aussi les études de la fin du siècle, mon analyse se concentre sur la première moitié du 19^e siècle, qui voit émerger les changements les plus importants dans les théories médicales sur le suicide. Ce cadre historique est structuré en quatre périodes principales. La première – qui va des premiers textes d'aliénistes sur l'aliénation mentale, ce qui coïncide avec la dépénalisation du suicide, jusqu'au début des années 1820 – prolonge la posture que les médecins prenaient lorsque le suicide était encore un crime, c'est-à-dire en le reliant dans certains cas à des types de folie, principalement la mélancolie. L'approche médicale sur le suicide à cette époque était loin d'être systématique, et la majorité des médecins ne le considéraient pas comme étant toujours pathologique. Cependant, à cette même période, certains médecins, notamment Pierre Py en 1815 et Jean Chevrey en 1816, appellent à une nouvelle prise en charge systématique et générale du suicide, cette fois par la médecine elle-même. La seconde période, du début des années 1820 jusqu'au milieu des années 1840, est définie par une position radicale sur la pathologie du suicide. Elle est menée par Esquirol et Jean-Pierre Falret, selon lesquels le suicide constitue toujours un acte de folie et nécessite donc une prise en charge systématique des suicidaires. Sans le considérer comme une maladie à proprement parler, ces aliénistes l'inscrivent dans leurs corpus, en tant que symptôme de l'aliénation mentale. Cette période voit également l'influence brève mais puissante de la monomanie, une nouvelle entité nosographique dont le suicide constitue une variété. Cette posture absolue sur la pathologie du suicide est vivement critiquée et renversée par la génération suivante d'aliénistes, durant les années 1840 et 1850, notamment par Gustave-François Étoc-Demazy, Pierre-Égiste Lisle et Alexandre Brière de Boismont. Ce qui produira un important débat et par conséquent une nouvelle position médicale sur le suicide. Ces aliénistes défendent l'existence du suicide volontaire et libre, qui ne résulte pas de l'aliénation mentale. Outre les nouveaux appels aux lois répressives, la réponse à ce type de suicide, que proposent les aliénistes, reste largement médicale, et plus précisément hygiéniste. La quatrième et dernière période,

que j'aborde dans cette étude de manière plus sommaire, voit le développement de la théorie de la dégénérescence et du rôle de l'hérédité dans la production de la folie et du suicide. Alors que le terme de « moral » se voit remplacé par celui de « psychisme », le développement d'une médecine sociale accorde une place plus importante aux facteurs sociaux et moraux dans la production des maladies mentales et de la dégénérescence. En ce sens, la morale joue un rôle déterminant dans l'appropriation médicale d'un grand nombre d'objets hybrides, entre crime, folie et actes immoraux. Désormais, le suicide fait partie de tout un spectre de déviances et de comportements immoraux qu'il faut soigner et prévenir.

L'analyse des études médicales au cours de ces périodes successives permet de montrer que le statut du suicide comme objet médical n'est pas du tout monolithique et que, loin d'un consensus sur sa pathologie, les médecins et les aliénistes sont confrontés à la difficulté de s'approprier entièrement cet objet, sans modifier le cadre de leur expertise et de leur pratique. L'enjeu est donc de démontrer le double processus de redéfinition : celle du suicide en un objet médical, d'un côté, et celle de la médecine mentale et de ses enjeux hygiéniste, de l'autre.

Le devenir pathologique du suicide au tournant du 19^e siècle

Les premiers aliénistes qui ont examiné le suicide commencent souvent leurs études par la question suivante : Le suicide est-il un acte de folie ? Cette question, qui apparaît surtout au tournant du 19^e siècle, met en évidence les tentatives de reconceptualisation de cet acte par les médecins eux-mêmes. À partir des années 1820, avec le développement des théories médicales et des approches thérapeutiques et préventives envers le suicide, il ne s'agit plus de se demander si cet acte relève ou non de leur expertise. D'une « médicalisation » des cas singuliers qui s'élabore dès le 17^e siècle, on passe à une approche générale sur le suicide. Le statut essentiellement psychopathologique du suicide que l'on constate dans la majorité des études médicales de la première moitié

du 19^e siècle provient de plusieurs développements, médicaux, juridiques, philosophiques et religieux, et cela depuis plusieurs siècles. Il s'agira ici de présenter brièvement ces développements, qui ont contribué à la redéfinition du suicide en un acte de folie et à sa prise en charge de plus en plus systématique par la médecine. Je présenterai les influences et les enjeux qui ont poussé les médecins, et les aliénistes plus spécifiquement, à s'approprier cet objet et à affirmer leur savoir et leur pratique comme étant les mieux disposés pour le prendre en charge.

Plusieurs historiens du suicide ont montré que les débats philosophiques des Lumières sur cette question ont permis de mobiliser de grandes réflexions sur le suicide et sur l'injustice et l'inefficacité des peines contre les suicidés et leurs familles, comme l'exposition publique du cadavre, le refus d'une sépulture consacrée et la perte des biens⁴⁰. Bien qu'il ait été dépénalisé en France en 1791, le suicide tombe déjà depuis longtemps sous le regard et l'expertise des médecins, ce qui permet d'épargner le suicidé et sa famille dans un grand nombre de cas. En ce sens, la loi qui dépénalise le suicide en 1791 représente un acte officiel de changement de statut du suicide et confirme ce qui est déjà entré dans les pratiques sociales. En effet, depuis des siècles, en France comme dans d'autres pays européens, la folie du suicidé constitue une exception à l'application des peines. Avant même la dépénalisation, le constat de l'état psychique du suicidé ou du suicidaire accorde donc une place importante aux médecins, qui fondent leurs diagnostics post-mortem à partir de témoignages des proches du défunt. Durant l'Ancien Régime, le rôle de plus en plus important de l'expertise médicale dans les cas de suicide⁴¹ indique non seulement que la fonction de la médecine gagne en importance dans ces cas, mais qu'il s'agit aussi de conflits d'expertise et de terrain, notamment avec les pratiques juridiques et religieuses⁴². Malgré une certaine tolérance juridique et

40 En se concentrant sur le 18^e siècle, Dominique Godineau (2012, 68) montre que l'exécution des peines diminue de 40 % des jugements connus avant 1754 à 15 % après cette date. Voir également Giraud 2000, 85-89.

41 MacDonald/Murphy 1990 ; MacDonald 1992 ; Vandekerckhove 2004 ; Lederer 2006a.

42 Lederer 2006, 245-248.

institutionnelle envers le suicide, dès le 17^e siècle en particulier, cet acte continue à subir des oppositions violentes et stigmatisantes de la part du public qui, dans certains cas, s'insurge contre la sépulture ecclésiastique et maintient une méfiance, voire un rejet des suicidés⁴³. Que le suicidé subisse ou non des sanctions pénales, suite à son acte criminel, dans tous les cas, le rejet de cet acte par la population s'inscrit dans un jugement moral qui vise la réputation, l'honneur et donc l'identité sociale du suicidé et de ses proches. Comme on le verra, en dehors des sanctions pénales déshonorantes, devenues de plus en plus rares, l'atteinte à l'honneur demeure bien après la dépénalisation de cet acte, son appropriation et sa reconceptualisation par la médecine. En ce sens, on passe des peines juridiques aux « peine » sociales et morales, qui stigmatisent et déshonorent les suicidés, et qui sont produites par le rejet de la population⁴⁴, par l'Église qui continue dans beaucoup de cas à refuser la sépulture, mais aussi par la médecine elle-même qui, dans certains pays européens, relègue les cadavres à la dissection⁴⁵.

De cette tolérance progressive envers le suicide émerge un nouveau regard médical, qui examine ses aspects pathologiques, et plus précisément psychopathologiques. Désormais, sa prise en charge thérapeutique et préventive relève d'abord et avant tout de l'expertise des aliénistes et des hygiénistes. La reconceptualisation du suicide en termes pathologiques émerge des grands développements théoriques et disciplinaires en médecine, notamment en médecine mentale et en hygiène publique. Avant même d'être considéré systématiquement comme un phénomène psychopathologique, au début des années 1820, le suicide interpelle déjà les premiers aliénistes, au tournant du 19^e siècle, comme Joseph Daquin, Philippe Pinel, Jean Chevrey et François-Emmanuel Fodéré, qui interrogent tous le statut pathologique de cet acte et l'inscrivent ainsi dans leurs études sur la folie. Ces interrogations émergent de trois nouvelles branches médicales – la médecine mentale, l'hygiène publique et la médecine légale –, pour lesquelles le suicide devient un

43 Voir Farge 1986 ; Lederer 1998 ; Lederer 2006a, 242-258 ; Kästner 2012.

44 Voir Schreiner 1999 ; Bailey 1998 ; Godineau 2011.

45 Kästner/Luef 2015.

objet privilégié. Il en va de même, un siècle plus tard, lors de la fondation de la sociologie, avec la fameuse étude de Durkheim sur le suicide⁴⁶. Selon mon hypothèse, l'intérêt que cette question suscite parmi ces différents savoirs est dû, au moins en partie, à son statut ambigu, entre transgression morale, résultat de la folie, ou encore effet des problèmes sociaux, économiques et politiques. Il est donc important d'examiner comment le statut pathologique du suicide a été construit à partir de plusieurs savoirs, non seulement médical, mais aussi moral, religieux et juridique. Il s'agit donc, selon moi, d'un objet hybride que les médecins ne parviennent jamais à s'approprier entièrement, sans élargir leur champ d'expertise vers la morale, la justice ou encore l'anthropologie.

En médecine mentale et en hygiène publique, le suicide fait partie des comportements « anormaux » et « dangereux » qui compromettent l'ordre social. Il devient la mesure des « fléaux » de la société démocratique et « individualiste », dont l'étiologie repose autant en la société qu'en la physiologie du suicidaire. La terminologie qu'utilisent les aliénistes eux-mêmes pour désigner le suicide est non seulement médicale, mais aussi morale. Ils parlent de « vice », de « fléau », de « mal », de « plaie » et de « gangrène », ou encore d'« acte immoral ». Le suicide comme acte de folie devient le modèle de la double fonction de la médecine mentale, selon Foucault. La première consiste à « pathologiser les désordres, les erreurs, les illusions de la folie », et la seconde à « coder la folie comme danger », autant pour l'individu que pour la société tout entière⁴⁷. C'est dans ce double objectif que les médecins et les aliénistes abordent le suicide en termes de pathologie et de danger. En redéfinissant le suicide en termes psychiatriques, la médecine mentale se charge ainsi non seulement du traitement des suicidaires et de la prévention, mais aussi de la protection sociale dans un cadre hygiéniste⁴⁸. Dangereux pour l'individu, aliéné, qui agit malgré sa volonté, le suicide constitue également un problème d'hygiène publique, par sa contagiosité et son hérédité présumée.

46 Durkheim [1897] 2007. Voir Baudelot/Establet 1984 ; Berrios/Mohanna 1990 ; Besnard/Borlandi 2000.

47 Foucault 1999, 109-110.

48 Foucault 1999, 109.

Il s'agira donc ici d'analyser comment les premiers aliénistes, entre les années 1790 et 1820, ont tenté de redéfinir cet acte comme un phénomène pathologique, dont la prévention relève d'abord et avant tout du savoir psychiatrique et hygiéniste naissant. Bien qu'il ait déjà été abordé dans des études médicales sur la mélancolie et la folie, notamment par Hufeland, Boissier de Sauvages et Balme⁴⁹, le suicide ne s'est transformé en un véritable objet médical⁵⁰ qu'à partir du mémoire de Pierre Py de 1815, de la thèse en médecine de Jean Chevrey de 1816, et surtout avec l'article « Suicide » d'Esquirol de 1821⁵¹, qui tous les trois consacrent leurs études à cette question. Le texte d'Esquirol pour le *Dictionnaire des sciences médicales* de Panckoucke a influencé tous les travaux médicaux ultérieurs sur ce sujet, et les suicidologues s'y réfèrent encore aujourd'hui⁵². Avant ces premières grandes études médicales, cet acte avait déjà été étudié par plusieurs médecins importants au tournant du 19^e siècle. Il s'agit plus précisément d'un article de Philippe Pinel sur la mélancolie et le suicide (1791) et de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1^{re} éd. en 1800 ; 2^e éd. en 1809), mais aussi de brefs développements par Joseph Daquin (1791) et par François-Emmanuel Fodéré (an VII [1798], 1813 et 1816). Toutes ces premières études « psychiatriques », qui établissent un lien entre le suicide et la folie, permettent de retracer la transformation progressive de cet acte, du criminel au pathologique. L'on verra que ce déplacement de statut ne va pas sans réticences de la part de certains médecins porteurs de l'héritage de l'Ancien Régime, notamment Fodéré, qui refuse de retirer à l'individu sa responsabilité.

Le suicide sous l'Ancien Régime

Le déplacement du statut du suicide, d'un crime à une pathologie, résulte d'un long chevauchement entre le juridique et le médical. En effet, l'exception aux peines juridiques admise dans les cas de démence, et donc d'irresponsabilité du suicidé, est très ancienne.

49 Mucchielli/Renneville 1998, 6.

50 Giraud 2000.

51 Esquirol 1821.

52 Voir Fromentin 2012, 716.

La criminalisation du suicide en Europe ayant déjà fait l'objet de plusieurs études approfondies⁵³, je résumerai ici les moments clés du statut juridique du suicide, jusqu'à sa dépénalisation en France en 1791, et le rôle de plus en plus grand joué par la médecine dans ces procédures juridiques.

La criminalisation du suicide par la loi civile se fonde sur l'interdit par l'Église, qui se met en pratique dès le début du christianisme, jusqu'à devenir inconditionnelle et radicale au début du 5^e siècle avec saint Augustin⁵⁴. Ce changement des mœurs et de la posture juridique sur le suicide marque un tournant dans la tolérance envers cet acte pendant la période classique de l'Empire romain, justifiée notamment par la pensée de Sénèque et le stoïcisme, qu'exemplifie la sentence d'Épicure que Sénèque rappelle dans ses *Lettres à Lucilius* : « *Malum est in necessitate vivere : sed in necessitate vivere necessitas nulla est.* »⁵⁵ L'acceptation romaine du suicide, y compris par les stoïciens, ne fut pas absolue, la distinction étant faite entre les motifs du suicide⁵⁶. Comme Lieven Vandekerckhove le montre, les sanctions prononcées par les juridictions séculières se basent sur la condamnation de l'Église, dont les peines incluent le refus de la sépulture⁵⁷. Durant le Moyen Âge et la Renaissance, de lourdes peines furent imposées au suicidé ainsi qu'à sa famille, principalement le refus de sépulture, le traînage du cadavre sur une claie et son exposition en public, la confiscation ou la destruction des biens, et enfin l'« exécution » posthume du suicidé, souvent par pendaison. Selon Vandekerckhove, le but ultime de ces peines, cruelles et publiques, fut de déshonorer la mémoire du défunt, de manifester au plus haut point l'« ignominie » de l'acte criminel commis par le suicidé et de déshumaniser son corps en le réduisant au statut d'animal⁵⁸. Outre la fonction principale

53 Bourquelot 1841-1842 ; 1842-1843, 242-266 ; 1842-1843, 456-475 ; Schmitt 1976 ; Vandekerckhove [1985] 2004 ; MacDonald 1989 ; Giraud 2000 ; Godineau 2012.

54 Vandekerckhove 2004, 13. Voir Augustin 1959, 259-267.

55 Vandekerckhove 2004, 25. « C'est un mal de vivre en nécessité, mais il n'y a aucune nécessité de vivre en nécessité », Sénèque 1985, 43. Cette sentence provient d'Épicure 1987, 248. Voir Lisle 1856, 361, note 1.

56 Bourquelot 1841-1842, 543.

57 Vandekerckhove 2004, 18.

58 Vandekerckhove 2004, 48, 55, mais aussi 43-47.

de cette législation, qui consiste à punir le suicidé, son aspect spectaculaire fait de *l'exemple* une fonction préventive⁵⁹. Bien que l'on constate un déclin progressif dans l'application de ces peines à partir du 17^e siècle – qui disparaissent presque entièrement au milieu du siècle suivant –, on remarque encore au 18^e siècle certains cas de « procès au cadavre »⁶⁰. Il est important de souligner qu'un grand nombre de ces cas juridiques concernent les classes populaires et les prisonniers, car les classes aisées trouvent souvent des arrangements avec les médecins et d'autres autorités qui leur permettent d'éviter l'infamie publique du jugement. Dès l'abandon du procès infamant et spectaculaire fait au cadavre, les autorités adoptent un procédé plus discret, cherchant à éviter le scandale. Les pratiques funéraires visent alors l'honneur du suicidé, par un certain effacement de l'individu, enterré sous silence et sans rites religieux⁶¹.

L'état psychique du suicidé et la perte de la raison comme condition de certains suicides commencent à être admis, en théorie, vers la fin du Moyen Âge, autant par l'Église que par la loi civile. Dans son étude sur le suicide au Moyen Âge, Jean-Claude Schmitt montre qu'un tiers des cas qu'il analyse a été attribué à différents types de folie, ce qui a permis au suicidé d'échapper au châtement⁶². Cependant, la mise en pratique de la distinction entre le suicide volontaire et le suicide involontaire, dans les cas de démence, fut progressive. Elle devient plus systématique au 16^e siècle, notamment suite aux délibérations du Parlement de Paris et dans d'autres régions françaises⁶³. Sur la base des pratiques juridiques en cours depuis le Moyen Âge, l'*Ordonnance criminelle* de 1670, sous le règne de Louis XIV, formalise la

59 Foucault 1975, 61 *sq.*

60 Godineau 2012, 55 ; Ortolani 2016. Michel Porret (2008, 175-206) montre que la flétrissure du cadavre disparaît en France à partir des années 1770, tandis qu'à Genève cette pratique cesse dès les années 1730.

61 Porret 2008.

62 Schmitt 1976, 7-8.

63 Vandekerckhove 2004, 74. Vandekerckhove (2004, 76) se réfère ici aux délibérations du Parlement de Paris le 18 mars 1550, du Parlement de Dijon le 13 février 1567, et du Parlement de Bourgogne le 14 décembre 1602, qui acceptent la démence comme circonstance valide afin de permettre une inhumation en terre bénite.

répression du suicide, ou de « l'homicide de soi-même ». Cette loi ordonne « un procès au cadavre ou à la mémoire du défunt »⁶⁴, au cours duquel un curateur nommé par le juge représente le défunt lors de la procédure, comme il était déjà d'usage avant l'adoption de cette loi⁶⁵. Bien que cette ordonnance statue sur la procédure juridique, elle laisse la détermination des peines aux juges qui, selon Marc Ortolani, pouvaient s'inspirer des coutumes adoptées depuis le Moyen Âge, mais aussi de la doctrine et de la jurisprudence⁶⁶.

Avec l'attribution de plus en plus fréquente du suicide à la folie, on constate une progressive tolérance juridique, en France et dans d'autres pays européens⁶⁷. Ce qui contribue à une transformation du sens que le public accorde à cet acte. Bien que la détermination de la folie dans le contexte juridique remonte à l'Antiquité, l'implication fondamentale et systématique des médecins dans le processus d'évaluation et de jugement se transforme radicalement à partir du 16^e siècle. Dans son ouvrage sur la folie en Allemagne, Erik Midelfort identifie ce moment de transition dans le discours juridique et l'influence du discours médical au milieu du 16^e siècle, notamment avec la publication en 1563 de l'ouvrage du médecin Jean Wier, intitulé *De praestigiis daemonum*⁶⁸. Wier porte son regard médical sur la possession démoniaque et la sorcellerie, qu'il explique non plus comme un pacte avec le diable mais comme des signes de la folie, qu'il faut non pas punir mais guérir par les moyens de la médecine⁶⁹. Ce qui l'amène à rejeter les peines sévères que l'on imposait à cette époque aux sorcières. Son regard médical sur la sorcellerie a

64 « Titre XXII - De la manière de faire le procès au cadavre ou à la mémoire d'un défunt », *Ordonnance criminelle*, août 1670.

65 Godineau 2012, 19.

66 Ortolani 2016.

67 Pour le contexte anglais, voir MacDonald 1989 ; MacDonald et Murphy 1990. Pour le contexte flamand, voir Vandekerckhove 2004. Le recueil d'environ 400 rapports médico-légaux datés du 18^e siècle à Genève, et signés par des chirurgiens et des médecins, que présentent Brandli et Porret (2014), offre une riche source de cas de suicide à cette époque. Parmi ces rapports, plus de 40 cas concernent des suicides, qui présentent pour la plupart des troubles psychiques. Sur l'expertise médicale et « psychiatrique » au 18^e siècle, voir Barras, 1990. Sur le contexte genevois, voir également Watt 2001 ; Watt 2004.

68 Midelfort 1999, 196-203. Voir Wier 2021.

69 Margel 2021.

rencontré beaucoup d'opposition de la part des juristes et des théologiens à cette époque. Il a cependant contribué à donner une place de plus en plus grande aux médecins dans les procès juridiques, notamment en ce qui concerne leur expertise sur le rôle de la folie dans les crimes⁷⁰. On voit une transformation similaire aux 16^e et 17^e siècles, avec le passage d'une interprétation théologico-juridique du suicide vers une interprétation médicale des maladies de l'esprit ou de l'âme. Dans son ouvrage sur la folie en Bavière aux 16^e et 17^e siècles, David Lederer attribue la montée des explications séculières et médicales de la folie et des phénomènes comme le suicide aux raisons politiques, plutôt qu'aux développements philosophiques et médicaux⁷¹. Comme il l'explique : « All over Europe, the practical impetus behind the decline of religious madness and the subsequent rise of a secular insanity defense is found not in philosophy, nor on the battlefield, but in the pragmatic victory of reason of state policies over confessional strife. »⁷² Ce tournant, qu'il constate dans les cas de suicide, de possession diabolique et de sorcellerie⁷³, prépare déjà les débats qu'auront les Lumières sur le suicide au milieu du 18^e siècle et l'abandon au cours de ces deux siècles des peines contre les suicidés, comme on le verra un peu plus loin. Cependant, les croyances populaires dans le rôle du diable et son influence maline persistent, notamment à propos de la capacité du suicidé, comme agent du diable, d'agir sur les événements météorologiques et d'affecter la récolte, ainsi que de déshonorer tous ceux qui se mettent en contact avec son corps⁷⁴. Cette divergence entre les croyances populaires et les discours officiels a parfois même été à la source de conflits entre la population, d'un côté, et les autorités civiles et ecclésiastiques, de l'autre, autour de la sépulture des suicidés⁷⁵. Ce qui met en évidence le long processus par lequel les mœurs ont changé sur

70 Midelfort 1999, 213-217. Sur la réception de Wier par les médecins du 19^e siècle, voir Yampolsky 2021b.

71 Lederer 2006a, 197.

72 Lederer 2006a, 203.

73 Lederer 2006a, 243.

74 Lederer 2006a, 242-244.

75 Lederer 2006a, 245-248. Voir également Lederer 1994 ; Stuart 1999, 197-200 ; Koslofsky 2004 ; Stuart 2008 ; Luef 2012.

le statut, l'influence, les connotations, voire sur le pouvoir du suicide, avant qu'il soit enfin dépénalisé.

Comme en Bavière⁷⁶, l'augmentation progressive du nombre de cas de suicide déclarés comme étant *non compos mentis* est particulièrement manifeste à partir du milieu du 17^e siècle en Angleterre⁷⁷. Michael Macdonald montre que l'application rigoureuse des peines contre le suicide se concentre principalement entre 1500 et 1660. À partir du milieu du 17^e siècle, de plus en plus de cas sont attribués à la folie. Déclarée *non compos mentis* par les jurés, la personne suicidée évite les peines infamantes et sa famille la misère. Durant les dernières décennies du 18^e siècle, la folie est invoquée pour expliquer la grande majorité des cas de suicide en Angleterre⁷⁸. Il en va de même en France. En effet, devant ces peines juridiques et ecclésiastiques sévères, le « diagnostic » de folie devient « salutaire », du moins pour la famille du mort, et l'évaluation de l'état psychique du suicidé prend une place importante et officielle dans la procédure policière et juridique. La famille et les proches du défunt jouent ici un rôle fondamental, sinon dans la dissimulation de l'acte, du moins pour témoigner de la démence du suicidé⁷⁹. Selon MacDonald, ce changement d'approche « médicalisée » sur le suicide doit moins à l'apport des médecins du 17^e et du 18^e siècle, qui est resté mineur à ce sujet, mais davantage aux acteurs non médicaux, les jurés, les juristes et les philosophes, ainsi qu'à un regard plus séculier sur cet acte⁸⁰.

À partir de ces développements, le statut criminel du suicide et l'efficacité des peines contre cet acte font l'objet de débats idéologiques et théoriques parmi les philosophes et les juristes du 18^e siècle. Bien qu'ils ne soient pas tous d'accord sur la légitimité du suicide, la plupart d'entre eux s'opposent avec virulence à la violence cruelle, contre le suicidé et sa famille, et aux effets choquants et donc néfastes de cette mise en scène du châtement, pour le public. Cette critique est mobilisée par de

76 Lederer 2006a, 255.

77 MacDonald 1989, 69.

78 MacDonald 1989, 75.

79 Giraud 2000, 85 ; Godineau 2012, 50-51.

80 MacDonald 1989, 82-85. Voir également Brandli/Porret 2014.

nombreux penseurs, notamment Montesquieu, dont les *Lettres persanes* (1721)⁸¹ sont souvent considérées comme une « apologie » du suicide, David Hume et son *Of suicide* (1755), Voltaire, ainsi que d'Holbach et son *Système de la nature* (1770)⁸². Citons encore Rousseau, dont *Julie, ou la nouvelle Héloïse* est souvent critiqué par les aliénistes pour son apologie du suicide⁸³. Les juristes de cette époque s'avèrent plus partagés sur l'utilité et l'efficacité des peines contre le suicide. Cependant, on constate, là aussi, un rejet progressif de la répression et des sanctions. La critique la plus décisive, de la part des juristes, fut émise par Cesare Beccaria, dans son fameux traité *Des délits et des peines* (1764), selon lequel la punition retombe non pas sur le suicidé mais sur sa famille, et donc sur des individus innocents⁸⁴. Au milieu du 18^e siècle, Pierre-François Muyart de Vouglans (1713-1791) demeure l'un des seuls juristes à défendre l'application de la loi et des peines contre le suicide⁸⁵. Pour le juriste Daniel Jousse (1704-1781), toute atteinte à sa propre vie mérite la peine capitale⁸⁶. Parmi ces critiques, on peut encore mentionner l'imprimeur Siméon-Prospér Hardy (1729-1806), qui réprovoie le suicide, tout en critiquant les peines sévères contre cet acte⁸⁷. Dans son étude sur le suicide en France, Jeffrey Merrick atténue l'apport des Lumières à la tolérance que l'on constate vers la fin du 18^e siècle. Selon lui, les archives judiciaires indiquent que ce déclin dans l'application des peines juridiques non seulement contre le suicide, mais

81 Montesquieu [1721] 2004, voir spéc. les lettres LXXIV et LXXVI. Voir Delia 2015 ; Cahn 1998 ; Savorelli 2005-2006 ; Volpilhac-Auger 2013.

82 Hume [(1755) 1777] 2001 ; Voltaire [1766] 1878, 539 ; Holbach 1770. Outre les philosophes du 18^e siècle, déjà mentionnés, voir aussi Des Essarts 1777 ; ou encore Anonyme 1784. Voir Minois 1995, 246-287.

83 Rousseau [1761] 1961. Voir Bédé 1966, 52-70 ; Faubert 2015.

84 Beccaria [1764] 1991, la première traduction française par l'abbé Morellet, parue en 1765, voir plus précisément le chapitre 32 (« Du suicide »). Pour une nouvelle traduction, voir Beccaria 2009. Voir Pandolfi 1977, 291-316 ; Porret 1997 ; Giraud 2000 ; Godineau 2012, 70-71 ; Renneville 2012.

85 Muyart de Vouglans 1780, 184. Voir Vandekerckhove 2004, 127-128.

86 Jousse 1771. Voir Vandekerckhove 2004, 128. Sur les prémisses des réformes pénales, voir Porret 2012, 33-36.

87 Godineau 2012, 69-70. Sur Hardy à l'égard du suicide, voir Merrick 1989.

aussi contre d'autres crimes comme le sacrilège, le blasphème et la sodomie, commence bien avant l'avènement des Lumières⁸⁸.

Comme MacDonald l'affirme, la médicalisation du suicide a lieu bien avant que le suicide lui-même soit investi par les aliénistes. Les médecins jouaient déjà un rôle important et de plus en plus régulier dans les procès juridiques contre le suicide. Néanmoins, cet acte n'était pas encore reconceptualisé dans son ensemble comme un phénomène psychopathologique. Il s'agira ici d'examiner comment les premiers aliénistes, et ensuite leurs disciples au cours du 19^e siècle ont tenté d'inscrire cet acte entièrement dans leur champ d'expertise. Bien qu'ils ne soient pas les seuls à se positionner comme experts en matière de suicide – l'Église continuant au cours du 19^e siècle à exercer un pouvoir important sur la sépulture –, les aliénistes et les hygiénistes érigent tout un appareil théorique, mais aussi thérapeutique et préventif, autour de ce phénomène. À partir de là, j'analyserai les enjeux disciplinaires et professionnels de l'appropriation médicale du suicide, de sa reconceptualisation en un objet de folie et de problème d'hygiène publique.

La criminalisation du suicide en France prend fin le 25 septembre 1791, lorsque la Constituante vote sur le premier Code pénal, adopté le 6 octobre de la même année⁸⁹. Elle s'achève par le Code des délits et des peines du 25 octobre 1795, annulant toute poursuite du coupable après sa mort⁹⁰. Ce moment dans l'histoire du suicide passe sous silence, ne donnant suite dans la presse à aucun débat ni pour ni contre cette nouvelle législation⁹¹. Il en va de même, dans le Code pénal de 1791, pour la responsabilité des fous criminels⁹². Dans les années 1780, la prise en charge médicale des tentatives de suicide reste sélective, la plupart des suicidaires à Paris étant retournés à leur famille, d'autres soumis au traitement médical à l'Hôtel-Dieu. Dans sa thèse sur le suicide au tournant du 19^e siècle, Sylvie Giraud étudie les

88 Merrick 1989, 38-39.

89 Sur le Code pénal de 1791, voir Renneville 2003, 32-38 ; Guignard 2010, 16-18.

90 Godineau 2012, 73.

91 Godineau 2012, 73.

92 Guignard 2010, 37-38.

admissions des patients à l'Hôtel-Dieu, suite à des tentatives de suicide. Elle remarque que ces tentatives sont loin d'être toujours déclarées comme telles, le motif d'hospitalisation étant dans de nombreux cas attribué à des actes d'autodestruction, sans que le suicide soit mentionné explicitement⁹³. Il en va ainsi des blessures suspectes comme des « coups d'arme à feu ou d'arme blanche portés à la gorge et au visage », ou « à la bouche »⁹⁴. Ce qui lui permet de compléter les 301 tentatives avérées, entre 1799 et 1815, par 281 cas de tentatives « probable »⁹⁵. À ceux-là s'ajoutent encore 249 cas de « noyé », « repêché » ou « submergé », sans qu'il y ait mention de suicide. Devant cette incertitude entre les cas avérés et les cas probables ou supposés, ce n'est qu'à partir de 1802 que le repérage des suicidaires commence à se systématiser, du moins à l'Hôtel-Dieu⁹⁶. La prise en charge médicale des suicidaires mise à part, l'appropriation médicale du suicide n'était pas garantie ni même obligatoire, comme les premiers écrits d'aliénistes le démontrent, et j'y reviendrai longuement. Selon mon hypothèse, l'implication du suicide dans le cadre de l'aliénation mentale permet de réinscrire cet acte dans un cadre institutionnel, déterminé désormais par son traitement médical. Par ailleurs, il est intéressant de comparer ce passage d'un cadre institutionnel à un autre en France avec la dépénalisation tardive de cet acte en Angleterre, lors de l'adoption du *Suicide Act* en 1961. Comme Sheila Moore le montre, l'adoption du *Suicide Act*, qui dépénalise définitivement le suicide en Angleterre, n'aurait pas été possible sans l'adoption, deux ans plus tôt, du *Mental Health Act*, qui garantissait ainsi sa prise en charge médicale. Ce qui rend possible, selon elle, un meilleur contrôle du suicide, non plus par le système juridique, mais par la médecine⁹⁷. Contrairement au contexte français un siècle et demi plus tôt, Moore parle d'un « transfert de responsabilité » *direct* d'un contrôle juridique à une prise en charge médicale du suicide. Cependant, on pourra s'interroger sur le rôle important

93 Giraud 2000, 343-344.

94 Giraud 2000, 344.

95 Giraud 2000, 350.

96 Giraud 2000, 352.

97 Moore 2000, 105.

que les médecins jouaient déjà de longue date dans les procès contre les suicidés avant la dépénalisation de cet acte en 1791 en France. En ce sens, le terrain médical étant déjà bien préparé avant même sa dépénalisation, le suicide était loin de devenir un acte comme un autre. Le transfert du cadre juridique au cadre médical avait besoin de peu pour s'accomplir.

Malgré le passage progressif du suicide dans le champ médical, des restes de « peine » demeurent après sa dépénalisation, non plus dans la loi civile, mais par les sanctions de l'Église. Selon Guillemain, l'approche médicale du suicide n'entrave pas la position de l'Église envers la mort volontaire, qui continue, encore à la fin du 19^e siècle, à refuser la sépulture ecclésiastique⁹⁸ aux individus qui se sont suicidés « par désespoir et par colère », les mêmes motifs qui justifiaient le jugement et le refus de sépulture déjà au 17^e siècle⁹⁹. Cependant, cette détermination des motifs, par l'Église, remet en question l'autorité des médecins face aux suicidés et pose la question des outils et des savoirs concurrents devant cet acte. En effet, on constate des tensions entre les médecins et les religieux au sujet non seulement du suicide mais aussi sur le traitement de la folie. Au milieu du 19^e siècle, les aliénistes catégorisent le suicide en deux types, volontaire et libre, d'un côté, et involontaire et donc aliéné, de l'autre. Malgré cette distinction, ils continueront à se considérer comme les mieux placés pour prendre en charge le suicide, qu'il soit volontaire ou non, et cela dans un but hygiéniste. Bien qu'il ne soit plus soumis au jugement légal, le suicidé continue à subir le jugement religieux, dont le refus des rites funéraires stigmatise sa mémoire et calomnie sa famille. La réticence des ecclésiastiques devant le suicide au 19^e siècle amène les familles des défunts à faire appel à l'expertise médicale, afin d'obtenir un diagnostic qui leur épargnerait la stigmatisation sociale¹⁰⁰. Malgré cet arrangement entre médecins, ecclésiastiques et familles des suicidés, un grand nombre d'aliénistes se souviendront du pouvoir moral exercé par la religion, et plaideront pour un renforcement des valeurs religieuses dans un but préventif.

98 Guillemain 2012.

99 Lederer 2006a, 167 - 169.

100 Renneville 2018.

La déstigmatisation du suicide revendiquée par les aliénistes, en le déplaçant dans le cadre médical, et que les suicidologues revendiquent encore aujourd'hui, bute sur les tentatives de certains médecins d'utiliser des mesures infamantes et déshonorantes comme moyens de prévention. Certains médecins proposent, par exemple, de reléguer les cadavres de suicidés à la dissection, une pratique qui était en vigueur notamment en Saxe¹⁰¹. D'autres médecins font appel à de nouvelles lois contre le suicide. En effet, au cours du 19^e siècle, comme on le verra dans le dernier chapitre, certains aliénistes et hygiénistes témoignent d'une certaine nostalgie pour les lois répressives contre le suicide, qu'ils considèrent comme ayant été un moyen efficace pour prévenir cet acte. Cet appel à l'adoption de nouvelles lois répressives devient plus fort durant la seconde moitié du siècle, lorsque les aliénistes acceptent l'existence du suicide volontaire, qui est attribué à l'immoralité de l'individu et de son environnement. Au tournant du 19^e siècle, les médecins et les aliénistes portent un regard mitigé sur le suicide, qu'ils considèrent à la fois comme un acte immoral et comme un effet de la folie, entre le suicide volontaire et le suicide pathologique, et qu'ils se chargent de traiter et de prévenir. Or, comme Pinel l'affirme, seuls les médecins disposent d'outils suffisamment efficaces pour faire cette distinction.

Le regard des premiers aliénistes

La redéfinition progressive du suicide en une maladie mentale se développe au moment même où la médecine mentale se fonde en branche médicale autonome. Les premiers aliénistes, notamment Pinel, Daquin et Chevrey¹⁰², interrogent les liens entre le suicide et l'aliénation mentale, qu'ils fondent sur des observations cliniques. D'un résultat de la folie, le suicide devient une maladie à proprement parler. En effet, cet acte se déplace de

101 Debreyne 1847, 206 ; Bertrand 1857, 202.

102 On peut mentionner encore François-Emmanuel Fodéré (1764 - 1835), qui a publié plusieurs études sur le suicide. À ce propos, voir Yampolsky 2018 et Yampolsky 2019, spéc. le chapitre 1.

plus en plus dans le champ médical, et se transforme de cas rares, selon Pinel, à un statut pleinement pathologique selon Chevreux, mettant en scène la redéfinition qu'Esquirol et Falret en feront au début des années 1820. Avant de conclure cette introduction, je présenterai les arguments principaux de ces trois premiers aliénistes sur le suicide.

Philippe Pinel

Dans un article de 1787, consacré aux effets qu'exerce le climat sur la mélancolie, Pinel affirme que le suicide ne peut être compris qu'à partir du savoir et des méthodes de traitements médicaux :

La question que nous nous sommes proposée conduit naturellement à rechercher les causes du suicide, toujours plus fréquent dans les mois de novembre et de décembre. Mais ce point délicat de morale, sur lequel les Philosophes n'ont pu parler que d'une manière vague, parce qu'ils étaient privés des lumières de la Médecine, mérite d'être traité dans une autre occasion avec étendue, et doit être surtout éclairci par des faits observés¹⁰³.

En concluant son article, Pinel partage la position des Lumières contre la criminalisation de « ce point délicat de morale¹⁰⁴ », mais il critique tout à la fois l'imprécision et l'insuffisance de l'argumentation philosophique sur le suicide. Il oppose au regard « vague » des philosophes la rigueur systématique et scientifique de la médecine, garantie par l'observation. La position de Pinel sur le pouvoir médical est encore plus affirmative quelques années plus tard, comme on peut le lire dans l'article intitulé « Observations sur une espèce particulière de mélancolie qui conduit au suicide »¹⁰⁵. Dans la seconde édition de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, on constate une augmentation des références au suicide, tout particulièrement dans son lien à l'aliénation mentale.

103 Pinel [1787, 201-202] 1981, 186-187.

104 Postel 1981, 190.

105 Pinel [1791] 1981, 198-205. Il reprend cet article dans les deux éditions de son ouvrage Pinel 1800 (1^{re} éd.) et Pinel 1809 (2^e éd.).

Selon Pinel, cette espèce suicidogène de mélancolie « ne pouvait d'ailleurs être bien constatée *que* par des observations exactes de Médecine »¹⁰⁶. Le suicide, du moins de type pathologique, relève de l'expertise du médecin, qui seul par ses « observations exactes » peut l'identifier et le comprendre, et sur la base desquelles il peut élaborer des théories et des méthodes de traitement et de prévention. En défendant l'importance de l'observation, Pinel annonce une césure entre la philosophie et la médecine. Il cite un passage tiré de *L'esprit des lois* de Montesquieu, selon lequel le suicide est « l'effet d'une maladie » qui « tient à l'état physique de la machine »¹⁰⁷. Cependant, il reproche à ce philosophe de fonder son argument sur l'opinion publique, ce qui le voue à l'erreur. En effet, il s'agit du mythe d'un prétendu « mal anglais », selon lequel le suicide touche tout particulièrement les Anglais, ce que les statistiques renversent au début du 19^e siècle¹⁰⁸.

Tout en inscrivant le suicide au cœur de la médecine, Pinel constate l'insuffisance d'études approfondies basées sur l'observation et affirme leur nécessité pour la prévention de ce phénomène. Il développera un tel objectif dans cet article de 1791, où il présente trois cas de mélancolie avec penchant au suicide, caractérisée par un « désir irrésistible à se donner la mort »¹⁰⁹, le « dégoût de la vie » ou un « délire circonscrit à un seul objet », « une idée dominante qui semble absorber toutes les facultés de l'entendement », car ce délire s'oppose au « sentiment naturel qui attache l'homme à la vie », ou à l'instinct de conservation¹¹⁰. Là encore, Pinel demande à la médecine de s'investir dans cet objet « délicat », de fournir des observations et de « nouvelles lumières », d'élaborer et de « perfectionner » une méthode de traitement et de prévention, d'ordre hygiéniste. Bien qu'il admette qu'une quantité mineure de cas relève de la pathologie mentale, selon Pinel, seul le médecin a les outils pour distinguer le suicide pathologique d'autres types de mort volontaire :

106 Pinel [1791] 1981, 200. Je souligne.

107 Pinel [1791] 1981, 200. Voir Montesquieu [1748] 1979, 384-385.

108 Minois 1995, 211-245.

109 Pinel [1791] 1981, 200.

110 Pinel [1791] 1981, 205.

Dans toutes les menaces de suicide, le Médecin doit s'exercer à distinguer celles que peuvent produire un état de désespoir, ou une imagination exagérée, d'avec celles qui en sont indépendantes, et qui tiennent à un état particulier de maladie, car celles-ci sont seules du ressort de la médecine, et peuvent exiger un traitement méthodique¹¹¹.

Si l'aliénation mentale ne constitue qu'une cause de suicide parmi d'autres – une cause « sans doute la plus rare », selon Pinel¹¹² –, toutes les « menaces » de suicide tombent néanmoins sous l'autorité et le savoir de la médecine ; un positionnement qui par la suite s'est érigé, institutionnalisé et donc systématisé, et qui perdure de nos jours. Cette prétention à la position privilégiée de la médecine envers le suicide domine sur les compétences revendiquées en cette matière par d'autres savoirs et pratiques, notamment par les ecclésiastiques et par certains juristes.

Plus tard dans le siècle, cette inscription de plus en plus forte du suicide dans le domaine de la médecine se retrouvera au cœur d'un débat médico-légal sur la responsabilité et le libre arbitre des aliénés, mais aussi dans les redéfinitions de la frontière entre la folie et la normalité. « Tout l'effort des aliénistes, écrit Gladys Swain, sera justement de faire admettre la compatibilité de fait d'une relative présence réfléchie avec l'empire de la déraison et l'absence de responsabilité. »¹¹³ Autrement dit, les aliénistes cherchent à redéfinir la folie non plus en termes de polarité, selon laquelle la folie s'oppose radicalement à la raison, mais plutôt en termes de degrés de déraison. Cette conception de la folie permet aux aliénistes d'englober un plus grand nombre d'états psychiques et de comportements. La monomanie comme « folie partielle » est exemplaire d'une telle approche psychiatrique, par laquelle la médecine mentale parvient à isoler le suicide comme un acte pathologique.

111 Pinel [1791] 1981, 205. Je souligne.

112 Pinel [1791] 1981, 205.

113 Swain 1994a, 144.

Joseph Daquin

Joseph Daquin, une autre figure fondatrice de la médecine mentale, restée longtemps dans l'ombre de Pinel, consacre au suicide les dernières pages de sa *Philosophie de la folie*¹¹⁴. Paru en 1791, la même année que l'article de Pinel sur le suicide et que le premier Code pénal qui décriminalise cet acte, le texte de Daquin conclut que le suicide ne constitue pas une maladie mentale. Médecin de l'Hôpital des fous et de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, il développe dans son ouvrage ce que Pinel nommera presque dix ans plus tard le *traitement moral*, qui tend à rompre avec la dureté et la violence subies jusqu'alors par les fous dans les hospices. Selon Gladys Swain, la position de Daquin sur le suicide est tiraillée entre deux traditions ou époques, l'une, ancienne, qui suit la pensée rationaliste des Lumières, et l'autre, naissante, érigée sur le matérialisme et l'observation scientifique¹¹⁵. Deux questions se croisent, s'articulent voire s'opposent l'une à l'autre, et traversent la première moitié du 19^e siècle. Tout d'abord, peut-on disposer librement de sa vie, en suivant son libre arbitre¹¹⁶ ? Ensuite, « [u]n individu qui a plus ou moins médité son acte, qui en a raisonné l'exécution, [qui a] agi de sang-froid, qui se souvient des circonstances, peut-il être considéré comme fou ? »¹¹⁷

L'opinion que Daquin avance sur le suicide reste ancrée dans la législation de l'Ancien Régime, qui ne suspend les peines que pour ceux qui sont atteints de folie « confirmée depuis longtemps » et « antécédente à leur mort »¹¹⁸. C'est en juillet 1791 que le manuscrit de la *Philosophie de la folie* a été approuvé pour publication par le censeur royal J. Ducret, deux mois avant l'adoption du premier Code pénal français. Pour Daquin comme pour Pinel, le suicide est une question « délicate », au croisement de deux domaines : la morale, ou la philosophie, et la médecine¹¹⁹. Cette question est délicate non seulement parce qu'il s'agit d'un

114 Daquin 1791, réédité en 1792.

115 Swain 1994a, 147.

116 Swain 1994a, 145.

117 Swain 1994a, 144.

118 Daquin 1792, 93.

119 Daquin 1792, 91. Voir Daquin 1804, xi.

phénomène complexe, mais aussi du fait que ces deux médecins écrivent avant la mise en vigueur du nouveau code pénal. En se référant à ses propres observations médicales, Daquin rejette l'idée selon laquelle les *suicidistes*¹²⁰ sont des fous :

[T]outes leurs manœuvres, toutes leurs vues, bien loin de déceler la folie, démontrent au contraire, une suite d'idées réfléchies, compassées, et si bien liées ensemble, qu'elles annoncent un jugement très sain et un raisonnement si juste, que rarement, pour ne pas dire jamais, on ne voit chez les fous ; et que presque toujours ils parviennent à leur but, c'est-à-dire, au suicide. Ainsi donc, d'après tout ce qu'on vient d'exposer, on doit conclure que le suicidiste n'est pas un fou : il ne peut être regardé que comme un lâche et un vicieux ; car la lâcheté est un vice de l'âme¹²¹.

Ce passage résume parfaitement la position ambiguë de Daquin, entre deux traditions du savoir : l'une, ancrée dans une histoire juridique du suicide, qui exclut la folie dans le cas du « raisonnement juste » du sujet et sa « préméditation »¹²², l'autre, qui s'ouvre à un nouvel ordre de savoir, basé sur l'observation. Selon Daquin, l'observation montre que les *mesures* prises par les *suicidistes*, pour accomplir leur acte, sont fondées sur des idées « réfléchie » et « bien liées ensemble ». Elles sont exemplaires d'« un jugement très sain et [d']un raisonnement si juste », que la pensée désordonnée et irrationnelle des fous exclut¹²³. Cependant, sa position annonce également le double statut du suicide, volontaire et involontaire, que les aliénistes du milieu du 19^e siècle défendront, une position où la morale joue un rôle déterminant. Comme on le verra, la rationalité de certains suicidaires sera défendue par les aliénistes à partir du milieu du 19^e siècle, en France et en Angleterre, et certains d'entre eux feront appel à la réinstauration des lois contre le suicide *volontaire*. Ce point de vue est partagé par certains médecins anglais, dans un pays où la dépénalisation du suicide s'effectuera par étapes au cours du 19^e siècle, jusqu'à sa dépénalisation définitive seulement en 1961, on l'a vu. On peut lire, entre autres, le traité de Wynn Wescott

120 Daquin propose ce néologisme pour désigner ensemble les suicidaires et les suicidés.

121 Daquin 1792, 95.

122 Daquin 1792, 94.

123 Postel 1981, 191.

sur le suicide¹²⁴, qui dénonce la position exclusive des aliénistes français de la première moitié du 19^e siècle, ainsi que de certains aliénistes anglais et américains, sur la nature pathologique de la mort volontaire. Cependant, aucun d'entre eux n'ira jusqu'à considérer tout suicide comme un acte volontaire, qui devrait être soumis à la justice.

Face au « jugement très-sain » et au « raisonnement si juste » du *suicidiste*, la prévention de cet acte, selon Daquin, doit être garantie non pas par la médecine, mais par la loi qui le condamnerait encore. En 1804, Daquin réédite son traité, largement retravaillé et augmenté, où l'on constate une assimilation des théories et de la terminologie médicales sur l'aliénation mentale de l'époque. Cependant, il reste convaincu de la criminalité et de l'immoralité du suicide. Là encore, il ne s'agit pas d'un acte de folie, mais d'un acte « contraire aux mœurs »¹²⁵.

Daquin reste ferme sur la transgression morale que représente le suicide, un crime par lequel le *suicidiste* rompt le pacte social, mais aussi un crime religieux contre le pouvoir divin sur la vie. Sans définir le suicide en termes de folie à proprement parler, on constate cependant, dans le texte de Daquin, un glissement du discours. C'est à la justice de flétrir et de prévenir un acte qu'il qualifie de « délire épidémique », une forme de nouvelle « folie » contagieuse qui ravageait déjà la société au seuil de la Révolution et sous l'influence des Lumières qui ont tant critiqué la criminalisation du suicide. Tout en reconnaissant les limites préventives et thérapeutiques de la médecine devant la folie, c'est aussi à la justice de combler ces limites et de lutter contre la propagation de ce mal moral. Si le suicide constitue non pas une maladie mentale mais un crime, Daquin emprunte néanmoins certains termes médicaux pour décrire cet acte. Ainsi, il définit le suicide comme un « délire », une « contagion », une sorte de « folie » qui s'est « emparé[e] de beaucoup de têtes ». Une curieuse description, qui renvoie tout à la fois à la perte de la raison et à la guillotine, laquelle entraîne à cette époque tant de morts.

124 Wescott 1885.

125 Daquin 1804, 251. Voir également Daquin 1792, 96-97.

Jean Chevrey

Quelques années plus tard, en 1816, Jean Chevrey soutient la première thèse de médecine en France sur le suicide, à la Faculté de médecine de Paris. Intitulée *Essai médical sur le suicide, considéré, dans tous les cas, comme le résultat d'une aliénation mentale*, cette thèse officialise l'investissement médical et psychiatrique dans ce phénomène, mais aussi la position exclusive que les aliénistes prendront par la suite. La parution de cette thèse a été précédée par le mémoire que Pierre Py, médecin de Narbonne, publie en 1815, dans lequel il critique l'opinion encore persistante de la criminalité de cet acte. L'objectif de Py consiste à démontrer que le suicide, « en apparence volontaire », est « le résultat d'une maladie dont [il] espère prouver l'existence »¹²⁶. Chevrey, quant à lui, commence sa thèse en soulignant le manque d'études médicales sur un sujet qui concerne la médecine d'abord et avant tout :

En effet, M. le professeur *Pinel* a seulement parlé d'une variété de la mélancolie qui conduit à l'homicide de soi-même, et est le seul encore qui lui ait assigné une place dans un cadre nosographique. D'autres médecins également célèbres, tels que le professeur *Arwenbrugger* [*sic*] de Vienne, *Noëst* d'Amsterdam, *Leroy* d'Anvers, M. le docteur *Gall*, et beaucoup d'autres encore, ont reconnu l'existence d'une maladie dans le penchant au suicide, mais seulement dans quelques circonstances ; tandis qu'il paraît que l'homme ne se porte à cette extrémité dernière que lorsqu'il est parvenu au plus haut degré de la plus terrible des maladies¹²⁷.

Chevrey cherche à se démarquer de ces médecins de renommée en critiquant leur conception erronée du suicide. Selon lui, le suicide relève *toujours* de la pathologie. Influencé par Fodéré, qui fait référence aux mêmes médecins dans son *Traité* de 1813 pour souligner les causes physiques du suicide¹²⁸, Chevrey affirme en effet que tout suicide est le résultat d'une maladie¹²⁹, qu'il

126 Py 1815, 35.

127 Chevrey 1816, 5.

128 Fodéré 1813, t. 1, 276.

129 Chevrey 1816, 14.

provienne des passions violentes ou d'« un état chronique du cerveau »¹³⁰. Autrement dit, toute justification que le suicidaire a pu donner de sa mort volontaire émerge toujours et nécessairement d'un cerveau malade, d'une illusion, d'un délire, et donc de la maladie mentale. Dès l'ouverture de son texte, Chevrey s'adresse directement à la communauté médicale et affirme la nécessité d'aborder le suicide depuis la médecine¹³¹.

Le traitement médical du suicide répond à l'objectif général de la médecine, « la conservation et le bonheur des hommes »¹³², ce qui, selon Chevrey, s'oppose radicalement au penchant au suicide et au désir de la mort. Il expose tout d'abord les causes majeures que les grands traités sur le suicide développeront peu de temps après, notamment l'hérédité, la civilisation, le climat et les saisons, l'aspect contagieux du suicide, la mélancolie et d'autres types d'aliénation mentale qui le produisent. Ensuite, il propose une classification rudimentaire de ce phénomène en deux espèces, qui relèvent l'une et l'autre de la « mélancolie suicidique », dont parle Pinel. Ces deux espèces regroupent des variétés bien différentes, que Chevrey résume en délire aigu et délire chronique. Aussi peu développés soient-ils, les fondements posés par ce jeune médecin se retrouvent dans toutes les études postérieures des aliénistes, bien que sa thèse soit peu mentionnée¹³³. Notons que la bibliographie qui suit l'article d'Esquirol sur le suicide, de 1821, ne contient qu'un seul texte, celui de Chevrey justement. Ce qui est remarquable, car ce dictionnaire accompagne souvent les articles d'une bibliographie très développée. Cette référence unique au texte de Chevrey marque une prise de position de la part d'Esquirol, par laquelle il annonce une nouvelle posture, strictement médicale, selon laquelle le suicide relève toujours de la folie.

Le déplacement du suicide dans le cadre psychiatrique résulte non seulement d'une critique de la criminalisation de cet acte,

130 Chevrey 1816, 13.

131 Chevrey 1816, 7.

132 Chevrey 1816, 6.

133 Esquirol 1821, 283.

mais aussi et surtout de l'important investissement des premiers aliénistes à l'égard de tout ce qui concerne la morale et les comportements. Comme on le verra tout au long de ce livre, la morale devient inséparable du moral ou du psychisme, et tombe ainsi sous l'expertise des médecins. Dès lors que l'immoralité du suicide s'inscrit dans le cadre de l'aliénation mentale, il relève d'un traitement « moral » qui porte autant sur le psychisme que sur la moralité des individus. Le processus par lequel le suicide devient une pathologie émerge également des développements en hygiène publique. Durant le dernier quart du 18^e siècle, la médecine et l'État s'allient dans des efforts hygiénistes contre les épidémies et d'autres fléaux sociaux. Cette alliance donne naissance à la Société royale de médecine, avec Félix Vicq d'Azyr occupant la charge de secrétaire perpétuel. En effet, dès les années 1770, des programmes de prévention, soutenus par l'État, ont été mis en place contre diverses épidémies, et une correspondance sous forme de rapports réguliers a été initiée entre les membres parisiens de la Société et les médecins provinciaux¹³⁴. Ces rapports ont permis d'observer, de suivre et de recenser les particularités régionales, sociales, météorologiques aussi, et ont produit pour résultat une importante base de données sur différents aspects médico-sociaux en France. Ainsi plusieurs sphères sociales tombent sous le regard des hygiénistes, qui cherchent à améliorer les conditions de vie et de travail dans cette première période d'industrialisation en France¹³⁵, de repérer et de réduire les causes de la mortalité¹³⁶, mais aussi d'agir sur la moralité de la population¹³⁷.

L'institutionnalisation de l'hygiène publique au tournant du 19^e siècle se manifeste par la fondation de nombreux comités, chargés de suivre le progrès de la santé et de l'hygiène, de proposer et de mobiliser des mesures préventives et, par conséquent, de contrôler les effets de l'urbanisation et de l'industrialisation sur la santé de la population, sans pour autant entraver ces

134 Mandressi 2006.

135 Roux 2011, 103-119. Voir Chevalier 1958 ; Chesnais 1981, 265-287 ; Kalifa 2013 ; Fureix/Jarrige 2015 ; Myllykangas 2020.

136 Villermé 1828.

137 Coleman 1982, 3-33.

nouveaux « progrès » politico-économiques et sociaux¹³⁸. Il s'agit notamment de la création du Comité de salubrité en 1790 par la Société royale de médecine, et du Conseil de salubrité de Paris en 1802 par la préfecture de Police¹³⁹. Au début des années 1820, on constate une expansion de l'hygiène publique, non seulement par les figures impliquées dans ce mouvement, les chaires universitaires et les publications, mais aussi par le cadre de son expertise¹⁴⁰. En 1821, la préfecture de la Seine publie le premier volume des *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine*. En 1829 paraît le premier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Cette revue servira de plateforme pour les hygiénistes, les médecins légistes, mais aussi pour les aliénistes. Une triple orientation qui fera de cette revue un des lieux privilégiés pour la publication des études sur le suicide. Symptôme de la folie, le suicide devient ainsi un signe des divers désordres sociaux, qui se manifestent parfois dans des cas criminels, que les médecins légistes présentent dans leurs écrits.

138 Ackerknecht 1948 ; La Berge 1984 ; La Berge 1992 ; Ramsey, 1994 ; Le Roux 2011.

139 La Berge 1975 ; Renneville 1997, 153-162.

140 Coleman 1982, 18.

Les définitions médicales du suicide

La position médicale sur le suicide et les théories qui la soutiennent s'inscrivent dans une longue histoire pratique autour de cet acte. Qu'il s'agisse d'une tolérance ou d'une condamnation, d'une perspective juridique, religieuse, morale ou médicale, les mots qui expriment les pratiques découlent le plus souvent de ces pratiques elles-mêmes. Pour comprendre comment le suicide est devenu un problème médical, comment il est entré dans les nosographies psychiatriques et a donc été intégré au cœur d'un langage scientifique, il faut considérer d'abord ce que les aliénistes entendaient par le mot « suicide ». Qu'est-ce que le suicide ? Quels types de comportements sont regroupés ou exclus de cet acte et de ce terme ? Quels genres de justifications les aliénistes donnent-ils pour leurs définitions de cet acte ? Après un siècle de théorisation médicale sur le suicide, le besoin de définir ce terme demeure, comme Émile Durkheim le soulignera en 1897 dans son ouvrage fondateur de la sociologie, *Le suicide*¹.

Dans ce chapitre, il s'agira d'étudier comment, en faisant du suicide un objet médical, les aliénistes ont redéfini cet acte et donc formalisé ce concept. L'évolution de ces définitions médicales dépend non seulement du développement de la médecine mentale au travers du 19^e siècle, mais aussi de l'influence d'autres domaines et d'autres discours sur cette jeune branche médicale. Ces influences se manifestent au travers de la terminologie et des expressions utilisées par les médecins, qui fondent leurs définitions du suicide sur un grand nombre de connotations et

1 Durkheim [1897] 2007, 1.

de références non médicales, comme la morale, la justice, le militaire, la religion et le théâtre. Ce qui nous permettra d'identifier les critères par lesquels les aliénistes ont pu délimiter le champ du suicide, inclure certains comportements et en exclure d'autres. Selon mon hypothèse, un tel enchevêtrement de connotations, parfois métaphoriques, à l'intérieur même du discours médical met en évidence la complexité de cet acte, la difficulté de le cerner par un discours et un seul savoir, mais aussi et surtout la nécessité pour la médecine de recourir et de composer avec d'autres domaines afin de s'approprier cet acte.

L'invention du « suicide »

Avant d'étudier les définitions médicales et savantes du suicide, et les raisons pour lesquelles d'autres discours auront tant influencé les médecins, il s'agira d'abord de prendre en considération l'histoire de ce mot et les circonstances qui ont amené à son invention. Bien que l'acte du suicide existe depuis le début des temps, le mot lui-même est récent. Il est apparu d'abord en anglais au 17^e siècle, puis en français au siècle suivant. On constate que l'acte et le vocabulaire pour le décrire traversent de nombreuses controverses dans le domaine médical. Le néologisme « suicide » émerge d'une longue liste de termes descriptifs et souvent incriminants, comme s'il fallait repenser cet acte, lui donner un nouveau lieu et un nouveau statut, mais aussi lui inventer une nouvelle histoire. Cependant, les connotations juridiques et morales des expressions plus anciennes comme « l'homicide de soi-même » et « le meurtre de soi-même » persistent et coexistent avec le nouveau terme, qui se veut plus neutre.

Le premier usage du mot « suicide » a souvent été attribué au médecin anglais Walter Charleton (1619-1707), qui en 1659² publie *The Ephesian matron*, où il rapporte une anecdote parue dans le *Satyricon* de Pétrone (1^{er} siècle après J.-C.). Or, un usage antérieur a été identifié par Alfred Alvarez dans *Religio medici*, du médecin Sir Thomas Browne (1605-1682), un ouvrage écrit

2 L'édition latine du texte de Charleton, *Matrona ephesia*, substitue le terme « suicide » par « mortem sibi consciscendo », Barraclough/Shepherd 1994, 119.

en 1635 et publié en 1643³. Browne parle du « suicide de Caton », fameuse référence antique qui sera souvent reprise par les aliénistes. En 1656, le dictionnaire de Thomas Blount, *Glossographia*, définit ce terme pour la première fois comme « the slaying or murdering of himself »⁴. Malgré son invention dans la première moitié du 17^e siècle, l'usage anglais de ce terme demeure rare et sporadique⁵. Il ressurgit et trouve une nouvelle vie en français dans les années 1730, dont le premier usage est souvent attribué, notamment par la plupart des aliénistes, à l'abbé jésuite Pierre François Guyot Desfontaines. En 1737, le mot apparaît deux fois dans le tome X des *Observations sur les écrits modernes*⁶, un journal fondé et dirigé par Desfontaines et François Granet. En 1739, Voltaire publie un essai intitulé « Du suicide ou de l'homicide de soi-même »⁷, un titre qui signale la nouveauté de ce mot en le juxtaposant à sa définition. Comme Voltaire l'indique sur la page de titre, ce texte fut rédigé en 1729. Daube conclut que c'est Desfontaines qui importe le « suicide » en France et Voltaire qui le popularise⁸. Or, cette attribution à Desfontaines devient incertaine si on considère que plusieurs auteurs ont collaboré à son journal et, selon Thelma Morris, la majeure partie du tome X a été rédigée non par cet abbé mais par Adrien-Maurice Mairault, traducteur, historien et un des collaborateurs principaux de Desfontaines⁹. Plus important encore, cette attribution à Desfontaines est remise en question par le fait que ce terme est utilisé déjà en 1734 par son collaborateur et rival l'abbé Antoine François Prévost dans son fameux journal *Le Pour et contre*¹⁰. Morris montre que Desfontaines a joué un rôle très restreint dans ce journal, pour lequel il n'a rédigé que quelques articles

3 Alvarez 1972, 50. Voir Browne 1643, spéc. section XLIII. Voir Barraclough/Shepherd 1994, 119 ; MacDonald/Murphy 1990, 144-175. Voir également Cunningham 1996, 12-61.

4 Blount 1656, cité par Daube 1972, 425 ; Barraclough/Shepherd 1994, 118.

5 Voir la liste chronologique des ouvrages et des dictionnaires anglais qui utilisent ce terme, établie par Barraclough/Shepherd 1994, 120.

6 Anonyme 1737, spéc. la lettre 141, 131 et la lettre 138, 63. Voir Sgard 1991.

7 Voltaire 1739, 151-157. Voir Pomeau 1954, 285-294.

8 Daube 1972, 427.

9 Morris 1961, 105.

10 Voir Schmitt 1976, 21, note 18 ; Godineau 2012, 7.

« pendant le séjour de Prévost en Angleterre »¹¹. De plus, selon Morris, « [d]ès l'apparition de ce nouveau recueil les contemporains n'hésitèrent pas à l'attribuer à Desfontaine ». Elle cite, entre autres, une lettre de Voltaire au magistrat et homme de lettres Pierre-Robert Le Cornier de Cideville, datée du 1^{er} juillet 1733, dans laquelle le philosophe écrit : « Avez-vous entendu parler d'une nouvelle brochure périodique que l'abbé Desfontaines donne sous le nom de l'auteur des *Mémoires d'un homme de qualité* ? »¹² Jean Sgard, quant à lui, remarque la concurrence « évidente » entre ces deux journaux et leurs rédacteurs principaux¹³. Selon les tables et les index détaillés, établis par Sgard¹⁴, le suicide figure comme terme et sujet dans cinq écrits de *Le Pour et contre*, notamment dans les « Réflexions sur le suicide », parues en 1734¹⁵. Enfin, les dictionnaires de l'époque, qui, un siècle plus tard, auront servi de référence aux aliénistes, ont contribué à la perpétuation de cette confusion¹⁶.

Or, selon les études d'Anton van Hooff, puis d'Alexander Murray, on peut remonter encore au Moyen Âge, au théologien et chanoine parisien Gauthier de Saint-Victor qui, en 1178 environ, écrit *Contra quatuor labyrinthos Franciae* (*Contre les quatre labyrinthes de France*)¹⁷. Dans ce traité théologique, Gauthier critique Sénèque, selon lequel certaines circonstances peuvent rendre le suicide légitime. Selon Gauthier, la gravité du suicide dépasse les crimes comme le fratricide, et c'est justement sur le modèle des mots d'origine latine comme *fratricida*, ou encore *homicidium* et *matricidium*, qu'il forge le néologisme latinisant *suicida*, composé de

11 Plus précisément, il s'agit de 25 feuilles, de la 19^e à la 33^e. Morris 1961, 98, note 7.

12 Lettre de Voltaire à Cideville, Best.605, citée par Morris 1961, 97. Dans une lettre du 14 juillet 1733 (Best.610), citée par Morris, Voltaire admet l'erreur et reconnaît Prévost comme le vrai rédacteur de *Le Pour et contre*. Voir également Morris 1961, 97, note 5.

13 Voir Sgard 1991.

14 Sgard 1969. Selon lui, les numéros 20-32 et 35-36 ont été publiés sous la direction de Desfontaines. Voir aussi Larkin 1993, 6-8.

15 Prévost 1734, 61-64 ; le 4^e tome de *Le Pour et contre* contient les numéros 46 à 60, de juin à octobre 1734. Pour les occurrences du terme « suicide » dans ce périodique, voir l'index des matières établi par Sgard 1969, 278.

16 Voir notamment anonyme 1752, 1880.

17 Gauthier de Saint-Victor [env. 1178] 1952, 187-335.

sui et occidere, en référence à celui qui se donne la mort¹⁸. Dans ce terme, le sujet qui se donne la mort est aussi l'objet de l'acte. Le pronom réflexif *sui* se substitue à l'homme, au frère, à la mère, et fait de soi un autre. Ainsi, par une forme de dédoublement, le sujet devient aussi l'objet de l'action.

Selon Murray, cette occurrence au 12^e siècle demeure unique, et aucun autre usage de ce mot entre Gauthier et Thomas Browne n'a encore été identifié¹⁹. Cependant, on peut citer une référence encore plus ancienne donnée par le *Dictionnaire latin-français des auteurs chrétiens*²⁰. Ce dictionnaire du latin médiéval indique l'usage du mot *suicidium* dans le livre 7 de *Scriptores rerum Merovingicarum*, dans *Vita Rigoberti episcopi remensis*, écrit vers la fin du 9^e siècle²¹. Le substantif *suicidium*, qui se réfère ici à l'acte, apparaît donc au Moyen Âge, mais il n'entre en usage plus régulier qu'au 18^e siècle. Des historien.ne.s ont avancé plusieurs explications pour cet usage sporadique. Murray l'explique par un refus, au Moyen Âge, d'exprimer explicitement ou de donner un nom à un acte honteux et secret, mais aussi par un recours à d'autres expressions allusives ou latines, comme *mortem sibi consciscere* ou *manus sibi inferre*²², et des euphémismes, comme *infortunium*²³. Andreas Bähr, quant à lui, explique l'invention tardive du terme « suicide » par la conceptualisation moderne de l'individu et la responsabilité individuelle et non plus purement religieuse d'agir moralement²⁴. Or, il n'était pas toujours question de dissimuler la désignation de cet acte car, comme Daube le montre, le vocabulaire pour l'exprimer ne manquait pas entre le Moyen

18 Selon Alexander Murray, le terme apparaît deux fois dans le livre de Gauthier de Saint-Victor, dont il cite le manuscrit dans son étude : « Iste igitur non quidem fraticida, sed peior suicida, Stoicus professione. Epicureus morte. Putasne cum Nerone et Socrate et Catone suicidis receptus sit Celo ? » Paris, Arsenal, ms 379, fol. 73r, cité par Murray 1998, 38, note 61. Pour une discussion sur cette occurrence unique et précoce du terme « suicide », en latin, voir Murray 1998, 38-40. Voir aussi Hooff 1990, 136-141.

19 Murray 1998, 39.

20 Pour le terme *suicidium*, voir Anonyme 1993, 792.

21 Anonyme, *Vita Rigoberti episcopi remensis* [fin 9^e siècle] 1920, 64.

22 Murray 1998, 35.

23 Murray 1998, 37.

24 Bähr 2013, 628.

Âge et le 18^e siècle. En effet, on trouve d'autres expressions qui indiquaient clairement l'aspect péjoratif et le statut criminel de cet acte, notamment *self-murderer* ou *to murder oneself*²⁵ en anglais, et « homicide de soi-même », ou « meurtrier de soi-même »²⁶. De plus, en exprimant explicitement le statut social et juridique de cet acte, ces termes semblent pertinents jusqu'au moment où l'on commence à critiquer sa criminalisation. Cependant, ces expressions françaises forgées au Moyen Âge persistent encore au 19^e siècle, chez les aliénistes. D'autres expressions encore, plus neutres, comme « se tuer », « se défaire », ou « mort volontaire », trouvent leurs racines en grec et en latin antiques²⁷. Comme Daube et plus tard Anton van Hooff le montrent, des dizaines d'expressions, souvent très descriptives, ont été utilisées en grec et en latin antiques pour désigner cet acte²⁸. Selon Daube, des expressions nominatives et plus conceptuelles comme *mors voluntaria* et *autocheiria* (du grec *αὐτοχειρία*) ont suivi de nombreuses expressions pour désigner l'acte sous forme de verbe ou la personne qui l'accomplit²⁹. On peut relever deux choses de l'existence d'un tel nombre d'expressions. D'un côté, elle indique le poids accordé à la manière dont le suicide a été accompli et aux circonstances. De l'autre, elle met en évidence l'importance de distinguer les différents types de suicide. En d'autres termes, la pluralité d'expressions grecques et latines indique l'importance accordée aux causes, aux moyens, aux buts, et aux circonstances de cette mort. En ce sens, le martyre se distingue de la fuite d'une peine juridique par suicide, du suicide pour sauver son honneur, ou encore du suicide par malheur ou infortune. En revanche, en modernité, un seul terme regroupe tout acte de se donner la mort et le réduit à sa finalité. Une exception est faite, parfois, dans les cas de sacrifice, auquel je reviendrai plus bas.

L'usage moderne de ces diverses expressions et euphémismes se rapporte toujours à un seul et même concept, qu'il soit

25 Daube 1972, 413.

26 Daube 1972, 417.

27 Daube 1972, 416-417.

28 Voir Daube 1972 ; ainsi que Hooff 1990, 243-250, qui rassemble plus de 300 termes et expressions en latin et en grec.

29 Daube 1972, 397.

abordé en termes juridiques ou médicaux. Par conséquent, dès lors que le suicide est formalisé en un seul concept, la diversité de cet acte – telle qu'on aurait pu la voir dans l'Antiquité – se réduit à un seul cadre épistémologique. Au cœur des débats médicaux sur le statut pathologique du suicide, ce besoin de distinguer les suicides par leurs circonstances sera remis en examen. Bien que d'autres expressions persistent dans les textes médicaux des 18^e et 19^e siècles – souvent d'origine grecque ou latine, ou encore des dénominations péjoratives héritées du Moyen Âge –, il s'agit là non pas d'une distinction mais d'une synonymie. Ainsi, en même temps qu'Esquirol s'oppose à la législation prérévolutionnaire contre le suicide et place cet acte entièrement dans le cadre de la médecine, il le désigne à la fois par le terme plus neutre de « suicide » et des termes anciens d'origine juridique et incriminante comme « le meurtre de soi-même » et « l'homicide de soi-même ». Ce qui ne veut pas dire que l'usage de ces termes n'avait pas un rôle à jouer dans les études médicales.

Ce bref parcours au travers des antécédents lexicaux du suicide nous permet de comprendre que cette notion a une longue histoire, renversant ainsi l'affirmation de certains historiens, comme Daube, selon laquelle la forme latine du mot « suicide » apparaît après le terme en anglais et en français³⁰. Le dossier sur son origine restant encore ouvert, on peut affirmer cependant que les occurrences des variantes latines du mot *suicidium* sont trop rares pour en faire un mot spécifique. Il est important néanmoins de remarquer la résurgence de termes grecs et latins comme *suicidium*, *mors voluntaria* et *autocheiria* dans un grand nombre d'études, certaines médicales, dès l'invention du terme « suicide ». Ce qui est récent dans *suicidium*, c'est le rapport que certains auteurs à cette époque établissent entre « suicide » comme néologisme et nouveau terme générique, d'un côté, et, de l'autre, son étymologie latine qui, elle, dans sa rareté tardive, n'est pas considérée comme un terme générique.

Cette latinisation récente de « suicide » semble jouer trois rôles principaux. Premièrement, la nouveauté du terme a ouvert de nouvelles perspectives et a contribué à l'enracinement d'un

30 Daube 1972, 428.

terme générique, qui regroupe ce type de mort dans une catégorie. À la différence des expressions péjoratives, morales et juridiques comme « le meurtre de soi-même » et « l'homicide de soi-même », ce terme plus neutre permet de développer et de renforcer d'autres perspectives sur cet acte, notamment médicales³¹. Plus précisément, l'adoption d'un terme neutre a permis d'influencer l'opinion publique. Lorsque le *Dictionnaire de Trévoux* définit ce nouveau terme en 1752, il l'inscrit dans une perspective morale, mais aussi « psychiatrique ». En voici les premières lignes :

Meurtre de soi-même. Le *suicide* est le système des lâches, qui n'ont ni la patience de se souffrir eux-mêmes, ni le courage de soutenir une disgrâce. *Mém. de Trévoux*. Dans le cas du *suicide*, on ne peut faire que deux suppositions : ou celle du Chrétien, qui le croit puni par des supplices éternels ; ou celle du Philosophe, qui croit trouver des motifs dans sa raison pour le croire permis & utile à ses besoins. Sans autre explication, *le Chrétien qui se tue est un furieux, & le Philosophe un fou. Le Pour & Contre, T. IV. p. 61, 62*³².

Or, l'enracinement linguistique du terme a été progressif et, malgré l'adoption généralisée du mot « suicide » par les auteurs d'écrits philosophiques, religieux et médicaux, on constate que ces mêmes auteurs utilisent encore d'autres expressions plus anciennes. Dans « Exemple de philosophie française », Prévost – qui a introduit le terme « suicide » dans la langue française –, l'évoque par un ensemble de termes comme « résolution funeste », « se donner la mort », ou encore « le remède anglais », ce dernier faisant référence à l'ouvrage de George Cheyne, *The English malady* (1733), et à la croyance générale de l'époque que le suicide fut plus répandu parmi les Anglais³³. Citons encore l'ouvrage d'Isaac Watts, *A defense against the temptation of self-murder* (1726), et celui de Jean Dumas intitulé *Traité du suicide ou du meurtre de soi-même* (1773). Enfin, dans sa *Nosologie méthodique* (édition

31 Bähr 2013, 623 et 626.

32 Anonyme 1752, 1880, je souligne.

33 Prévost 1784 ; pour l'expression « remède anglais » voir Prévost 1784, 416. Voir Cheyne 1733.

latine de 1763, édition française de 1772), le médecin Boissier de Sauvages, quant à lui, parle de *melancolia anglica*³⁴.

Deuxièmement, et à l'exception de quelques rares et plus anciennes occurrences du terme *suicidium*, mentionnées plus haut, la latinisation du vocabulaire semble se développer surtout au tournant du 19^e siècle et donc bien après l'adoption générale du terme « suicide ». En effet, après l'invention du mot en français et sa popularisation dès les années 1730, ce terme appartient au langage savant des auteurs comme le médecin Antoine Louis et Louis-Sébastien Mercier³⁵. On constate donc la rapidité avec laquelle ce néologisme a pris sens dans le langage scientifique. De plus, parmi les premières définitions du terme, le *Dictionnaire de Trévoux* de 1752 et la quatrième édition du *Dictionnaire de l'Académie française* de 1762 n'apportent aucune précision concernant l'étymologie de « suicide ». Ce sont surtout les médecins et les aliénistes qui rapporteront le mot à une terminologie gréco-latine, qu'ils composent avec des termes antiques et des termes plus récents. On pourrait interpréter cette « invention » comme une volonté d'attribuer à cette catégorie d'actes une valeur scientifique, confirmée depuis l'Antiquité. Ainsi, dans la réédition en 1838 de son article de 1821, Esquirol ouvre son texte par une liste d'expressions plus anciennes, comme *suicidium*, *autochiria* et *melancolia anglica*. En 1857, Louis Bertrand commence sa définition lui aussi par des précisions étymologiques : « (Du latin *sui* de soi, et *cædes* meurtre), *αὐτοχειρία*, *suicidium*. »³⁶ Cette juxtaposition d'*αὐτοχειρία* et de *suicidium* prête à confusion. Contrairement à *suicidium*, *autochiria* a bel et bien une source antique. En effet, de même que la plupart des traités et des mémoires sur le suicide s'ouvrent sur un détour historique par l'Antiquité, un grand nombre de dictionnaires médicaux du 19^e siècle commencent leurs articles par l'histoire lexicale et étymologique du terme, faisant ainsi référence à ses « racines » anciennes.

Ce qui m'amène au troisième et dernier point. La valeur accordée aux sources latines de « suicide » permet à mon sens,

34 Boissier de Sauvages 1739.

35 Louis 1763 ; Mercier [1782] 1979, 193-196.

36 Bertrand 1857, 1.

et en reprenant les concepts d'Eric Hobsbawm, de justifier la catégorisation de cet acte en l'inscrivant dans une histoire et une tradition inventées après coup³⁷. En effet, les nouveaux outils théoriques, épistémologiques et thérapeutiques développés au tournant du 19^e siècle rendent possible la construction collective de nouveaux discours autour de la mort volontaire. Afin de faire du suicide une catégorie nosologique et un type de comportement social, qu'il faut maîtriser au nom de l'hygiène publique, la médecine a élaboré une nouvelle histoire de cet acte, avec ses sources et sa tradition anciennes et savantes.

Avant l'apparition du mot « suicide » dans les dictionnaires de la langue française, les allusions à cet acte autodestructeur étaient intégrées dans la définition de l'homicide³⁸. Bien que la troisième édition du *Dictionnaire de l'Académie française* ait paru en 1740, et donc six ans après le premier usage français de ce terme, ce n'est que deux décennies plus tard que ce dictionnaire l'inclut dans sa quatrième édition, publiée en 1762. Selon cette première définition, le suicide est une « [a]ction de celui qui se tue lui-même »³⁹. La mort volontaire y est mentionnée également dans la définition de l'« homicide »⁴⁰, indiquant par là une coexistence de deux désignations pour la même action et une résistance à effacer l'aspect criminel de cet acte. Ce dictionnaire gardera la même définition du suicide dans les deux éditions suivantes, mais il l'augmentera par des exemples révélateurs. Selon la cinquième édition (1798) :

Les suicides deviennent fréquents. On appelle aussi Suicide, Celui qui se tue lui-même.

*Cet homme a été traîné sur la claie comme suicide*⁴¹.

Selon la sixième édition (1835) :

37 Hobsbawm 2006, 11 - 25.

38 Voir, par exemple, Anonyme 1694.

39 Anonyme, « Suicide » 1762, 773.

40 Anonyme, « Homicide » 1762, 881. Dans sa définition du sujet qui commet cet acte, ce dictionnaire donne l'exemple du suicidé : « Être homicide de soi-même. »

41 Anonyme, « Suicide » 1798, 610.

*Les suicides deviennent fréquents. La religion, la morale, défendent le suicide. Il se dit aussi de Celui qui se tue lui-même. Autrefois le corps des suicides était traîné sur la claie*⁴².

Chacune de ces éditions (1762, 1798 et 1835) marque trois périodes clés dans l'histoire moderne du suicide : la première paraît au milieu des débats sur la criminalité du suicide et peu après le premier usage de ce terme dans la langue française, la deuxième paraît quelques années après la dépénalisation de cet acte, et la troisième en pleine redéfinition du suicide comme pathologie mentale. La transformation du statut du suicide est manifeste également dans ces deux dernières éditions de 1798 et 1835. À la différence de l'édition de 1798, qui évoque encore les peines imposées sur le corps du suicidé (« Cet homme a été traîné sur la claie comme suicide »), celle de 1835 déplace cet exemple dans le passé, rappelant ainsi la fin des peines juridiques. Par ailleurs, dans son livre sur le suicide au 18^e siècle, Dominique Godineau montre que, durant les premières années qui suivirent l'adoption du Code pénal de 1791, certains commissaires ne sont pas encore au courant de la « dépénalisation silencieuse » du suicide, et ils « utilisent encore parfois le terme « délit », ou dressent leur procès-verbal “contre” le suicidé »⁴³. Et je soulignerai encore un point important pour ma démonstration. Dans l'édition de 1835 du *Dictionnaire de l'Académie française*, l'interdiction du suicide par la justice est remplacée par l'interdiction religieuse et morale.

D'autres dictionnaires de la langue française donnent, eux aussi, une définition succincte et souvent descriptive du suicide – par exemple, « l'action de celui qui se tue lui-même ». Pour la plupart, ces définitions sont suivies d'un certain nombre d'exemples ou de citations. Ces exemples orientent la compréhension et l'usage de ce terme, mais ils l'inscrivent aussi dans un contexte particulier. Ainsi, la majorité des dictionnaires de la langue française aux 18^e et 19^e siècles soulignent la condamnation morale et religieuse du suicide. Certains reproduisent encore la connotation juridique de cet acte, en le qualifiant de « meurtre

42 Anonyme, « Suicide » 1835, 789.

43 Godineau 2012, 73 - 74.

de soi-même »⁴⁴. En revanche, on trouve peu de références aux connotations médicales, et cela malgré l'engagement très dynamique des médecins, aliénistes et hygiénistes dans la redéfinition du suicide en termes de psychopathologie. On peut parcourir quelques-uns de ces dictionnaires du 19^e siècle.

Après sa définition de base – « action de se tuer » et « celui qui se tue volontairement »⁴⁵, le *Dictionnaire universel de la langue française* de Pierre Boiste de 1828 précise :

Le suicide est l'un des plus grands crimes : il faut le laisser aux âmes mal trempées, aux cerveaux malades. Si le suicide pouvait jamais être permis, ce ne serait qu'au malheureux qui ne pourrait être, en quoi que ce soit, utile à son semblable⁴⁶.

En 1856, le *Dictionnaire national ou Dictionnaire universel de la langue française* de Louis-Nicolas Bescherelle rajoute à sa définition initiale du suicide (« Celui qui se tue lui-même ») des citations de Boiste, l'éditeur du dictionnaire cité plus haut : « Le suicide est un lâche qui fuit avant la fin du combat. » Dans la définition du suicide comme action, Bescherelle précise encore que « [l]a religion, la morale, défendent le suicide », reprenant cette fois la définition que le *Dictionnaire de l'Académie française* a donnée soixante ans plus tôt⁴⁷. Selon le *Dictionnaire universel de la langue française*, de Claude-Marie Gattel de 1857, « [l]e suicide est la ressource des lâches, qui n'ont pas le courage de soutenir une disgrâce »⁴⁸. À partir de là, on verra comment la médecine mentale elle-même intègre la morale, elle aussi, dans sa conception de la folie et du suicide. En effet, cette qualification du suicide comme un acte de lâcheté revient souvent dans ces dictionnaires de la langue, ainsi que dans les dictionnaires médicaux. Je dirais même que c'est justement ces qualifications d'ordre

44 Voir, par exemple, Anonyme, « Suicide » 1853, 563 ; ainsi que Anonyme, « Suicide » 1875, 1215 - 1217.

45 Le mot substantivé « suicide » se réfère à la fois à l'action et à la personne. On retrouve cette double signification dans la plupart des dictionnaires de la langue française des 18^e et 19^e siècles.

46 Anonyme, « Suicide », 1828, 379.

47 Anonyme, « Suicide », 1856, 1396.

48 Anonyme, « Suicide », 1857, 702.

moral qui facilitent – par un certain processus d'intériorisation de la morale – le passage du crime religieux et moral à un acte pathologique. En d'autres termes, si son statut médical n'est que rarement évoqué par les dictionnaires de la langue française, il l'est implicitement par sa dimension morale.

Le *Dictionnaire universel de la langue française* de Pierre Boiste (1828) décrit donc le suicide comme « un des plus grands crimes », qui n'appartient qu'« aux âmes mal trempées, aux cerveaux malades ». Il réitère cette position en affirmant que « [c]elui qui se suicide est un malade d'esprit, à coup sûr, et peut-être de corps, que les médecins moraux, les amis, les parents ont abandonné »⁴⁹. Malades d'esprit, les suicidés concernent donc l'expertise des « médecins moraux », ou des aliénistes. Ainsi, selon cette définition, le statut du suicide demeure ambigu – c'est à la fois un crime et un acte de folie. Or, cette ambiguïté est poussée encore plus loin dans le *Dictionnaire des dictionnaires. Lettres, sciences, arts, encyclopédie universelle*, de Paul Guérin, de 1895, selon lequel il s'agit d'un crime moral, d'une offense religieuse et d'une épidémie, dont la cause principale relève d'un « renversement des principes religieux »⁵⁰. Enfin, c'est le *Dictionnaire universel* de Maurice La Châtre, de 1870, qui résume le mieux la position médicale sur cet acte – à la fois morale, psychiatrique et hygiéniste :

Le suicide est presque toujours le résultat d'une perturbation morale qui nous jette dans une sorte de folie. Il est causé souvent par un profond désespoir. L'habitude de l'ivrognerie, des excès de toute sorte, l'hypocondrie, la lypémanie, y mènent fatalement. Les tables de statistiques constatent que le suicide est plus fréquent dans les grands centres, aux époques de disette et de misère⁵¹.

On verra dans le quatrième chapitre comment la distinction entre le crime moral et la maladie morale, ou psychique, va progressivement s'effacer jusqu'à disparaître. Ce qui nous permettra de comprendre de quelle manière et pour quelle raison, dès la

49 Anonyme, « Suicide », 1828, 379.

50 Anonyme, « Suicide », 1895a, 566.

51 Anonyme, « Suicide » 1870, 1373.

naissance de la psychiatrie, se sont chevauchés la morale, ou les mœurs et le comportement, et le moral, ou le psychisme, qui, lui, est l'objet principal des théories et des méthodes thérapeutiques de la médecine mentale.

Définir et formaliser le concept médical du suicide

Avant d'étudier les définitions médicales du suicide, j'aimerais d'abord préciser plusieurs aspects formels. Quels types de textes médicaux faut-il considérer ? Qu'est-ce qui constitue une définition médicale et en quoi consiste-t-elle ? Quel est le rapport entre la définition et la description d'une notion, dans un cadre spécifiquement médical ? Ces questions amènent à une interrogation plus large. Comment le suicide comme concept est-il formalisé ? Et enfin, quels critères le médecin utilise-t-il pour délimiter le cadre pathologique de ce phénomène ?

Les deux premières questions doivent être considérées ensemble. En effet, la forme d'une définition médicale dépend du type de textes qui l'énoncent. J'en analyserai principalement trois : les dictionnaires, les traités et les thèses en médecine. Ce deuxième type de textes est important pour comprendre comment une étude approfondie, originale et soutenue par de nombreuses observations, se fonde sur une délimitation précise de l'objet. Les dictionnaires et les traités diffèrent non seulement dans leurs buts théoriques et pratiques, mais aussi selon le lectorat. Les définitions de dictionnaires varient dans l'approfondissement de la notion, qui est en rapport au public ciblé et à l'usage prévu par les éditeurs. Bien que plusieurs dictionnaires médicaux, certains portatifs, ne proposent qu'une définition succincte et descriptive, qui se distingue peu des dictionnaires de la langue, le seul fait d'inclure une notion comme le « suicide » dans un dictionnaire *médical* constitue déjà une prise de position. Certains annoncent immédiatement leur objectif pratique, en valorisant moins l'aspect théorique que les méthodes thérapeutiques et préventives. D'autres, comme les dictionnaires de médecine de Panckoucke et de Dechambre, offrent des analyses approfondies à partir de plusieurs points de vue et plusieurs branches médicales, ainsi que

des observations de cas et des bibliographies. La forme principale des entrées de dictionnaires se compose d'une étymologie du terme, d'une définition générale – telle qu'on la trouverait dans un dictionnaire de la langue française –, et de considérations médicales sur cette notion, suivis souvent de causes, de symptômes et de méthodes thérapeutiques ou préventives. Certains proposent plusieurs définitions, en rapport avec la médecine légale, la médecine mentale ou l'hygiène publique. Les définitions très élaborées contiennent aussi des observations et, en ce sens, ces textes pourraient garder une certaine indépendance envers le reste de l'ouvrage. C'est ainsi qu'Esquirol réédite une version presque identique de sa définition du suicide pour le Panckoucke (1821) dans son ouvrage *Des maladies mentales*, paru en 1838. Dès lors que le suicide est abordé en termes de pathologie, la définition générale et succincte – comme « l'acte de se tuer soi-même » – ne suffit plus. Il faut *qualifier* cet acte et l'aborder à partir de critères médicaux. Il faut en inscrire le déroulement et l'accomplissement dans un rapport de causalité, de signes ou de symptômes qui permettent de l'identifier et de le distinguer, mais aussi dans un rapport à la pratique médicale.

Quant aux études approfondies sur le suicide, il m'a paru difficile d'ignorer la manière selon laquelle ces médecins et ces aliénistes le définissent. Dans ces traités, la définition n'est pas toujours énoncée explicitement et elle demeure peu identifiable si on ne la recontextualise pas dans l'ensemble de l'ouvrage. Souvent, elle est fragmentée et elle apparaît aux différentes étapes de l'étude, ce qui témoigne non seulement des divers aspects médicaux de cet acte, mais aussi d'une évidente difficulté à circonscrire cet objet et à en délimiter le cadre *médical*. *En lisant ces définitions, on constate que la construction du suicide en un objet médical repose sur un grand nombre d'ambiguïtés terminologiques et conceptuelles.* En effet, les médecins font souvent référence à d'autres connotations, et font usage d'autres discours et de métaphores. Pourquoi et en quoi le discours médical ne suffit-il pas pour conceptualiser le suicide comme un acte pathologique ? Deux mouvements complémentaires tentent d'accomplir cette tâche : l'assouplissement du discours scientifique – par des métaphores et des connotations non médicales –,

qui facilite le *déplacement* du suicide dans le cadre de la médecine, d'un côté, et la délimitation de ce qui constitue un suicide, de l'autre. Ce deuxième mouvement est orienté par certaines questions. Dans le suicide, s'agit-il d'un acte ou d'un état ? S'agit-il d'une personne ? Une autre question concerne les causes et la motivation d'une mise à mort volontaire de soi-même : comment considérer le martyr, le sacrifice militaire et le patriotisme, ou encore le sacrifice pour la famille ou l'honneur ? Faut-il les inclure dans la catégorie « suicide », ou les exclure comme des actes à part entière⁵² ?

Pour comprendre comment les définitions médicales du suicide ont été construites et pour tracer leur évolution au travers du 19^e siècle, j'aimerais d'abord analyser deux aspects importants de ces textes. Le premier concerne la terminologie utilisée par les médecins pour parler du suicide, et le second porte sur les expressions non médicales et les métaphores qui sont employées pour renforcer le discours médical. Comme on le verra, cette terminologie et ces expressions véhiculent des connotations propres à d'autres domaines. Parmi les 52 définitions étudiées ici – dont un quart a paru dans des dictionnaires médicaux et les autres dans des traités, des thèses de médecine et d'autres études approfondies –, l'argumentation médicale utilise d'autres perspectives, souvent morale et juridique, mais aussi militaire, religieuse, philosophique, économique, et même théâtrale, maritime et agricole⁵³.

J'ai réparti la terminologie en cinq groupes de noms ou d'expressions synonymiques pour : 1) l'acte du suicide comme substantif ; 2) les expressions à caractère médical pour décrire l'acte ; 3) l'acte du suicide sous forme verbale ; 4) la personne qui commet cet acte ; et enfin 5) les attributs les plus récurrents pour identifier le suicide⁵⁴.

52 Voir Vyve 1954.

53 Pour une liste complète des définitions et des connotations, voir Yampolsky 2019, et plus précisément l'Annexe 2 (Les définitions du suicide et la terminologie utilisée pour le décrire), 662-686.

54 Pour une liste du lexique et des références, voir Yampolsky 2019, et plus précisément l'Annexe 3 (Le lexique du suicide et ses références), 687-690.

Les expressions synonymiques pour l'acte du suicide

Bien que le substantif « suicide » soit largement adopté comme terme principal pour nommer cet acte depuis la première moitié du 18^e siècle, les aliénistes emploient régulièrement d'autres termes synonymiques. Il s'agit surtout de trois expressions anciennes : « le meurtre de soi-même », « l'homicide de soi-même » et « la mort volontaire ». À première vue, ces termes semblent être utilisés de manière interchangeable et ne paraissent servir qu'un souci stylistique des médecins. En effet, dans un seul paragraphe de son étude, parue dans le dictionnaire de Panckoucke, Esquirol désigne cet acte par trois termes – « le meurtre de soi-même », « le suicide » et « l'homicide de soi-même » – sans jamais les distinguer⁵⁵. Or, la récurrence de ces synonymes n'est pas égale, ni les connotations qu'ils véhiculent. Selon Daube, les premiers termes français plutôt neutres incluent « se défaire », « se tuer » et l'expression substantivée « la mort volontaire », ce dernier étant une continuation du latin antique *mors voluntaria*, ainsi que « l'homicide de soi-même »⁵⁶. Au cours du Moyen Âge se forge l'expression plus incriminante de « meurtrier de soi-même » (*mourdreur de lui meismes*), pour désigner la personne qui commet ce crime, et dès lors, « homicide de soi-même » et « meurtrier de soi-même » apparaissent tous les deux dans les textes juridiques et savants⁵⁷. La référence explicite de ces deux expressions au sens juridique de l'acte paraît étrange sous la plume des médecins et aliénistes qui, eux, ont apporté un nouveau cadre conceptuel à la compréhension du suicide et ont vivement critiqué sa criminalisation. Bien que les connotations juridiques abondent dans les écrits médicaux, la majorité applaudissent la

55 Esquirol 1838, t. 1, 526-527 et 576.

56 Daube 1972, 416.

57 Daube se réfère à l'étude de Bourquelot (1842-1843, 264-266), qui cite les lois de la ville de Lille au cours du 13^e siècle, comme étant parmi les premiers usages de l'expression « meurtrier de soi-même ». Cependant, Daube souligne la continuation de l'usage du terme plus « neutre » d'« homicide de soi-même ». Bien que le terme « meurtrier de soi-même » soit ancien, Daube précise que le substantif pour désigner l'acte, « meurtre de soi-même », n'apparaît que tardivement, au 18^e siècle. Daube 1972, 417.

dépénalisation du suicide et considèrent comme « barbare » les mesures punitives d'autrefois⁵⁸. Si certains médecins perçoivent encore le suicide en termes de crime, il s'agit moins d'un crime juridique que d'un *crime moral*. Et il revient justement à la médecine mentale, ou « morale », et aux efforts de l'hygiène publique de « combattre », « attaquer » ou « annihiler » ce « fléau ». Il faut remarquer également le sens ambigu de ce regard incriminant car, dans un grand nombre d'études, définir le suicide comme une pathologie n'empêche pas les médecins de le qualifier de « crime » et d'« acte criminel », ou du moins de rapprocher les termes⁵⁹. De plus, la récurrence de ces deux termes n'est pas égale ; les expressions « meurtre de soi-même » et « la mort volontaire » sont les synonymes privilégiés dans les études et les dictionnaires de médecine, et cela durant tout le 19^e siècle. Précisons, cependant, que les premières études médicales sur ce phénomène, qui cherchent à démontrer que le suicide ne constitue pas un acte *volontaire*, généralement évitent ce terme jusqu'aux années 1830. En effet, Esquirol critique la croyance selon laquelle le suicide est un acte volontaire, en affirmant que l'« hypocondrie, la lypémanie sont le plus ordinairement la vraie cause de la haine ou de l'ennui de la vie, qui enfantent si souvent le suicide qu'on appelle volontaire »⁶⁰.

Or, le rôle de la volonté est plus profond encore, car c'est sur elle que se fonde la distinction entre un *accident* dû à l'erreur des sens chez l'aliéné en délire, d'un côté, et le *suicide* « véritable » provenant d'une erreur de raisonnement, de l'autre⁶¹. Une erreur qui se distingue de l'erreur d'un non-fou, selon Foucault, par le fait qu'elle « ne peut être réduite par une démonstration »⁶². Je reviendrai plus loin sur cette question de la volonté.

58 Voir, par exemple, Anonyme 1856, 1396.

59 Voir, par exemple, Py 1815 ; Quetelet 1835 ; Cazauvicilh 1840 ; Descuret 1841 ; Debreyne 1839 ; Debreyne 1854 ; Bertrand 1857 ; Ebrard 1870 ; Mesnier 1881 ; Moreau de Tours 1899 ; Corre 1891.

60 Esquirol 1838, t. 1, 528.

61 Cet argument développé par Falret (1822) est fortement critiqué par élias Regnault dans son essai sur le suicide (1830).

62 Foucault 2003, 130.

Les expressions à caractère médical pour décrire l'acte

La définition du suicide comme pathologie repose également sur certains termes médicaux, qui fonctionnent dans ces textes soit comme des catégories nosologiques, soit comme des termes génériques et descriptifs. Or, ces termes – tels qu'ils sont utilisés par les aliénistes –, contiennent souvent des ambiguïtés conceptuelles, comme la distinction entre le moral et la morale, ou encore la différence entre une maladie et un symptôme. Ce qui indique un décalage entre le statut de l'acte et le sens des mots qui sont utilisés pour le nommer, soulignant ainsi l'instabilité du concept lui-même. Bien que le suicide soit considéré par beaucoup comme un *symptôme* d'aliénation mentale, les aliénistes continuent à le qualifier de *maladie*, sans pour autant le considérer comme telle. Cette occurrence est frappante tout particulièrement chez Esquirol, qui affirme très explicitement que le suicide ne constitue pas une maladie *sui generis* mais bien un symptôme. D'autres médecins, comme Chevrey (1816) et Bourdin (1845), insistent sur le fait que le suicide constitue bel et bien une maladie. D'autres encore précisent qu'il s'agit d'une « maladie morale », et il faut prendre l'adjectif « morale » au sens du psychisme ou *du moral*. Cependant, le concept du moral véhicule, de manière latente, des connotations liées à la morale, aux comportements et aux mœurs, d'où l'ambiguïté des termes, qui révèle à mon sens un des enjeux majeurs d'une pathologisation du suicide. Cette ambiguïté est d'ailleurs soulignée par certains auteurs qui considèrent le suicide justement comme une « maladie morale », notamment le statisticien A.-M. Guerry (1833), le philosophe C.-J. Tissot (1840) et le médecin de Nîmes N. Ebrard (1870). C'est la *monomanie* comme catégorie nosologique, et plus précisément la *monomanie-suicide*, qui a permis à certains aliénistes de considérer le suicide comme une véritable maladie, et cela pendant une période de cinquante ans, de Georget (1820) jusqu'au *Dictionnaire de médecine usuelle et domestique* (1870), en passant par Esquirol (1821), Broussais (1830), Gout (1832), Marc (1840), Bourdin (1845) et Calmeil (1845). On constate un rapprochement entre le suicide et d'autres types d'aliénation mentale, notamment

la mélancolie⁶³. D'autres encore le rapprochent d'une catégorie de folie plus ancienne, la fureur, notamment avec la « fureur contre soi-même » chez le philosophe Claude-Joseph Tissot (1840) et la « fureur du suicide » chez Calmeil (1845). Enfin, la définition médicale du suicide repose souvent sur d'autres critères, comme l'étiologie, ce qui permet de relier cet acte à des causes prédisposantes, parfois elles-mêmes pathologiques. C'est ainsi qu'en 1828 Broussais explique la monomanie-suicide par la « perversion du besoin de la conservation individuelle »⁶⁴. Dans sa définition du suicide pour le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* d'Andral (1836), Leuret soutient cette explication, en l'attribuant, « en très petit nombre, à une perversion de l'instinct »⁶⁵. Le rôle important des causes dans la définition du suicide comme acte pathologique est déterminé par la redéfinition du suicide non plus comme maladie mais comme symptôme d'aliénation mentale. Ainsi, la nature pathologique du suicide dépend en grande partie de ses causes. Selon Esquirol, cet acte ne peut pas être considéré comme une maladie parce que c'est « un phénomène consécutif à des causes très différentes », et dont un grand nombre ne suggèrent pas immédiatement un lien direct avec la folie. En revanche, il conclut que le suicide est pathologique, parce qu'il est « presque toujours un symptôme d'aliénation mentale »⁶⁶. La définition du suicide comme pathologie revient donc à démontrer en quoi consistent ses causes psychopathologiques et, comme on l'a déjà vu, selon Pinel, seul le médecin dispose d'outils appropriés pour le faire.

Les expressions synonymiques pour l'acte du suicide sous forme verbale

Cette catégorie de termes joue un rôle déterminant dans la définition médicale du suicide. Sans en faire un inventaire complet,

63 Pierre Py (1815) parle de la *mélancolie suicidique*.

64 Broussais 1828, 358 - 360.

65 Leuret/Devergie 1836, 80.

66 Esquirol 1838, t. 1, 576.

j'aimerais mentionner une dizaine d'expressions synonymiques pour désigner l'acte de *se suicider*. Il est important de noter que ce nombre considérable d'expressions semble être dû en partie à une résistance durant le 19^e siècle au verbe « se suicider ». La raison d'une telle résistance pourrait tenir à la construction redondante de ce verbe, car le préfixe latin *sui* indique déjà le réflexif, qui rend inutile le pronom réfléchi (se) du verbe. Bien que le verbe « se suicider » soit en usage régulier à cette époque, les dictionnaires de la langue française soulignent néanmoins l'étrangeté de cette construction. En effet, « se suicider » est désigné comme un néologisme jusqu'à la fin du 19^e siècle⁶⁷. Une polémique se produit entre les grammairiens de l'Académie française et ceux qui reconnaissent le besoin d'un seul et unique verbe qui serait issu du substantif « le suicide ». Ainsi, pour le *Grand dictionnaire universel du XIX^e siècle* de Pierre Larousse (1875), « se suicider » est considéré comme un « néologisme barbare »⁶⁸. En expliquant cette polémique, le *Dictionnaire universel de la langue française* de Prosper Poitevin (1868), quant à lui, justifie l'inclusion de ce verbe :

Ce verbe, que l'Académie n'a pas cru devoir admettre dans sa dernière édition, et contre l'admission duquel ont protesté un très grand nombre de grammairiens, emprunte de la singularité même de sa construction une énergie toute particulière. De la langue parlée il a passé dans la langue écrite, et, quelque fondées que soient les protestations, elles ne sauraient prévaloir contre l'usage⁶⁹.

Une dizaine d'années plus tôt, Bescherelle avait déjà pris parti plus clairement pour l'adoption de ce néologisme :

C'est à la vérité un pléonasme que cette expression *se suicider*. Mais nous ne partageons point du tout la haine des grammairiens et des lexicographes pour ce mot, quoique nous partagions vivement celle des moralistes pour la chose. Toute odieuse qu'elle

67 Anonyme, « Suicide » 1895b, 2094.

68 Anonyme, « Suicide » 1875, 1217.

69 Anonyme, « Suicide » 1868, 808.

est, cette chose, il lui faut un nom, il faut un verbe pour exprimer l'action de ce malheureux qui tourne un bras meurtrier sur lui-même. Or, le seul mot de notre langue qui traduise bien cette idée est *se suicider* ; il a été hasardé par nous ne savons qui, et tout le monde l'a compris, terriblement compris. Donc, ce mot est bon par cela seul⁷⁰.

Bescherelle explique le besoin d'un seul nom et d'un seul verbe par la complexité et la pluralité de sens que cet acte représente :

L'esprit, par une abstraction toute naturelle, a simplifié ce qui était double selon l'étymologie, et fondu un ensemble de phénomènes en une seule image qu'il traduit par un seul mot, *suicide*. C'est à ce point de simplification de la chose que le nom a été pris pour former le verbe⁷¹.

Mais revenons aux dictionnaires et aux traités médicaux. On constate que les aliénistes et les médecins continuent à employer un grand nombre d'autres expressions en parallèle au verbe « se suicider ». Certaines sont descriptives et neutres. On les retrouve déjà dans l'Antiquité, comme « se tuer (volontairement) », « se détruire » et « se donner la mort », et qui désignent le processus destructeur de l'acte⁷². Des connotations juridiques et péjoratives apparaissent également dans l'usage rare de l'expression « commettre un suicide », faisant écho à son équivalent anglais, *to commit suicide*, qui reste en usage encore aujourd'hui. On trouve aussi un nombre considérable d'expressions qui séparent explicitement le sujet qui se tue de l'objet qui subit cette action, soit lui-même ou sa vie. Ainsi, dans les expressions comme « attenter à sa vie », « un attentat contre soi-même », « quitter la vie », « anéantir son être » ou encore « se séparer de soi-même » et « se porter le coup mortel », cette extériorisation de l'objet souligne la notion selon laquelle la vie du sujet ne lui appartient pas. Les aliénistes utilisent aussi des euphémismes comme « se séparer de soi-même », mais aussi « s'ôter la vie », « s'abrégier la

70 Anonyme, « Suicide » 1856, 1396.

71 Anonyme, « Suicide » 1856, 1396.

72 Voir Hooff 1990, 136-141.

vie », « sortir volontairement de la vie ». Un grand nombre de ces expressions, notamment les euphémismes, ont déjà été utilisées pendant l'Antiquité, et comme Dominique Godineau et Sylvie Giraud le soulignent, elles sont en usage régulier au 18^e siècle⁷³. Cependant, ces innombrables désignations antiques avaient chacune un sens précis et distinct. Et comme Van Hooff le montre, les nombreux euphémismes grecs et latins servaient moins à masquer l'horreur de cet acte, qu'à nuancer ses circonstances et son sens. En revanche, sous la plume des aliénistes, toutes les expressions utilisées pour désigner le suicide se réduisent à la synonymie, car le suicide comme terme et comme concept médical englobe ce phénomène tout entier.

Les expressions synonymiques pour le suicidé

La personne qui se suicide ou qui en fait la tentative est désignée par plusieurs termes. Certains aliénistes continuent à employer l'expression « meurtrier de soi-même », mais les désignations les plus récurrentes sont des dérivés du néologisme « suicide ». Depuis l'invention du terme, le suicide est défini à la fois comme un acte et comme une personne. Ainsi, dans les écrits médicaux de la première moitié du 19^e siècle, on dit d'une personne qu'elle *est suicide*, qu'il s'agisse d'un acte accompli ou d'une tentative⁷⁴. Cette double définition est établie, depuis le Moyen Âge, sur le modèle de l'« homicide ». De plus, plusieurs aliénistes ont inventé leurs propres termes. Dans son ouvrage intitulé *La philosophie de la folie* (1791), Joseph Daquin propose le néologisme *suicidiste*, qu'il met en italique avec un renvoi à une note de justification :

J'ai osé me servir de ce terme, que cependant je n'ai trouvé nulle part, pour désigner celui qui commet un suicide : outre qu'il est plus bref, il me paraît aussi plus expressif, & présente à l'esprit une idée plus simple. Au reste, de même qu'on dit, *chymiste*, *anatomiste*, &c. j'ai cru qu'on pouvait aussi hasarder, *suicidiste*⁷⁵.

73 Godineau 2012, 6-8 ; Giraud 2000, 430.

74 Sur ce point, voir Giraud 2000, 343.

75 Daquin 1791, 92.

Dans le *Dictionnaire de médecine* d'Adelon, Georget en 1828, puis Calmeil en 1844 appellent le suicidé « l'auteur de sa mort ». Enfin, en 1890, Paul Moreau de Tours propose encore un autre néologisme pour désigner une catégorie de suicidaires : les « aliénés *suicideurs* ». La difficulté apparente dans la désignation du sujet réside dans les limites de la dénotation du terme « suicidé », qui évoque l'acte accompli. Ainsi, ce terme ne permet pas de distinguer celui qui fait une tentative de suicide, qu'on nommerait aujourd'hui *un suicidant*.

Les attributs récurrents pour identifier le suicide

Parmi les causes innombrables du suicide, j'aimerais en analyser deux que les médecins désignent par un ensemble de termes. Plus précisément, il s'agit de deux groupes qui désignent le *penchant au suicide* et le *dégoût de la vie*. Ces deux causes du suicide sont parmi les plus fréquemment citées par la majorité des études médicales. Elles se distinguent principalement par le « siège » qu'on leur attribue. En lui-même, le *penchant* n'est pas pathologique, mais il représente, comme écrit Julien-Joseph Virey, « une propension », « une inclinaison du caractère à quelque action ou affection morale, comme si nous nous courbions vers tel ou tel objet »⁷⁶. Considéré comme étant inné ou héréditaire, le penchant se rapporte à « l'impulsion native de [la] constitution » propre à chaque sujet⁷⁷. C'est le « germe ou la source de la *passion* »⁷⁸ qui, elle, selon Esquirol, est « en rapport constant avec l'aliénation »⁷⁹. La notion de « penchant au suicide » permet aux médecins d'attribuer la mort volontaire à l'hérédité, à la « nature » du sujet dont le contrôle lui échappe. En ce sens, ce penchant ne dépend pas de sa volonté car, comme l'explique Virey : « Ces penchants, source du bonheur ou du malheur de notre vie, ne sont donc ni le fruit du travail, ni des circonstances ; mais ils naissent en nous et s'y

76 Virey 1819b, 163.

77 Virey 1819b, 164.

78 Anonyme, « Penchant », 1885, 1204.

79 Esquirol 1805, 14.

déclarent dès l'enfance. »⁸⁰ En 1800, Pinel parle d'une « [v]ariété de mélancolie qui conduit au suicide », ou d'une mélancolie avec un penchant au suicide qui, lui, « est indépendant des motifs les plus puissans [*sic*] de se donner la mort »⁸¹. Les références au penchant au suicide et à ses variantes apparaissent dans les études médicales tout au long du 19^e siècle, de Pinel à Paul Moreau de Tours. Parmi ces variantes, on trouve *l'impulsion* ou *l'impulsivité au suicide*, *l'impulsion maladroite*, *l'aberrance impulsrice*, mais aussi *la disposition*, *la tendance* ou *la propension au suicide*.

La deuxième cause récurrente est le *dégoût de la vie* ou de *vivre*, et qui traverse, elle aussi, tout le siècle. D'autres variantes ou synonymes incluent *la haine de la vie*, *l'ennui de vivre*, *le tedium vitae* et *le mépris de l'existence*. Esquirol souligne qu'il faut distinguer ces termes : certains sont plus actifs comme la « haine de la vie », d'autres plus passifs comme le « dégoût de la vie »⁸². Cependant, qu'ils soient actifs ou passifs, ces rapports à la vie sont le plus souvent considérés ensemble par les aliénistes, y compris Esquirol. À cette liste, on peut encore ajouter le *vague des passions*, mentionné par Falret dans son traité sur le suicide de 1822 comme une des causes morales. Or, comme Juan Rigoli le montre, ce « jeu de synonymie » en médecine est composé d'autant de termes médicaux que littéraires, que les médecins réinvestissent et transforment dans le champ médical⁸³. Malgré l'ancienneté de cette cause et la légitimité que les Grecs et les Latins accordaient à ce motif⁸⁴, pour les aliénistes, elle s'oppose à un des instincts majeurs, l'instinct de conservation, et à l'horreur de mourir. Mais elle représente aussi un relâchement des mœurs et de la morale. Le sens à la fois moral et médical de ces expressions existe déjà avant la dépénalisation du suicide⁸⁵. De plus, elles comportent une contradiction, dans leur formulation

80 Virey, « Penchant », 1819b, 165.

81 Pinel [1809] 2005, 190-193. Les expressions « penchant » et « penchant au suicide » ne se trouvent pas dans la version antérieure de cet article, Pinel 1791, 154-159 et 189-191.

82 Esquirol 1821, 226-227.

83 Rigoli 2018.

84 Hooff 1990, 122-123.

85 Voir Porret 1995, 75.

même. La haine – que le *Dictionnaire raisonné d'anatomie et de physiologie* définit comme « un mécanisme » [sic] ou « un sentiment qui nous fait fuir le mal », un désir qui « ten[d] immédiatement à la conservation de l'être »⁸⁶ – perd son sens quand la vie en est l'objet. Le « dégoût de la vie » et ses synonymes, qui décrivent à la fois les mœurs ou les « devoirs » et les instincts « naturels » ou « innés », permettent aux médecins de renforcer les liens entre la folie et la morale.

Les définitions médicales du suicide

Les médecins de la première moitié du 19^e siècle affirment systématiquement qu'il existe un lien étroit entre le suicide et l'aliénation mentale. Cependant, on constate que les fondements de cette conviction reposent sur des argumentations différentes, qui parfois contiennent certaines ambiguïtés et contradictions non seulement lexicales mais aussi conceptuelles. Une de ces ambiguïtés concerne le rôle important joué par la morale dans les théories médicales des maladies mentales. En effet, dans un grand nombre d'études, la position médicale sur le suicide n'exclut pas des explications morales, juridiques et religieuses, bien que celles-ci soient parfois en concurrence théorique et épistémologique avec elle sur ce phénomène⁸⁷. Autrement dit, le suicide est souvent défini à la fois comme une maladie, ou un symptôme, et comme un crime social, moral et religieux.

Une autre ambiguïté porte sur le rôle de la volonté dans l'acte de se suicider. Le sujet suicidaire dispose-t-il de sa volonté et de son libre arbitre ? Beaucoup d'aliénistes diraient que non, mais pour certains la perte de la volonté transforme le suicide en un accident. Les aliénistes s'interrogent également sur le statut médical du suicide. S'agit-il d'une maladie ou d'un symptôme ? Comme on l'a déjà vu, après Esquirol, cet acte a presque toujours été considéré comme un symptôme – une définition qui repose principalement sur la difficulté de circonscrire cet acte et ses

86 Anonyme, « Haine », 1766, 521.

87 Voir, par exemple, Descuret 1841, 664 ; Mesnier 1881, 13.

causes. Cependant, le concept de maladie reste équivoque et on constate que les médecins continuent à désigner cet acte à la fois comme un symptôme et comme une maladie. Esquirol lui-même utilise ces deux termes de manière interchangeable, contredisant ainsi sa propre conception. Seule la *monomanie suicide* permet aux aliénistes, pendant une période de quelques décennies, d'aborder cet acte comme une véritable maladie, mais cette catégorie nosologique devient vite très contestée et est progressivement abandonnée à partir des années 1850. Le mouvement massif dans la communauté médicale qui cherche à rapporter le suicide à l'aliénation mentale bute sur des exigences de rigueur scientifique basée sur l'observation et sur de nouvelles classifications des maladies mentales. Selon ces exigences, le suicide est réduit au statut de symptôme. Enfin, une autre question qui se pose dans les écrits médicaux concerne les critères de délimitation de cet acte. Ainsi, les motifs de la mort volontaire jouent un rôle important pour distinguer le suicide du martyr et du sacrifice pour la patrie, la famille et l'honneur. La position des aliénistes n'est pas univoque sur cette question.

Comme on l'a déjà vu, la définition du suicide offerte par les dictionnaires de médecine est complexe, en ce qu'elle contient la définition du mot, l'inscription de cette notion dans le cadre médical, par rapport à sa classification, ses causes et ses symptômes, mais aussi des observations de cas et une étude historique. La définition de cet objet n'est donc pas toujours articulée de manière claire et succincte – telle que « le suicide est presque toujours un symptôme d'aliénation mentale » –, mais consiste en une description et une contextualisation. Ainsi, pour comprendre comment les aliénistes ont circonscrit leur objet d'étude, il faut considérer ce qu'il *est* et ce qu'il *représente*.

Ce que le suicide n'est pas

En 1821, l'article d'Esquirol sur le suicide, pour le *Dictionnaire des sciences médicales* de Panckoucke, non seulement représente une des premières études sur cet objet en médecine mentale, mais il redéfinit le statut de cet acte. Après avoir reconnu l'importance

que d'autres domaines avaient eue dans la définition du suicide, il se démarque en l'abordant « comme un des objets les plus importants [*sic*] de la médecine clinique »⁸⁸. Cependant, il reconnaît la difficulté de circonscrire cet objet qui, selon lui, « a lieu dans des circonstances si opposées, il est déterminé par des motifs si divers, qu'on ne peut le confondre sous une même dénomination »⁸⁹. Ainsi, il le définit par un processus d'élimination de divers types de mort volontaire, qu'il exclut de la catégorie du suicide, notamment le martyr et le sacrifice. On peut citer ici de nombreux cas de suicide politique durant la période révolutionnaire, comme les « martyrs de Prairial ». En ce sens, Esquirol commence son étude du suicide non pas par ce qu'il est mais par ce qu'il n'est pas :

Il n'est point homicide de lui-même, celui qui, n'écoulant que des sentiments nobles et généreux, se jette dans un péril certain, s'expose à une mort inévitable, et sacrifie volontairement sa vie, pour obéir aux lois, pour garder la foi jurée pour le salut de son pays. [...] Donnera-t-on le nom de suicide à ces malheureux, qui, victimes des croyances religieuses, des usages de leur pays, croient en se dévouant à la mort, accomplir un devoir, faire une action mémorable et digne de récompense ? Cet espoir embrassé avec ardeur a inspiré le sacrifice de la vie, non seulement à quelques particuliers, mais à des peuplades, à des nations entières. [...] Toutes ces victimes de l'ignorance, des erreurs religieuses ou de la politique ne furent certainement pas des suicides ; elles cédaient toutes à des croyances, à des usages, à des préjugés, à des habitudes qui sont souvent plus forts que l'instinct même de la conservation⁹⁰.

En considérant la diversité des circonstances et des motifs, Esquirol affirme l'impossibilité de circonscrire cet acte et de le définir comme une maladie *sui generis*. Et c'est sur ce point qu'il se démarque de la plupart des études précédentes. Il redéfinit le statut du suicide en affirmant qu'il est « presque toujours un *symptôme* de l'aliénation mentale »⁹¹. Le suicide ne peut pas être

88 Esquirol 1838, t. 1, 527.

89 Esquirol 1838, t. 1, 527.

90 Esquirol 1838, t. 1, 529-532.

91 Esquirol 1838, t. 1, 576. Je souligne.

considéré comme une maladie, car il relève de causes et de circonstances trop diverses. Or, comment peut-on alors réconcilier ce constat avec le postulat selon lequel cet acte constitue « presque toujours » un acte commis dans un état d'aliénation mentale ? Quels sont ces cas qui sont exclus par ce « *presque toujours* » ? Curieusement, dans cette formulation prudente, Esquirol ne donne jamais d'exemples où le suicide n'est pas un symptôme de l'aliénation mentale. Ce geste de prudence réapparaît lorsqu'il écrit, au sujet de la monomanie suicide : « *Presque* tous les suicides homicides sont des lypémaniaques dominés par une passion portée jusqu'au délire, jouissant d'ailleurs de leur raison. »⁹²

Cependant, certains dictionnaires médicaux se retiennent de donner une définition aussi exclusivement pathologique. Ainsi, selon le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* de Panckoucke de 1826 :

C'est le plus souvent le résultat d'une faiblesse d'âme qui ne peut plus supporter la douleur physique ou morale ; c'est quelquefois un acte du plus sublime dévouement, et par conséquent du plus grand courage ; c'est fréquemment l'effet d'un délire instantané, aigu ou chronique ; c'est tantôt une action convulsive instinctive, tantôt le résultat de méditations profondes et d'une volonté réfléchie⁹³.

En 1830, Louis-Joseph Ramon écrit dans l'*Encyclopédie méthodique, médecine* :

Le suicide même, [*sic*] chez les aliénés, ne peut donc pas dans tous les cas être considéré comme un acte d'aliénation ; souvent au contraire c'est un acte purement libre & volontaire, dont l'appréciation appartient encore au moraliste⁹⁴.

Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de 1836, Leuret précise :

Le suicide est, dans un très grand nombre de cas, le résultat d'une maladie mentale ; d'autres fois il peut être considéré,

92 Esquirol 1838, t. 1, 563. Je souligne. Voir également Gout 1832, 9.

93 Anonyme, « Suicide », 1826, 488.

94 Ramon 1830, 164.

suivant les causes qui le provoquent et les circonstances qui l'accompagnent, comme une faiblesse, une faute ou un crime⁹⁵.

En 1865, le *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie* de Nysten, qui a été refondu par Littré et Robin, reflète les nouvelles études, selon lesquelles le suicide ne constitue pas toujours un acte de folie :

Il est prouvé aujourd'hui, par les recherches de Des Étangs et de Brierre de Boismont en particulier, que les idées ont de l'influence sur un grand nombre de suicides et qu'on ne doit pas considérer comme fous tous ceux qui se tuent⁹⁶.

Enfin, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre, Legoyt ouvre son article sur le suicide par l'affirmation suivante :

C'est l'acte par lequel, soit dans la plénitude de sa raison et de sa volonté, soit sous le coup d'une affection mentale, l'homme met fin à ses jours. [...] le suicide est devenu une des affections morbides les plus graves et peut-être la plus incurable des sociétés modernes⁹⁷.

Tandis que ces trois premiers dictionnaires – parus avant les grands débats du milieu du 19^e siècle sur le statut pathologique du suicide – conçoivent le suicide non pathologique en termes de « faiblesse » morale et de « faute » ou « crime » religieux, les deux derniers en font une maladie sociale, ou « ce mal moral » de la civilisation selon les mots de Brierre de Boismont⁹⁸, qui est produite par « l'état moral et économique des sociétés » modernes⁹⁹. Le rôle du moraliste se déplace ainsi dans le cadre médical de l'hygiène publique et morale. Je reviendrai sur ce moment de transition et de débats dans un autre chapitre.

95 Leuret, « Suicide », 1836, 75.

96 Anonyme, « Suicide », 1865, 1451.

97 Legoyt/Ritti 1884, 242.

98 Brierre de Boismont 1855, 148.

99 Brierre de Boismont 1855, 280.

Pour déterminer ce qui constitue un acte de suicide, Falret procède à la manière d'Esquirol, par élimination :

La dénomination de *suicide* ne désigne point, dans cet article, l'acte de quelques maniaques qui, heurtant tout ce qu'ils rencontrent, se tuent sans avoir même l'idée d'aucun péril, ou de ces mélancoliques qui, s'imaginant être poursuivis par leurs ennemis, se précipitent pour éviter la mort, etc. etc. Nous ne voyons là que des accidents [*sic*] de l'aliénation mentale ; nous ne reconnaissons de suicide que lorsqu'il y a conscience de l'action, et qu'elle est le résultat funeste de la volonté¹⁰⁰.

Il continue en proposant encore d'autres exceptions à la catégorie « suicide » :

Je suis loin, cependant, de considérer comme homicide d'eux-mêmes ces hommes généreux qui, ne vivant que pour leur patrie, font pour elle le sacrifice de leurs jours. Ce dévouement héroïque commande trop ouvertement l'admiration, fait trop d'honneur à l'espèce humaine, pour ne pas le distinguer avec soin du véritable suicide¹⁰¹.

Dès lors que le suicide est défini dans son ensemble, soit comme un crime juridique et religieux du début du christianisme jusqu'à 1791¹⁰², soit comme un acte de folie dès le tournant du 19^e siècle, certains types de mort volontaire en sont exclus¹⁰³. Il s'agit principalement du sacrifice militaire – de « ces hommes généreux », au « dévouement héroïque »¹⁰⁴ –, mais aussi religieux. Par ailleurs, dans son importante étude sur le suicide, Halbwachs reproche à Durkheim d'avoir défini le suicide de manière « trop large »¹⁰⁵, englobant des phénomènes similaires qu'il faut, selon

100 Falret 1822, 3.

101 Falret 1822, 3-4. Voir encore Bertrand 1857, 1-2.

102 L'Église maintient ses sanctions contre le suicide au moins jusqu'à la fin du 19^e siècle, notamment en refusant la sépulture.

103 Voir Ey 1950.

104 Bertrand 1857, 1-2.

105 Durkheim ([1897] 2007, 3) propose la définition suivante : « On appelle suicide tout cas de mort qui résulte, directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » ; Halbwachs [1930] 2002, 339.

lui, tenir à part. Pour Halbwachs, il s'agit surtout du sacrifice, qui partage beaucoup de ressemblances avec le suicide, mais qui en reste entièrement distinct¹⁰⁶. Le suicide se distingue du sacrifice, pour Halbwachs, en cela qu'il est rejeté par la société, à la différence du sacrifice auquel elle « préside » et qu'elle « organise publiquement »¹⁰⁷.

Dans les textes médicaux du 19^e siècle, la distinction entre le sacrifice et le suicide semble reposer d'abord et avant tout sur la valeur et le jugement moraux à l'intérieur d'une société. Les auteurs opposent la lâcheté du suicide à l'honneur, à la noblesse et à la vertu de ceux qui se sacrifient au nom de leur devoir, de la société ou de Dieu. Ainsi, pour le moraliste Claude-Joseph Tissot, qui a participé au Prix Civrieux de l'Académie royale de médecine en 1846 et 1848, le suicide n'existe que pour des raisons individuelles ou subjectives, et il exclut donc la mort volontaire qui est commise pour le bien des autres ou « pour rester fidèle au devoir »¹⁰⁸. De même, dans un chapitre sur le suicide de son traité intitulé *La médecine des passions* (1841), le médecin Jean-Baptiste-Félix Descuret exclut « les nobles martyrs du patriotisme », et les « martyr[s] de la foi »¹⁰⁹. Or, toutes les morts volontaires des religieux ne sont pas considérées comme des martyres. Arthur Droge et James Tabor ont montré que la désignation positive du martyr religieux s'oppose au statut péjoratif du suicide attribué à l'hérétique¹¹⁰. On peut citer l'exemple de la mort de François de Paris, diacre du mouvement janséniste soumis à une violente persécution au 18^e siècle. Dans ce cas, le martyr du diacre est réinterprété un siècle plus tard par l'aliéniste Louis Florentin Calmeil en termes de « suicide religieux »¹¹¹. Cette réinterprétation amène au deuxième point, qui concerne la laïcisation de la société postrévolutionnaire et l'inscription des phénomènes de « fanatisme religieux » dans le cadre de la psychopathologie. Ce n'est qu'à partir du moment où le suicide non pathologique a été admis par les aliénistes, pendant la seconde moitié du

106 Halbwachs [1930] 2002, 339-360.

107 Halbwachs [1930] 2002, 356-357.

108 Tissot 1840, 8.

109 Descuret 1841, 666.

110 Droge/Tabor 1992, 2-3. Voir Chaney 2013, 131-144.

111 Calmeil 1845, 314.

19^e siècle, qu'un nouveau lien, plus neutre, a pu être construit entre le sacrifice et le suicide.

La question de la volonté et du désir est au cœur de ces discussions sur la distinction entre le sacrifice, l'accident de l'aliéné et le suicide. Pour Falret, la distinction entre le suicide – cette « espèce d'aliénation mentale »¹¹² – et l'accident survenu dans un état de délire repose non pas sur le degré ou la nature de la volonté, mais sur sa présence même. Selon Falret, la volonté de la plupart des aliénés suicidaires n'est pas absente mais pervertie :

[M]ême dans l'état d'aliénation mentale, surtout d'aliénation partielle, l'homme n'est point une simple machine : il sent, il délibère, il veut, il agit en conséquence de ses déterminations ; mais il peut mal sentir, avoir une *perversion de sa volonté*, et dans ce cas, ses idées et ses actions doivent être déraisonnables, quoique très conséquentes aux faux principes d'où elles dérivent¹¹³.

Ainsi, les accidents de « quelques maniaques » et de « ces mélancoliques » semblent être rares, car, comme Falret l'affirme, le suicide provient de différentes classes d'aliénation mentale, non seulement les mélancoliques, mais aussi les maniaques, les hypocondriaques et même les déments¹¹⁴. Le suicide existe donc là où il y a « réflexion » ou « conscience » des actions, aussi erronée soit-elle¹¹⁵. Cependant, Falret offre peu d'informations sur ce qui permettrait de distinguer la volonté lésée ou pervertie de son absence totale.

À la différence de la perte de la volonté dans les cas d'accident et de la volonté pervertie des suicidés, selon le médecin J.-B. Petit, ceux qui meurent pour « l'honneur de la patrie, ne sont pas des suicides » car « ils ont fait noblement le sacrifice de leur vie, sans avoir *désiré* le terme de leur existence »¹¹⁶. En ce sens, pour celui qui se sacrifie, la mort n'est pas un but en soi, mais une conséquence non désirée ou un moyen vers un

112 Falret 1822, 5.

113 Falret 1822, 136. Je souligne.

114 Falret 1822, 149.

115 Falret 1822, 149.

116 Petit 1850, 9-10. Je souligne.

autre objectif. Cette distinction est reprise par le médecin Félix Casimir Daumas, qui écrit en 1851, dans sa thèse en médecine, que le « suicide, tel qu'il se présente le plus souvent à notre époque, et tel que nous le comprenons, n'est pas autre chose que l'acte qui a pour but *unique* la mort elle-même »¹¹⁷. On retrouve cette position jusqu'à la fin du 19^e siècle, notamment dans la thèse en médecine, soutenue en 1899 par Paul Hauviller. Dans son étude, Hauviller considère la volonté de se donner la mort comme un des caractères principaux du suicide et il affirme que le « suicide est son propre but à lui-même. C'est parce que l'on veut périr, que la mort ainsi obtenue mérite le nom de suicide. Il faut de plus que ce désir, cette volonté, soient propres à la victime, que ce soit elle qui ait décidé. »¹¹⁸ On peut comparer ce point de vue avec la réflexion de Schopenhauer, qui s'en distingue : « Celui qui se donne la mort voudrait vivre ; il n'est mécontent que des conditions dans lesquelles la vie lui est échue. Par suite, en détruisant son corps, ce n'est pas au vouloir-vivre, c'est simplement à la vie qu'il renonce¹¹⁹. » Or, on constate un grand changement dans le regard médical sur le suicide entre le milieu et la fin du siècle. Attribuer une libre volonté au suicidé et faire de sa mort un but en soi permet à Hauviller d'exclure les aliénés et les alcooliques parce que, comme il l'explique, « ceux-ci se tuent sous l'influence d'hallucinations ou par suite d'obsession, donc sous l'influence d'une volonté extérieure à eux »¹²⁰. Sa position ressemble à celle de Durkheim, en ce sens que le « traitement du suicide » dépend de la cohésion sociale. Selon lui, le « traitement du suicide consiste donc, non pas à isoler le malade comme dans la folie ou l'alcoolisme, mais, au contraire, à plus fortement l'unir à ses semblables. Seule la solidarité, en faisant cesser l'égoïsme, fera disparaître la mort volontaire. »¹²¹

Bien que le rôle des facteurs sociaux dans la production du suicide ait déjà été identifié par les premiers aliénistes, la difficulté de circonscrire cet acte comme objet médical demeure.

117 Daumas 1851, 12.

118 Hauviller 1899, 25.

119 Schopenhauer 2003, 499.

120 Schopenhauer 2003, 134.

121 Schopenhauer 2003, 136.

Le développement de l'hygiène publique dans les premières décennies du 19^e siècle et les études statistiques sur les types de mort violente, contribuent à l'émergence de nouvelles conceptions du suicide à partir des années 1840. Un regard sociologique émerge à cette époque, qui considère le suicide non plus seulement comme un acte individuel, mais comme un fait social, qui a « ses lois presque immuables »¹²². Cette affirmation, qui annonce déjà les travaux de Durkheim, fut énoncée en 1848 par le médecin Achille Chéreau dans son mémoire sur le suicide pour le Prix Civrieux. Le nouvel intérêt médical pour cet acte est manifeste dans la grande production d'études et de débats médicaux sur la nature pathologique de cet acte. Il s'agit notamment du Prix Civrieux de l'Académie de médecine, qui propose l'étude du suicide en 1846 et en 1848, résultant en 21 études approfondies, dont certaines ont été ensuite publiées sous forme de traités. Comme le médecin Louis Bertrand le remarque en 1848 dans son mémoire pour ce concours, « la question *du suicide* est une de celles qui ont le plus agité et divisé les moralistes et les médecins. Aujourd'hui encore, cette question est comme un terrain brûlant de polémique. »¹²³ Malgré ces polémiques et les diverses positions sur le lien entre le suicide et l'aliénation mentale, que les causes soient physiques, psychiques, ou sociales, l'autorité du savoir médical sur le suicide n'est presque plus jamais remise en question.

Nouvelles définitions

On voit émerger au cœur de ces polémiques de nouvelles tentatives médicales pour redéfinir le suicide. Dans son traité de 1856¹²⁴, Pierre-Égiste Lisle propose d'abord une définition générale selon laquelle le suicide constitue « l'acte par lequel un homme se donne la mort, quelle que soit d'ailleurs la cause déterminante de cet acte, et le moyen employé pour l'accomplir »¹²⁵.

122 Chéreau 1848 (Prix Civrieux, no 1), 2.

123 Bertrand 1848 (Prix Civrieux, no 4), vii.

124 Ce traité est issu de ses mémoires soumis au concours Civrieux en 1846 et en 1848.

125 Lisle 1856, 8-9.

Mais il précise encore que le suicide « n'est pas seulement un malheur partiel ou une maladie individuelle », car « on doit le regarder en même temps comme un *fait général*, d'une importance capitale, dont l'étude approfondie devrait appeler sérieusement l'attention des gouvernements et des assemblées délibérantes »¹²⁶. Louis Bertrand s'accorde avec Lisle : « Avancer que tous les suicides sont des actes d'aliénation mentale non-imputables, est donc une erreur grave et dangereuse par les conséquences morales qui peuvent en découler. »¹²⁷ Il précise que la question du suicide « est à la fois religieuse, morale, médicale et judiciaire »¹²⁸. Pour cette raison, « l'envisager seulement sous son côté physiologique et médical », en ignorant ces aspects, « c'eût été scinder un sujet dont tous les points se touchent, se lient et s'éclairent mutuellement »¹²⁹. Bertrand considère le suicide libre comme un acte criminel, non pas au sens juridique, mais au sens religieux car, comme il l'explique, « c'est au point de vue du christianisme que je vais établir la criminalité du suicide »¹³⁰.

Avec le rejet de la position exclusive des aliénistes comme Esquirol et la reconnaissance du suicide libre et non pathologique, les médecins rencontrent de nouvelles difficultés à établir des paramètres bien définis pour circonscrire cet acte. Ce qui les amène à élaborer des typologies. Claude-Joseph Tissot parle du suicide *direct et indirect, violent et lent, immédiat et médiat, intéressé et désintéressé*¹³¹. Bertrand, quant à lui, divise cet acte en deux genres « libre et maniaque, selon qu'ils présentent les caractères de liberté morale ou de folie »¹³². Selon Mesnier, il existe deux types de suicide : « le suicide morbide ou *involontaire* », qui est « propre aux aliénés et aux malades »¹³³ et le « suicide *volontaire* », qu'il subdivise en deux variétés, le « *suicide proprement dit* » qui résulte des passions ou des penchants, mais qu'il considère

126 Lisle 1856, 8-9. Je souligne.

127 Bertrand 1857, 56.

128 Bertrand 1857, viii.

129 Bertrand 1857, viii-ix.

130 Bertrand 1857, 20. Voir également Lurat 1875, 6.

131 Tissot 1840, 7-8.

132 Bertrand 1857, x.

133 Mesnier 1881, 14.

comme étant « immoral » et déshonorant, d'un côté, et la « *mort volontaire* », par laquelle le sujet « peut atteindre un but moral plus élevé », ou le sacrifice, de l'autre. Enfin, Paul Moreau de Tours en propose quatre types : 1) le suicide des individus sains d'esprit et des criminels qui veulent échapper à la punition, 2) le suicide de ceux qui, « sans volonté morale », obéissent « à une impulsion malade » ou héréditaire et qui résulte de leur délire, 3) le suicide des « véritables aliénés, [qui] se tuent pour obéir à leurs convictions délirantes » et qu'il appelle les « aliénés *suicideurs* », et enfin 4) un dernier type « intermédiaire, mal défin[i] », qu'il appelle « le suicide impulsif »¹³⁴. Cette même année, Hauviller plaide pour une nouvelle définition rigoureuse du suicide, qui permettrait de le délimiter et de le distinguer de ce qu'il nomme les « pseudo-suicides », qui n'ont qu'une ressemblance « superficielle » avec le suicide véritable¹³⁵.

Malgré ces tentatives de distinguer les différents types de suicide et de mieux délimiter le cadre médical de ce phénomène, de nombreux médecins, qui écrivent après les années 1840, ont critiqué les ambiguïtés, les préjugés et les postulats – souvent moraux –, qui déterminent la conception médicale de cet objet. On constate un appel pour une nouvelle définition médicale du suicide, tout particulièrement dans les thèses en médecine. Il s'agit notamment des thèses de Petit (1850), de Daumas (1851), de Lurat (1875) et d'Hauviller (1899), mais aussi du traité d'Ebrard (1870).

Comme on l'a déjà vu, Petit distingue le sacrifice du suicide, dans les cas où le sujet n'a pas « désiré » sa mort. Cependant, il précise que la mort de ces « hommes courageux » constitue un suicide si leur mort devient un moyen pour protéger leur honneur ou leur vertu. Plus précisément, « ils deviennent *suicides* au moment où, toute résistance étant impossible, pour ne pas laisser à l'ennemi le triste trophée d'un vaisseau prêt à couler bas, pour ne pas subir les souffrances de la captivité, ils périssent tous dans une mort volontaire. »¹³⁶ Autrement dit, un « noble

134 Moreau de Tours 1899, 4-5.

135 Hauviller 1899, 23.

136 Petit 1850, 10. Je souligne.

suicide » est tout de même un suicide¹³⁷ car, la noblesse des motifs, et la morale qui l'identifie comme telle, ne permettent pas d'exclure certains cas de mort volontaire. Parmi ces nobles suicides, il compte aussi les femmes qui se tuent pour protéger leur chasteté, et donc leur valeur sociale d'épouse et de mère. Ici se pose la question des genres, particulièrement en ce qui concerne les motifs du suicide. Pour les aliénistes, la différence des sexes, quant au suicide, se ferait en fonction d'une différence des motifs. Dans le cas des femmes, en effet, les motifs sont souvent rapportés à leur chasteté et aux valeurs de la famille. En revanche, la protection de l'honneur comme motif d'un suicide et le sacrifice ne concernent que les hommes, selon les aliénistes. Critiquant « la pensée *préconçue* de placer toujours en face de la mort volontaire la folie ou le crime »¹³⁸, Petit fait de la mort volontaire « honorable » une nouvelle catégorie de suicide. Ce qui l'amène à avancer une nouvelle définition de cet acte :

Je définirai donc le suicide *l'action de se donner la mort avec l'intention formellement arrêtée de terminer une existence devenue insupportable. Que le motif soit réel ou imaginaire, rationnel ou ridicule, blâmable ou digne de louanges, le fait reste le même : la mort a semblé plus douce qu'une vie pleine de souffrances ou d'opprobre*¹³⁹.

Selon cette définition, la mort n'est pas seulement l'objectif du suicide, commis avec « intention », mais elle est mise dans un rapport de comparaison qualitative avec la vie. De plus, pour Petit, la catégorisation des suicides soit comme actes de folie, soit comme crimes –moraux, sociaux ou religieux – repose sur des idées préconçues ou des postulats. Ces postulats empêchent de considérer, voire de reconnaître, l'ensemble du phénomène. Or, ce nouveau regard, plus nuancé, n'est pas partagé par tous les aliénistes. En 1851, une année après la thèse de Petit, Dumas prend, dans sa thèse en médecine sur le suicide, une position exclusive selon laquelle le « suicide est un acte de folie qui, à la

137 Petit 1850, 10.

138 Petit 1850, 10. Je souligne.

139 Petit 1850, 10.

vérité, se montre souvent et éclate sans motifs appréciables, sans prodromes sensibles, au milieu de tous les signes apparents de la plus parfaite santé, de la raison la plus saine »¹⁴⁰. Cependant, comme Petit, il critique les « idées préconçues » et les « préjugé » qui ont mené à l'erreur les religieux, les philosophes, les moralistes, et le public en général :

À cette question : Le suicide est-il un acte de folie ? L'expérience dit : Oui ; la croyance dit : Non ; et la croyance l'emporte encore, le *préjugé* est le plus fort. Parce qu'au lieu de peser les voix, on les compte, comme dit Leuret, et que le petit nombre d'observateurs qui ont examiné la question ne tient pas contre l'assurance et l'incertitude de ceux qui n'observent jamais, qui se perdent dans le vague des abstractions et des *idées préconçues*, et dans une question scientifique, au lieu d'interroger la nature, se prononcent d'après leurs sentiments, interrogent leurs idées, et répondent, les uns : Le suicide est une lâcheté ; les autres : Le suicide est un trait de courage ; ceux-là : Le suicide est un crime. [...] Mais tous ces *jugements*, empreints de *partialité*, ne font pas faire un pas à la question¹⁴¹.

Selon Dumas, seul le médecin détient la rigueur scientifique et la capacité de « combattre les préjugés, qui faisaient méconnaître les vraies causes des maladies nerveuses et de l'aliénation mentale »¹⁴², de reconnaître les signes de délire et de déterminer la folie du suicide. En se référant à Esquirol, il souligne que ce ne sont pas les signes qui manquent mais les observateurs assez aptes à les reconnaître¹⁴³.

Bien que le suicide ait suscité un grand intérêt et ait résulté en un nombre considérable d'études médicales tout au long du 19^e siècle, cette question demeure toujours soumise à des influences morales et religieuses. Dans la préface à son traité sur cette problématique, paru en 1870, le médecin Nicolas Ebrard écrit :

140 Dumas 1851, 36.

141 Dumas 1851, 7. Je souligne.

142 Dumas 1851, 8.

143 Dumas 1851, 36.

Qu'est-ce que le suicide ? quelle est la valeur et la signification de ce mot ? [...] Un inconnu vient de mettre fin à ses jours, dans un accès de mélancolique orgueil, victime de cette plaie du scepticisme, très répandue aujourd'hui, et tombé à l'état chronique ; son corps est là, sur la voie publique, attirant les regards de la foule. C'est un lâche, dit l'un ; quel courage ! dit l'autre ; un docte répond : C'est un fou ; il a cessé de souffrir, réplique un sceptique, esprit fort. Oh ? le misérable ! dira le sage ; malheureux ! s'exclamera la foule ; qui croire ? qui a tort ? qui a raison ? quelle confusion ! quel chaos !

Courage ou lâcheté, sagesse ou folie, vertu austère, ou crime irrémissible, quelle est donc la nature de cet acte, qu'on ne sait plus appeler par son nom et que la justice humaine, elle-même, ne peut qualifier, ni atteindre ? [...] Autrefois les mots avaient un sens et ce sens était le même pour tous ; aujourd'hui on ne s'entend plus sur rien. Il n'y a pas un principe général, reconnu, accepté sans discussion, *cru* en un mot ; le monde moral est réellement à l'état atomistique ; la terre est livrée à la fantaisie des opinions¹⁴⁴.

Trente ans plus tard, Paul Hauviller exprime la même frustration à propos des sens différents qui ont été attribués au mot « suicide » et de l'influence de l'opinion publique. En effet, dans sa thèse de 1899, Hauviller insiste beaucoup sur l'importance de bien définir les termes et la méthode que l'on utilise pour mieux comprendre cette question et compare le sens populaire du mot « suicide » à sa conception scientifique :

À constater l'usage, presque l'abus que l'on fait journellement du mot suicide, on pourrait croire que ce mot a une signification nette, précise, invariable.

Il n'en est rien

Dans le monde extra-scientifique, son acception a été très étendue et par ce fait qu'il a désigné plus de faits, qu'il a gagné en quantité, il a eu moins de précision, il a perdu en qualité. [...]

144 Ebrard 1870, 5-6.

Bien plus, dans certains écrits on a poussé si loin la négligence, peut-on dire, qu'on a discuté la chose en oubliant d'y faire savoir ce qu'on entendait par le mot. Une dernière erreur a consisté en ce qu'*au lieu de définir, on a donné l'opinion morale qu'on se faisait de l'acte*¹⁴⁵.

Hauviller critique l'influence qu'exercent les préjugés, les idées préconçues et le manque de discernement entre les différents faits sur l'opinion publique. Faute de préciser, de délimiter et de baser sur des faits observés le sens que l'on donne à la notion de « suicide », « l'opinion morale » du public l'a conduit à l'« erreur ». Selon Hauviller, ce n'est pas seulement le public qui est victime de l'erreur, mais la communauté scientifique elle-même¹⁴⁶. Les solutions élaborées pour faire face au suicide se fondent, selon lui, sur certains postulats moraux et sur l'opinion publique. Ainsi, ce n'est qu'en démêlant le savoir scientifique des influences morales et populaires qu'une rigoureuse « base exacte d'appréciation » pourra être construite. Et c'est à partir de cette base, ou définition, qu'une étude scientifique du suicide pourra être effectuée. Afin de « cadrer son sujet » et « en tracer les limites »¹⁴⁷, Hauviller rejette toutes les définitions précédentes¹⁴⁸ et en propose une nouvelle :

C'est le fait par lequel un individu se donne ou se laisse donner la mort à lui-même, de par son unique volonté, soit par un acte soit par une abstention contraire à la vie et cela pour mettre fin à une existence qu'il prévoit impossible dans son cas particulier¹⁴⁹.

Selon cette définition, ce n'est pas sur les innombrables causes et facteurs qu'il faut agir, car chaque « cas particulier » a ses propres causes et ses propres limites, mais sur la société qui, elle, garantit l'« équilibre mental nécessaire à [l']existence »¹⁵⁰.

145 Hauviller 1899, 20-21. Je souligne.

146 Hauviller 1899, 20-21.

147 Hauviller 1899, 24.

148 Hauviller 1899, 24.

149 Hauviller 1899, 23-24.

150 Hauviller 1899, 131.

Autrement dit, « [c]e ne sont pas les faits eux-mêmes qui sont directement *causes* mais la perte d'équilibre psychique qu'ils déterminent et qui met obstacle à la satisfaction des besoins légitimes et naturels de l'homme : conservation personnelle et procréation »¹⁵¹. La satisfaction de ces deux besoins dépend, selon lui, d'une société « fortement intégrée »¹⁵². Il parle notamment d'un point important sur lequel je reviendrai plus loin, et qui concerne le rôle de l'éducation, des valeurs de la famille, de la religion et du travail, mais aussi de la stabilité des institutions¹⁵³.

À la différence d'Hauviller, qui cherche à « épurer » le suicide comme concept et à écarter l'influence de l'opinion morale, Ebrard compose sa définition du suicide avec les diverses positions disciplinaires, qu'il évoquait déjà au début de son traité :

On aurait pu croire, à première vue, qu'il n'y a rien de plus simple à trouver qu'une définition exacte du suicide ; nous avons cité celles des auteurs les plus autorisés ; on a pu voir qu'aucune d'elles n'était capable de lever l'incertitude qui règne sur la légitimité et sur la moralité du suicide¹⁵⁴.

Or, devant la difficulté de cerner cet objet, il intègre les différentes positions, morales, religieuses et médicales. Ainsi, pour Ebrard, le suicide est à la fois un crime¹⁵⁵, un acte d'égoïsme¹⁵⁶, une manie¹⁵⁷, une « véritable maladie »¹⁵⁸, « une faiblesse [...] honteuse »¹⁵⁹, mais aussi « une erreur, un préjugé, ou un acte de fanatisme »¹⁶⁰. La plupart des études médicales sur le suicide sont influencées par d'autres discours, cependant le traité d'Ebrard est particulièrement exemplaire, parce qu'il véhicule un grand nombre de connotations non médicales. Bien que ce traité soit écrit par un aliéniste, qui insiste à plusieurs reprises sur la nature

151 Hauviller 1899, 134.

152 Hauviller 1899, 131.

153 Hauviller 1899, 131 - 136.

154 Ebrard 1870, 63.

155 Ebrard 1870, 61.

156 Ebrard 1870, 61.

157 Ebrard 1870, 10.

158 Ebrard 1870, note 1.

159 Ebrard 1870, 10.

160 Ebrard 1870, 62.

pathologique du suicide, toutes ces connotations structurent le regard et le cadre médicaux.

Malgré tous les efforts des médecins pour arriver à une définition rigoureuse et scientifique du suicide, les connotations non médicales traversent ces études. Ainsi, pour comprendre comment les médecins ont défini le suicide au 19^e siècle, il ne suffit pas de considérer les définitions telles qu'elles sont présentées par les auteurs. Il est important d'étudier aussi comment l'argumentation médicale fait un usage régulier d'autres perspectives, voire en dépend. Les connotations morales et juridiques sont les plus récurrentes, mais on trouve également des analogies, des métaphores et des connotations militaires, religieuses, philosophiques, économiques, et parfois même théâtrales, maritimes et agricoles.

Les médecins articulent le danger social et moral que représente le suicide pour la société non seulement en faisant de cet acte un objet important de l'hygiène publique, mais aussi par l'usage d'un grand nombre de termes moraux. Le suicide est là encore et très souvent décrit comme un acte immoral¹⁶¹, ou en termes de « vice », de « mal » et de « fléau »¹⁶². Tout en critiquant la condamnation morale et religieuse de cet acte, le discours des médecins est traversé, voire structuré par ces autres discours. Un autre groupe de termes moraux évoque la lâcheté ou l'égoïsme du suicide. Certains disent que le suicidé est « un lâche » ou « un égoïste » ; d'autres parlent de son « déshonneur » et utilisent le verbe « se déshonorer » pour décrire cet acte ; pour d'autres encore le suicide est un acte d'« égoïsme » ou un « délire de l'amour de soi ».

Les descriptions du suicide en termes criminologiques et militaires reviennent eux aussi souvent dans les études médicales. Dans la plupart des études parues après la dépénalisation du suicide, la désignation de cet acte en termes de « crime », d'« acte criminel » ou de « criminalité » est rarement prise au sens juridique, mais plutôt au sens moral. Les aliénistes parlent d'un crime moral ou social, d'un crime envers Dieu, ses semblables ou

161 Voir Georget 1820, 115 ; Mesnier 1881, 15.

162 Ce dernier terme est encore utilisé aujourd'hui par certains suicidologues, Voir, par exemple, Batt-Maillo/Jourdain 2005, 13 et 59 ; Fourcade/Lennep 2016, 481.

soi-même. Bien que certains auteurs évoquent, avec une certaine nostalgie, le pouvoir préventif des lois contre le suicide, ils sont unanimes sur le « barbarisme » des peines imposées au suicidé et à sa famille avant 1791. L'usage de ces expressions criminologiques et la description du suicidé en criminel semblent fonctionner ici comme des métaphores, qui renforcent la gravité d'un acte pathologique. Ce déplacement du sens criminel du suicide dans le champ médical devient plus évident encore dans l'usage de métaphores militaires. Dans ces cas, ce n'est pas le sujet mais l'acte lui-même qui est décrit comme un ennemi, ou « un fléau cruel qui décim[e] la société sans pitié ni merci »¹⁶³. C'est un ennemi qu'il faut « combattre », « attaquer » et auquel il faut « résister »¹⁶⁴. D'autres auteurs sont encore plus explicites dans leur usage des métaphores militaires, en décrivant la vie comme un champ de bataille où le suicidé est « un lâche déserteur »¹⁶⁵. Selon Ebrard, qui publie son traité au moment de la guerre franco-allemande de 1870, il faut construire « une barrière »¹⁶⁶ et « opposer au moins quelques *obstacles* à l'*envahissement* de plus en plus rapide de cette *affection gangreneuse* »¹⁶⁷, afin de la « combattre »¹⁶⁸. Il cherche des moyens pour « *attaquer* [le suicide] dans le *poste* où il *s'est retranché* »¹⁶⁹. Par cette double métaphore médico-militaire, Ebrard construit deux modèles de représentation du suicide. Selon le premier, l'ennemi, c'est la « maladie morale de l'esprit »¹⁷⁰ qui « s'est creusé un antre dans les ténèbres de la conscience »¹⁷¹. Selon le second, cet ennemi pathologique agresse le corps social et produit des « plaie »¹⁷², des « gangrènes », que la médecine et l'hygiène publique doivent soigner et prévenir. Dans le texte d'Ebrard, on trouve également des connotations théâtrales, quand il parle du

163 Bourdin 1845, 11.

164 Voir Ramon 1830, 164 ; Ebrard 1870, 14, 33, 103, 212 et 321 ; Corre 1891, 73, 318 et 457 ; Moreau de Tours 1899, 1 et 66.

165 Debreyne [1839] 1844, 266.

166 Ebrard 1870, 13.

167 Ebrard 1870, 12-13.

168 Ebrard 1870, 13.

169 Ebrard 1870, 14.

170 Ebrard 1870, 13.

171 Ebrard 1870, 14, note 1.

172 Ebrard 1870, 14. Ebrard parle de « l'immense plaie sociale du suicide ».

suicide en termes de « spectacle »¹⁷³ et de « drames horribles », que le public observe « sans effroi, et avec une certaine curiosité avide »¹⁷⁴. Ainsi, en tissant ces métaphores et ces connotations, Ebrard parvient à dramatiser encore plus cet acte pour son lectorat spécialisé, afin de le convaincre de l'urgence d'agir contre le fléau qu'il représente. Cependant, par cette accumulation de perspectives, il reproduit l'ambiguïté de son objet et renforce la « confusion » et le « chaos » qu'il critiquait, comme on l'a vu, au début de son traité.

On peut évoquer encore deux métaphores utilisées par les aliénistes pour désigner le suicide, l'une maritime et l'autre agricole. Dans son traité, paru en 1870, sur le suicide et les maladies mentales dans le département Seine-et-Marne, le médecin légiste Émile Le Roy parle de « ce naufrage complet de la raison ou de la volonté qui constitue le suicide »¹⁷⁵, qui représente, selon lui, le dernier stade des maladies mentales. Enfin, en 1883, dans sa définition du suicide pour le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paul Moreau de Tours affirme que « plusieurs raisons d'ordre physique ou moral peuvent prévenir le mal, balancer, annihiler même la germination de la semence »¹⁷⁶. Par cette métaphore botanique, Moreau de Tours attribue au suicide une des propriétés du vivant, qui peut se reproduire, croître et se propager.

En même temps que de nombreux discours, connotations et métaphores traversent les écrits médicaux sur le suicide, les aliénistes et les médecins cherchent à déterminer le statut médical précis que cet acte devrait occuper. S'agit-il d'une maladie à proprement parler, d'un symptôme, d'un phénomène, ou simplement d'un acte, d'un événement, qui relève moins d'une pathologie individuelle que d'un fait social produit par les facteurs extérieurs à l'individu ? Le statut médical précis accordé au suicide par les médecins dépend donc en grande partie des théories médicales sur la folie à différentes époques du siècle. On verra dans le chapitre suivant, que les médecins cherchent à préciser et à délimiter ce phénomène, afin de l'inscrire dans le cadre médical.

173 Ebrard 1870, 14.

174 Ebrard 1870, 13.

175 Le Roy 1870, xi.

176 Moreau de Tours, P. 1883, 173.

Chapitre 2

Le suicide, entre maladie, symptôme et fait social

L'investissement médical du suicide comme problème social s'est confirmé par l'étude systématique de ses aspects pathologiques, à partir d'observations dans les asiles et d'études statistiques. Bien que le suicide soit le plus souvent associé à l'aliénation mentale, les aliénistes peinent à déterminer une fois pour toutes le statut précis qu'il devrait avoir dans le cadre médical. S'agit-il d'une maladie à proprement parler, d'un symptôme de l'aliénation mentale, et dans ce cas, de quelles maladies mentales est-il le symptôme ? Dans certains cas, on fait la part entre mort volontaire et accident. En effet, le rôle de la volonté dans le passage à l'acte est au cœur des réflexions théoriques et pose la question de la légitimité du désir de la mort. S'agit-il d'un simple acte, d'un phénomène aigu, ou d'une maladie chronique que l'on peut observer, suivre dans sa « marche », jusqu'au passage à l'acte, et qui peut même prendre racine dans l'hérédité ? Enfin, dès la seconde moitié du 19^e siècle, certains aliénistes le considèrent comme un fait social, impliquant plus que jamais une prise en charge hygiéniste des facteurs sociaux du suicide. À partir d'observations médicales, les médecins identifient les causes et les symptômes du suicide, ils le divisent en différents types ou variétés, et enfin ils élaborent des moyens thérapeutiques et préventifs. En somme, qu'il soit considéré comme une maladie *sui generis* ou non, le suicide trouve désormais sa place dans le corpus médical. Cependant, comme on le verra, la détermination de son statut médical produit des débats au cours du 19^e siècle et résiste au consensus.

En reconstituant le déroulement par lequel le suicide se produit, en identifiant les symptômes de cet « acte » et les maladies mentales les plus susceptibles de le causer, et enfin en attribuant ce phénomène à un ensemble vertigineux de causes, les médecins font du suicide non plus simplement un acte fatal, mais un processus qui se produit dans le corps et le psychisme du malade. Ainsi, la systématisation de l'étude médicale du suicide comme résultat de la folie redéfinit l'ensemble de ce phénomène. L'étiologie du suicide et sa classification en types distincts reposent sur les développements théoriques et cliniques de l'aliénation mentale. Les aliénistes notent généralement que la folie et le suicide partagent souvent les mêmes causes et les mêmes symptômes. Ce qui amène la plupart d'entre eux à affirmer que le « traitement » du suicide revient au traitement de la folie, dont il est le symptôme. Pour ce faire, il faut alors déterminer les maladies mentales les plus aptes à le produire. Or, la singularité de cet acte révèle un nombre de paradoxes ou de problèmes que les théories médicales parviennent difficilement à résoudre. Un de ces paradoxes porte sur la durée ou la temporalité du suicide. Comment rapporter, d'un côté, la définition du suicide comme « acte de se donner la mort », et donc comme le terme non seulement d'une pathologie mais du sujet lui-même, et, d'un autre, la conception du suicide comme processus pathologique ? Autrement dit, comment le suicide peut-il être à la fois un « acte » et une « maladie » ? La plupart des aliénistes conçoivent le suicide dans la majorité des cas comme une pathologie chronique, et donc comme un processus qui comporte ses propres symptômes, observables du vivant du sujet, et qui relève d'une progression plus ou moins lente. Aussi, on peut se demander à quel moment commence le suicide. Considéré dans son processus, est-ce qu'on peut parler du suicide si l'acte lui-même n'a pas eu lieu ? La terminologie utilisée à cette époque reflète bien ce paradoxe, notamment par l'usage du substantif « suicide » pour désigner, comme on l'a vu, à la fois la personne, l'acte abouti et sa tentative. Un paradoxe et des ambiguïtés que la terminologie suicidologique actuelle tente de résoudre, en développant un lexique précis (suicide, suicidaire, suicidé, suicidant, idéation suicidaire, etc.) englobant les différents aspects de ce phénomène.

Enfin, à partir des années 1840, l'existence du suicide *libre*, volontaire, et donc non pathologique, est acceptée par une grande majorité d'aliénistes. Ce qui permet de faire la distinction entre deux « usages » du suicide, entre le suicide pathologique où la mort est un but en soi et le suicide libre et volontaire où la mort n'est qu'un moyen pour atteindre un objectif, comme faire cesser les souffrances. C'est la question de la volonté et du libre arbitre qui se joue ici. S'agit-il d'un acte volontaire ou involontaire ? Peut-on désirer sa propre mort librement et dans sa pleine raison ? Pour les aliénistes de la première moitié du 19^e siècle, « l'homme raisonnable » ne peut pas vouloir mourir, non seulement parce que la vie, avec toutes ses difficultés, est « rarement dépourvue d'attrait », mais aussi et surtout parce que le désir de la mort va à l'encontre d'un des instincts primordiaux de l'homme, celui de la conservation¹. Bien que l'existence du suicide non pathologique soit admise dès les années 1840, le suicide ne devient pas pour autant un acte comme un autre. Au tournant du 19^e siècle, le suicide n'est ni pathologique à proprement parler, ni un crime juridique, mais il demeure néanmoins un « crime » ou une « maladie » *morale*, dont la répression et la prévention s'assument et se partagent entre la médecine mentale (ou la « médecine morale ») et la religion. Pour tenter de répondre à ces questions et pour comprendre comment ces paradoxes se tissent au cœur des théories médicales, qui font du suicide un acte pathologique, il faut analyser les causes et leur classification par les aliénistes. Cependant, cette classification dépend des typologies du suicide, lesquelles permettent au médecin à la fois de distinguer les différents genres ou classes de suicide et de réunir tous les aspects de ce phénomène dans le cadre médical. En ce sens, chaque genre de suicide – chronique ou aigu, volontaire ou involontaire – a ses propres causes.

Les types de suicide

1 Georget 1820, 112. Voir Laé 2001b, spéc. 232-233.

Le suicide aigu et le suicide chronique

Les traités médicaux commencent par distinguer, comparer et opposer les différents types de suicide. Cette typologie se répartit principalement sur deux axes, la chronicité ou la temporalité du suicide, d'un côté, et le rôle et le degré de la volonté de l'individu, de l'autre. À partir des années 1840, ce deuxième axe se complexifie encore par la distinction entre le suicide libre ou volontaire et le suicide aliéné ou involontaire. Dans son long article sur le suicide de 1821, pour le *Dictionnaire des sciences médicales*, Esquirol identifie deux types de suicide : *le suicide involontaire aigu et le suicide réfléchi et chronique*. Deux éléments permettent de distinguer ces types : l'influence des causes externes et le désordre des passions qu'elles produisent chez l'individu, d'un côté, et le caractère du malade, de l'autre. Tout d'abord, le caractère du suicidaire permet de séparer clairement le suicide aigu du suicide chronique, car il présente un critère qui permet de prédire le genre de suicide et de folie auquel le malade est le plus prédisposé. Vers la fin du siècle, on parlera plus spécifiquement de l'innéité ou de l'hérédité du suicide. Ainsi, les individus au tempérament sanguin agissent subitement, sans liberté morale, et sont portés davantage à la manie. En revanche, les individus mélancoliques, bilieux, moroses agissent lentement et volontairement.

La question de la chronicité du suicide est posée dès cette importante étude d'Esquirol, et elle souligne ainsi un point de départ dans la redéfinition et le nouveau statut du suicide, du criminel au pathologique. En ce sens, le suicide se transforme ; d'un « acte » qu'il était, il devient désormais un véritable événement, impliquant par là un certain déroulement dans le temps ou des étapes d'un processus. Le suicide n'est plus considéré comme un acte ponctuel que le sujet médite et met en action, mais il devient lui-même un événement que ce sujet subit. Cette distinction, décisive à mon sens, entre *acte* et événement est soulignée par le médecin allemand Franz Christian Karl Krügelstein, en 1841, lorsqu'il écrit : « Tous les médecins considèrent le suicide comme le résultat d'une vésanie ; c'est à leurs yeux un événement et

non un acte. »² Le suicide devient ainsi un objet d'observation médicale, et par là même de traitement et de prévention. Georges Lantéri-Laura a montré que la conception des aliénistes de la première moitié du 19^e siècle admettait la coexistence de l'acuité et de la chronicité de la folie³. Ce n'est qu'à partir des années 1850, notamment avec la notion de dégénérescence (Morel 1857, puis Legrain et Magnan 1895) et la notion de *délire chronique à évolution systématique* (Lasègue 1852), que le « temps chronique devient indispensable à la caractérisation de la maladie [mentale] »⁴.

Dans son traité de 1822, Falret distingue deux espèces de suicide, ou *délire-suicide*, comme il l'appelle :

« [L]'une est caractérisée par une tristesse profondément concentrée, un état d'abattement et de crainte, un penchant particulier pour la solitude ; l'autre, par une forte excitation au physique et au moral. Cette dernière espèce de suicide arrive tout à coup à la suite de l'orage de quelque passion. »⁵

Ces deux espèces se démarquent également par la durée de l'état suicidaire. Dans les deux cas, le suicide constitue souvent « le dernier degré » de la mélancolie, bien qu'il puisse être causé par d'autres psychopathologies. Dans un sens général, cet acte de délire est toujours commis avec « conscience de l'action » et résulte de la volonté, mais d'une volonté « désordonnée »⁶. Ce qui lui permet d'exclure deux circonstances dans lesquelles l'acte de se donner la mort ne constitue pas un suicide, les accidents des délirants et le sacrifice. Il parle plus précisément de la mort des aliénés qui « se tuent sans avoir même l'idée d'aucun péril » ou ceux qui se tuent croyant pouvoir ainsi échapper à la mort⁷. Ces deux circonstances, pour Falret, constituent non pas des

2 Krügelstein 1841, 162. Voir également Krügelstein 1840a, 203-251 ; Krügelstein 1840b, 673-775. Voir Kreuter 1996, 799.

3 Lantéri-Laura 1972, 548-549 et 553 ; voir également Lantéri-Laura 1997, 21-68.

4 Lantéri-Laura 1972, 555.

5 Falret 1822, 110-111. Voir également Falret 1820.

6 Falret 1822, 3.

7 Falret 1822, 3.

suicides mais des *accidents*⁸. Il distingue le « véritable » suicide – à la fois un délire et un acte commis avec volonté – de la mort qui résulte d'idées délirantes des aliénés. Il exclut également la mort volontaire des militaires, « ces hommes généreux » qui, par un « dévouement héroïque »⁹, se sacrifient pour la société.

Les années 1820 et 1830 constituent une période importante dans le développement clinique, théorique et institutionnel de la médecine mentale, notamment avec l'élaboration du concept nosologique de la monomanie, mais aussi avec le renforcement du rôle de l'aliéniste dans le contexte juridique et l'adoption de la loi de 1838 statuant l'établissement d'un hôpital psychiatrique dans chaque département en France. En revanche, ce n'est qu'en 1840 que paraît la prochaine grande étude médicale sur le suicide, avec la publication du traité de l'aliéniste et disciple d'Esquirol, Jean-Baptiste Cazauvieilh¹⁰. Médecin de l'Hospice de Liancourt-Oise et ancien interne de l'Hospice de la Salpêtrière, Cazauvieilh oriente son étude sur le suicide des habitants du milieu rural. Il s'oppose au postulat généralement accepté, selon lequel le suicide représente une pathologie spécifiquement urbaine, produite par la civilisation et l'industrialisation. Il définit le suicide comme un « penchant *volontaire* à la mort », à la différence de la mort involontaire, résultant d'un « délire général ou maniaque »¹¹, qui conduit l'individu à se tuer, par exemple, en prenant la fenêtre pour une porte. C'est justement ce que Falret nommait « accident ». Dans le suicide à proprement parler, selon Cazauvieilh, l'individu « se tue avec volonté et conscience de l'action qu'il commet », que le motif soit réel ou imaginaire¹², et dans ce cas, la volonté et l'aliénation coexistent. Il identifie trois classes de suicides, déterminées par trois formes de délire, *de l'intelligence, des affections et des actions*, qui regroupent l'ensemble du phénomène¹³. Cette triple division correspond aux trois types de désordres caractéristiques de l'aliénation mentale,

8 Falret 1822, 149.

9 Falret 1822, 3.

10 Cazauvieilh 1840.

11 Cazauvieilh 1840, ii. Je souligne.

12 Cazauvieilh 1840, ii.

13 Cazauvieilh 1840, iii.

selon la définition d'Esquirol¹⁴. Ces trois classes de suicide se distinguent non seulement par le genre de délire, mais aussi par les types de causes qui le produisent et le processus qui y mène. C'est ainsi que Cazauvieilh distingue le *suicide aigu* du *suicide chronique*. Plusieurs ambiguïtés et contradictions émergent de ces deux manières de différencier les types de suicide. À partir de la thèse générale de ce traité, par laquelle Cazauvieilh rapproche trois *penchants* – l'aliénation mentale, le suicide et l'homicide –, l'aliéniste aborde le suicide selon des registres différents, soit pathologiques, soit criminologiques :

Tantôt un crime est commis aussitôt que résolu, comme le *suicide aigu* ; tantôt il est prémédité, comme le *suicide chronique*. Il n'y a de crime qu'autant qu'il y a eu volonté éclairée de le commettre, comme il n'y a de suicide que lorsque l'auteur en a compris toute la portée, qu'il avait l'intelligence de l'acte qu'il consommait.

S'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était *en état de démence* au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister, il n'y a pas non plus de suicide lorsque l'homme meurt par dévouement ou en obéissant à une impulsion aveugle¹⁵.

En utilisant une terminologie criminologique et par sa référence à l'article 64 du Code pénal de 1810, Cazauvieilh compare le suicide à un crime. Il applique au suicide les mêmes critères que ceux par lesquels la loi distingue un crime d'un acte commis dans un état d'aliénation, et qui par conséquent l'exclut des peines juridiques. Ici, le suicide aigu et le suicide chronique se spécifient non plus par un processus pathologique, mais par le raisonnement et la préméditation dans l'acte. La chronicité du suicide relève donc non pas de l'état pathologique de la suicidabilité mais d'un processus conscient, délibéré ou prémédité, qui aboutit à l'acte de se donner la mort. Cette ambiguïté qui place le suicide entre deux statuts, l'un pathologique, l'autre criminel, provient du lien étroit que Cazauvieilh établit entre suicide et homicide. En effet, il conçoit le désir de suicide – comme Freud,

14 Esquirol [1816] 1838, t. 1, 5.

15 Cazauvieilh 1840, 6.

d'ailleurs, le fera en 1917 dans *Deuil et mélancolie*¹⁶ – comme une forme d'homicide retourné contre soi-même¹⁷.

Le suicide chronique et le suicide aigu se démarquent également par les différents symptômes. Cazauvieilh souligne « combien il est important de distinguer le suicide aigu du suicide chronique, le suicide primitif du suicide consécutif ; car dans toutes ces diverses formes, l'altération cérébrale ne doit pas être également prononcée »¹⁸. La distinction entre les types de suicide repose donc non seulement dans les causes, mais aussi dans leurs symptômes et leur « siège organique ». Selon le « postulat essentiel d'organicité », écrit Gladys Swain, la folie « exige pour être comprise d'être inscrite dans le corps, d'être rapportée aux foyers de la sensibilité générale »¹⁹. Il y va donc du suicide comme de la folie, car dans l'un comme dans l'autre, il s'agit d'un « phénomène total », selon l'expression de Swain, qui se manifeste par des symptômes apparents dans le corps, mais aussi par l'état des facultés intellectuelles, le caractère et les passions²⁰.

En effet, les aliénistes du début du 19^e siècle, et tout particulièrement du courant organiciste de l'école de Paris, tentent de localiser le suicide, tout comme l'aliénation mentale, dans le corps. Cependant, cette entreprise s'avère difficile et le discours de ces médecins est rempli d'ambiguïtés. En effet, certains soulignent les tentatives infructueuses d'ancrer la folie dans des parties spécifiques du cerveau ou dans d'autres organes du corps²¹. Lorsque Esquirol décrit l'influence du corps sur le psychisme des suicidaires et des suicidés, dans son article de 1821, il admet cependant l'impossibilité d'identifier de manière systématique des lésions organiques. Tout en affirmant l'« ancrage organique » de la folie, comme du suicide, les aliénistes restent flous sur la localisation précise. Ainsi, dans sa thèse de médecine sur la monomanie suicide, soutenue

16 Freud [1917] 1968, 163. Voir Rouan/Pedinielli/Gimenez 2000 ; Garré 2003, 15-21 ; Tremel 2008. Sur le rapport entre la pulsion auto-agressive et la tendance hétéro-agressive, voir aussi les références citées par Ey 1950, 373 et 375-376.

17 Cazauvieilh 1840, vi.

18 Cazauvieilh 1840, 186.

19 Gauchet/Swain [1980] 2007, 316.

20 Gauchet/Swain [1980] 2007, 300.

21 Voir Esquirol 1805 ; Esquirol 1816, 151-240, spéc. 214.

en 1832, François Gout met en évidence l'importance de l'explication physiologique et organiciste du suicide, mais aussi l'imprécision de cette explication : « Cette maladie paraît consister dans une exaltation cérébrale, soit primitive, soit développée secondairement par suite de troubles survenus dans quelque organe, le plus ordinairement dans l'appareil digestif. »²² Il parle de la « solidarité de nos organes », surtout de ce qu'il appelle le « trépied de la vie » composé de l'encéphale, du cœur et des poumons²³. Cependant, faute d'identifier des « lésions cérébrales », les aliénistes avancent le postulat d'une « altération » du cerveau, qui peut exister sans être perçue pour autant. C'est ainsi que Cazauvieilh parvient à expliquer la part physique du suicide : « Dans le suicide aigu l'altération de l'encéphale est difficile à constater ; mais il n'est pas moins vrai que la cause qui le produit a agi sur le cerveau. Ainsi, quelle que soit cette altération, elle existe. »²⁴ Ce postulat du lien entre une altération organique et le suicide suscite une vive critique du juriste élias Regnault. Selon lui, les animaux peuvent souffrir des mêmes affections physiques que l'homme, mais ils ne se suicident jamais ; suivant cette argumentation, ce ne sont pas ces affections qui produisent le suicide, mais quelque chose qui est justement absent chez les animaux, parce que selon lui les facultés intellectuelles chez l'être humain sont plus développées²⁵.

Afin de résoudre cette difficulté théorique, les aliénistes tentent, selon Gladys Swain, de « rapporter la folie à quelque chose qui soit du corps, la pourvoir d'un incontestable ancrage organique, mais sans la faire dépendre d'autre part de quelque chose de l'ordre d'une lésion d'organe appréciable »²⁶. L'historienne souligne cependant la « contradiction » inhérente à cette argumentation, selon laquelle ce qui « s'y trouve essentiellement atteint y est en même temps essentiellement maintenu et conservé »²⁷. C'est donc en tant que symptôme de la folie, que le suicide peut devenir un objet clinique, indépendamment des

22 Gout 1832, 17.

23 Gout 1832, 9-10.

24 Cazauvieilh 1840, 189.

25 Regnault 1830, 79-80.

26 Gauchet/Swain 1980, 318.

27 Gauchet/Swain 1980, 330 ; voir aussi Gauchet/Swain 1980, 330, note 20.

spéculations morales et religieuses²⁸. La recherche des lésions organiques, dans le cas du suicide, sera remise en cause avec plus de rigueur à partir des années 1840, lorsque les aliénistes interrogent la nature pathologique du suicide. Ainsi, Lisle affirme qu'on ne peut pas attribuer le suicide à une « altération organique » précise, car le suicide n'est qu'un « simple fait, un accident résultant d'une foule de causes diverses, parmi lesquels se trouvent un certain nombre de maladies très différentes les unes des autres »²⁹.

À partir de là, revenons sur la distinction entre le suicide aigu et le suicide chronique. Selon Ebrard, qui écrit en 1870, ces deux « formes » de suicide – « comme toutes les autres maladies »³⁰ – se distinguent par la durée et le déroulement du processus suicidaire :

L'un, remarquable par une forte excitation au physique et au moral, est aussitôt exécuté que résolu, et le médecin n'est appelé que pour en constater les terribles effets.

L'autre, caractérisé d'ordinaire par une tristesse profondément concentrée, un état d'abattement et de crainte, un penchant particulier pour la solitude, affecte une marche lente. L'observateur peut en suivre les caractères et en arrêter les progrès.

On arrive donc au suicide, ou par une pente insensible, ou par une brusque secousse. Celui qui dans un moment d'exaltation, dans le paroxysme [*sic*] d'une passion délirante, se donne incontinent la mort, est victime d'un suicide aigu ; la réflexion a souvent peu de part à ces morts instantanées³¹.

Caractériser le suicide d'aigu ou de chronique ne signifie pas cependant qu'il s'agisse toujours d'une maladie mentale, ni de son symptôme. En s'opposant aux arguments d'Esquirol et de ses disciples, notamment Cazauvieilh, sur la pathologie du suicide, Ebrard critique « [c]ette manie de généraliser, de systématiser » propre aux premiers aliénistes, « qui veulent tout faire cadrer

28 Gauchet/Swain 1980, 293-299.

29 Lisle 1848, Prix Civrieux, no 10, 277.

30 Ebrard 1870, 111.

31 Ebrard 1870, 111. Voir également Villette 1825, 8.

avec des idées préconçues »³². Selon lui, en faisant toujours du suicide un signe de folie, ces aliénistes excluent la responsabilité du suicidaire. Dans une perspective morale et religieuse, le suicide représente pour Ebrard d'abord et avant tout un vice, une « maladie morale »³³ ou un « mal social »³⁴. C'est donc par la morale et les préceptes religieux que le médecin doit soigner ces malades criminels – criminels car ils gardent leur volonté et donc leur responsabilité³⁵. Quoique nostalgique, lui aussi, des lois contre cet acte, Ebrard le conçoit en termes de crime religieux, contre Dieu et la société. « De quelles sévérités s'armera la morale contre le suicide, écrit Ebrard, s'il est vrai qu'il soit le résultat d'un penchant invincible, d'une disposition innée ? »³⁶ L'« analyse morale » du suicide doit suppléer les données statistiques et les théories médicales, sans laquelle les aliénistes sont voués à tomber dans « des erreurs très dangereuses »³⁷. Le suicide est libre pour autant qu'il représente un acte criminel envers Dieu et la société, contre lequel le médecin, le moraliste et le religieux doivent réunir leurs forces.

La question de la volonté

Le deuxième critère important dans la typologie médicale du suicide concerne le rôle de la volonté dans l'accomplissement de cet acte. On retrouve ce critère de distinction chez plusieurs médecins, et tout particulièrement à partir des années 1840, lorsqu'ils questionnent le rapport systématique entre le suicide et l'aliénation mentale³⁸. Pour mieux comprendre les débats médicaux sur le rôle de la volonté dans le suicide, il n'est pas sans intérêt de considérer encore un autre auteur, qui a beaucoup écrit

32 Ebrard 1870, 45.

33 Ebrard 1870, 17.

34 Ebrard 1870, 29.

35 Ebrard 1870, 104.

36 Ebrard 1870, 49.

37 Ebrard 1870, 48-49.

38 Voir, par exemple, Bertrand 1848 et 1857 ; Robertet 1848 ; Briere de Boismont 1856 ; Lisle 1856 ; Le Roy 1870.

sur cette question et qui s'est situé entre les moralistes et les médecins. Il s'agit du philosophe Claude-Joseph Tissot, professeur de philosophie à la Faculté des lettres de Dijon. Ses études sur le suicide sont issues de deux concours. En 1838, il participe au concours lancé par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Besançon, sur le suicide, ses causes et ses remèdes³⁹. En 1840, Tissot publie son mémoire⁴⁰, dans lequel il conçoit le suicide comme une « maladie morale », « cet oubli de Dieu », et le considère des points de vue physiologique, pathologique, psychologique et moral⁴¹. Il oppose plusieurs types de suicide : *suicide direct* et *suicide indirect*, *suicide violent* et *suicide lent*, *suicide immédiat* et *suicide médiat*, *suicide intéressé* et *suicide désintéressé*, ou encore *suicide matériel* et *suicide formel*⁴². Or, « [p]our qu'il y ait suicide *moral*, *intentionnel*, ou *formel*, et non simplement suicide *matériel*, il faut donc qu'il soit *voulu librement* et dans un *intérêt purement subjectif ou personnel*, et non dans l'intérêt d'autrui, ou pour rester fidèle au devoir »⁴³. Le sacrifice mis à part, le suicide volontaire doit être commis avec intention et liberté, car il ne suffit pas « de vouloir, il faut de plus pouvoir ne vouloir pas »⁴⁴. Par ce même argument, Tissot explique pourquoi les animaux ne sont pas capables de suicide ; ils peuvent vouloir, selon lui, mais ces désirs ne répondent qu'aux besoins primitifs. Ils ne disposent donc pas de leur liberté⁴⁵.

En 1846, puis à nouveau en 1848, il participe au concours pour le Prix Civrieux de l'Académie royale de médecine, sur la question du suicide. Dans son mémoire de 1846, pour lequel il reçoit la mention honorable, Tissot retient les différentes oppositions par lesquelles il distinguait le suicide déjà en 1838 : le suicide *direct* ou *indirect*, *immédiat* ou *médiat*, mais aussi *aigu* ou

39 Doney 1838, 64.

40 Tissot, C.-J. 1840.

41 Tissot, C.-J. 1840, 3.

42 Tissot, C.-J. 1840, 7-8.

43 Tissot, C.-J. 1840, 8.

44 Tissot, C.-J. 1840, 8.

45 Tissot, C.-J. 1840, 20. Plusieurs médecins du 19^e siècle ont examiné la possibilité du suicide chez les animaux. Voir, par exemple, Anonyme 1883 ; (Simplissime) 1884 ; Anonyme 1888. Cette question est également considérée par le juriste Regnault 1830.

*chronique*⁴⁶. Il maintient également l'opposition entre *le suicide matériel* et *le suicide formel*, qu'il nomme cette fois *le suicide matériel* et *le suicide intentionnel*. En remplaçant « formel » par « intentionnel », il insiste davantage sur le rôle de la volonté dans l'acte de se donner la mort. Cette perspective est d'autant plus claire si l'on considère sa définition du suicide : « Le suicide *proprement dit* est le meurtre *volontaire* de soi-même par suite de souffrances physiques ou morales qui paraissent insupportables. »⁴⁷ Pour qu'il y ait suicide « proprement dit », il faut non seulement que l'individu dispose de sa volonté, mais encore que sa volonté soit libre. En ce sens, ce qu'il nomme *suicide matériel* exclut la conscience du fou devant son acte et rejoint ce que Falret appelle *accident*. Dans son mémoire, Tissot critique également l'expression « le penchant volontaire à la mort », que Cazauvieilh utilise en 1840 pour désigner le suicide. Pour Tissot, il y va d'une contradiction, car un penchant « est essentiellement involontaire »⁴⁸. Cependant, sa conception absolue de la volonté va à l'encontre de l'approche plus nuancée des aliénistes, selon laquelle l'aliéné peut conserver sa volonté, mais celle-ci est désordonnée ou altérée.

Pour le concours de 1848, le mémoire de Tissot est deux fois plus long et il s'inscrit davantage dans le cadre médical, s'adressant directement aux « disciples et émules » de Pinel et d'Esquirol⁴⁹. Lui-même philosophe, il cherche à se rapprocher de la position des aliénistes en soulignant davantage le lien entre folie et suicide. En concluant son mémoire, il écrit :

Le suicide ayant une connexion des plus étroites avec la folie, et pouvant n'être souvent libre qu'en apparence, il était très utile, sinon nécessaire, de se former des idées justes sur la folie et le libre arbitre ; d'autant plus nécessaire que la partie morale, civile et ecclésiastique de la question en dépend en grande partie⁵⁰.

46 Tissot, C.-J. 1846 (Prix Civrieux, no 5), 143.

47 Tissot, C.-J. 1846, 10-11.

48 Tissot, C.-J. 1846, 10.

49 Tissot, C.-J. 1848 (Prix Civrieux, no 6), 3.

50 Tissot, C.-J. 1848, 320.

Cette conclusion fait écho aux premières lignes de ce mémoire, dans lesquelles il situe le suicide au croisement de la médecine et de la morale, mais il annonce également les difficultés qui demeurent encore dans la prévention du suicide. Il attribue cette difficulté à la complexité du phénomène et à l'inefficacité des remèdes⁵¹.

Situer le suicide entre *crime moral* et *maladie morale* soulève la question de la volonté et de la responsabilité de l'individu devant cet acte. Dès lors que l'individu est considéré comme aliéné, ses actes sont *de facto* tenus pour involontaires. Par conséquent, il ne peut pas être en considéré comme responsable. Or, les aliénistes du milieu du 19^e siècle partagent la position des religieux et des moralistes, selon laquelle le suicide constitue « un crime envers Dieu, la société et la morale »⁵². D'une certaine manière, les moralistes et les médecins joignent leurs efforts, l'irréligion étant mentionnée par de nombreux aliénistes comme la cause première du suicide. La nouvelle force donnée aux valeurs morales et religieuses relève, entre autres et à la différence de leurs précurseurs Idéologues⁵³, d'une revendication des pratiques et des préceptes religieux par les aliénistes eux-mêmes. On peut le constater tout particulièrement chez Alexandre Brière de Boismont et Louis Bertrand, qui, lui, est à la fois prêtre et médecin. À ce sujet, Jan Goldstein souligne un tournant dans la position de Jean-Pierre Falret qui, à partir des années 1830, revendique le pouvoir préventif et thérapeutique des pratiques religieuses dans le traitement des aliénés en milieu asilaire⁵⁴. Elle se réfère aussi à la rencontre, dans les années 1830, entre Falret et l'ecclésiastique Joseph-Xavier Tissot [Frère Hilarion], lors de laquelle, Tissot parle, quant à lui, de l'inexistence du suicide dans les hospices religieux qu'il avait fondés pour le traitement des aliénés⁵⁵. Si la morale et la religion ont toujours été présentes dans les considérations étiologiques et thérapeutiques ou préventives du suicide, dès le milieu du 19^e siècle, elles prennent une place centrale dans les approches médicales et psychiatriques.

51 Tissot, C.-J. 1848, 1.

52 Brière de Boismont 1856, 332.

53 Voir Goldstein 1997a, 79-80.

54 Goldstein 1997a, 300-306.

55 Tissot, J.-X. 1837, 18-19.

L'articulation entre les aliénistes et les religieux se redéfinit également sur un plan professionnel. Ce renouveau catholique a pour conséquence une reconnaissance des pratiques religieuses, mais aussi une assimilation des principes religieux dans le cadre même de la médecine mentale et de l'hygiène publique. Ainsi, les mauvaises mœurs et les pratiques immorales comptent parmi les causes principales du suicide, de même que la promotion des bonnes valeurs morales, par l'éducation et la religion, présentent des moyens de prévention.

Ce n'est donc pas un hasard si, au moment même où l'Église et les valeurs religieuses regagnent du pouvoir, les aliénistes changent de position sur le suicide en admettant l'existence du suicide volontaire et donc non aliéné. La question de la volonté est centrale dans ce débat et la distinction qui en émerge. Désormais, les médecins distingueront le suicide libre et volontaire du suicide maniaque et involontaire. Dans son mémoire pour le Prix Civrieux de 1848, qu'il publie en 1857, Louis Bertrand parle de *suicide libre* et de *suicide maniaque*⁵⁶. Dans le cas du suicide maniaque, « la moralité des actes est *plus ou moins* appréciée, la volonté morale *plus ou moins* impuissante, et le libre arbitre *plus ou moins* complètement asservi »⁵⁷. L'état de la volonté est estimé selon son degré de présence et de force. À l'autre extrémité du spectre se situe la mort accidentelle de certains aliénés et délirants, qui se tuent « sans intention, par accident »⁵⁸. Pour Bertrand, ce modèle dichotomique, entre le suicide libre et le suicide aliéné mais volontaire, paraît insatisfaisant. Ce qui l'amène à proposer encore un troisième type, qu'il appelle le *suicide de transition*. Ce type de suicide est « provoqué par l'explosion subite des passions » et il a une place « intermédiaire entre le suicide libre et le suicide des maniaques »⁵⁹.

On peut mentionner encore l'aliéniste Pierre-Égiste Lisle, qui fait la distinction entre le *suicide libre* et le *suicide involontaire*⁶⁰. À la différence du suicide libre et volontaire, qui est déterminé par la force des motifs réels, le suicide involontaire correspond

56 Bertrand 1857, 203.

57 Bertrand 1857, 203. Je souligne.

58 Bertrand 1857, 206.

59 Bertrand 1857, 208. Voir également Le Roy 1870, 239-241.

60 Lisle 1856, 175-176. Voir également Robertet 1848 ; Brière de Boismont 1856.

à tout un spectre de maladies mentales qui, elles, troublent la raison au point d'affaiblir la volonté du malade. De plus, la distinction tient aussi à la réalité des motifs. Comme tous les aliénistes qui ont étudié le suicide, Lisle évalue les causes, ou les motifs, qui y ont conduit. Les aliénistes fondent leurs analyses de plus en plus systématiquement sur des statistiques, tirées par la plupart d'entre eux du *Compte général de l'administration de la justice*. Or, ce qui distingue principalement ces études étiologiques réside dans les diverses manières de classer les causes, qui sont souvent les mêmes dans la plupart de ces textes. Bien que les mêmes motifs se retrouvent dans des cas très différents, ces motifs peuvent être réels ou imaginaires. Cette distinction est affirmée notamment par Érasme Robertet et Alexandre Brière de Boismont⁶¹. D'autres aliénistes questionnent l'importance même des motifs dans l'estimation de la pathologie du suicide, en se concentrant uniquement sur la liberté morale ou sur le libre arbitre de l'individu au moment de son passage à l'acte⁶². Devant la difficulté d'identifier l'aliénation mentale dans tous les cas de suicide, Jacques-Joseph Moreau de Tours se penche non sur les phases antérieures de l'acte, mais sur le moment même. La question qu'il pose concerne le moment où la folie se déclenche en rapport à l'acte du suicide. Je reviendrai plus loin sur la position de Moreau de Tours et sur cette question de temporalité.

Avant de conclure cette analyse des différentes typologies médicales du suicide, réparties principalement selon la chronicité et le rôle de la volonté, considérons encore le mémoire que le médecin militaire Le Tertre-Vallier soumet en 1848 pour le Prix Civrieux, et pour lequel il reçoit une mention honorable. Il commence par souligner l'importance, la gravité et la complexité de cette question, qui « touche la société dans ce qu'elle a de plus élevé : la morale ; et l'Homme dans ce qu'il possède de plus précieux : la Vie »⁶³. Bien qu'il fonde son analyse sur les statistiques du *Compte général de l'administration de la justice*, il remarque l'insuffisance de ces données, et par conséquent

61 Robertet 1848 (Prix Civrieux, no 8) ; Brière de Boismont 1856.

62 Moreau de Tours 1846, 287.

63 Le Tertre-Vallier 1848 (Prix Civrieux, no 7), n.p.

la perte des nuances dans la différenciation entre les divers types de suicide. En soulignant l'importance d'une typologie nuancée, il commence par identifier les variétés de suicide. À la différence des autres médecins et aliénistes, qui répartissent l'ensemble du phénomène en deux ou trois types, Le Tertre-Vallier en propose 23 :

social	spontané	philotechnique
domestique	diplo-suicide	forcé
politique	poly-suicide	dogmatique
judiciaire	monosuicide	institutionnel ou établi
fanatique	homicide-suicide	philosophique et sympathique
cérébro-pathique	suicide conventionnel	suicide des reclus
psychopathique	ipsi-suicide	physio-pathologique
accidentel	suicide par autrui	

Chacune des dix catégories retenues (indiquées ici sans italique) est ensuite divisée en deux « ordre » : le suicide physique et le suicide moral. Cette distinction entre le physique et le moral, ou le psychique, traverse les études des aliénistes, non seulement sur le suicide mais sur l'aliénation mentale en général. Au moins depuis Cabanis⁶⁴, le rapport réciproque entre le physique et le moral permet aux aliénistes de soutenir l'influence tout aussi importante du corps et de l'« âme » dans la production de la folie. Cette réciprocité contribue également à légitimer la nouvelle spécialisation médicale des aliénistes. Or, à la différence des autres aliénistes, Le Tertre-Vallier divise le suicide en deux types distincts, l'un qui porte sur le physique et l'autre sur le moral. Autrement dit, « l'instrument de la mort peut frapper tantôt le corps, et tantôt l'âme »⁶⁵. De plus, il réunit plusieurs

64 Cabanis an X-1802.

65 Le Tertre-Vallier 1848 (Prix Civrieux, no 7), n.p. (voir en particulier la première page de la partie intitulée « Quelques réflexions sur cette seconde partie ».)

variétés en une seule catégorie. Par exemple, le suicide physio-pathologique contient également le suicide cérébro-pathique, psychopathique et accidentel, car il représente les différentes formes de suicide accomplies par les aliénés, les monomaniaques, les hystériques, les hypocondriaques et les hallucinés. Enfin, Le Tertre-Vallier conçoit ces dix catégories de suicide en rapport au contexte social, ou « la scène sociale, la scène politique, les scènes scientifique, artistique et littéraire, la scène judiciaire, la scène matrimoniale... »⁶⁶ Selon la typologie de Le Tertre-Vallier, chacune de ces vies – sociale, privée ou domestique, politique, juridique, etc. – comporte ses propres conditions et son propre type de suicide. Par ce travail de classification, Le Tertre-Vallier tente d'inclure toutes les nuances sémantiques du suicide qui auraient échappé aux modèles précédents. À la différence du modèle monolithique, qui regroupe une grande multiplicité de causes et de circonstances, Le Tertre-Vallier privilégie ces *types* de suicide, soulignant ainsi la singularité de l'acte lui-même.

Le suicide comme symptôme de la folie

La définition médicale du suicide et son statut nosologique se transforment donc au cours du siècle. Dès 1787, Pinel le considère comme une complication de la mélancolie, et parle plus précisément de la mélancolie avec un « penchant au suicide »⁶⁷. Loin de lui l'idée de faire du suicide une maladie mentale à part entière, car l'aliénation mentale en est une cause « sans doute la plus rare »⁶⁸. Pour Daquin, le suicide procède d'un raisonnement et d'un jugement sains, dont les fous ne disposent pas. En ce sens, le suicide n'est pas un acte de folie mais un acte de lâcheté et de vice moral⁶⁹. Pierre Reydellet, médecin rattaché au Bureau de charité du 11^e arrondissement, publie en 1820 un mémoire sur le suicide, dans lequel il conçoit ce « fléau » en termes de perversion morale, dû principalement au relâchement des mœurs, mais

aussi en termes de crime qu'il faut flétrir. Comme il l'explique, le suicidaire « sape par leurs fondements tous les principes sociaux ; il détruit les véritables bases sur lesquelles la société repose ; en un mot, il tend à pervertir la morale »⁷⁰. Le suicide est une perversion en ce sens qu'il agit contre l'instinct de conservation, et c'est un crime parce que le suicidé agit contre Dieu et dérobe à la société cette vie qui ne lui appartient pas⁷¹. Or, en s'opposant à une opinion de plus en plus partagée par les médecins, qui rapporte le suicide à l'aliénation mentale, pour Reydellet il s'agit d'une « maladie » morale, due aux mauvaises mœurs et à une « éducation vicieuse »⁷². Ce qui non seulement révèle toute l'ambiguïté entre le moral et la morale, mais force aussi et surtout la médecine à se « moraliser » de plus en plus. Afin de combattre « ce penchant pervers », les aliénistes ne pourront plus se contenter des seules « armes » de la médecine, mais ils devront encore recourir à la religion, à la morale et aux lois⁷³. Or, un tel usage peu rigoureux du terme « maladie », pour désigner le suicide, abonde dans les textes médicaux. Il permet d'intégrer, comme le fait Reydellet, divers comportements répréhensibles dans le champ médical, mais aussi d'apporter plus de poids et de légitimité à l'étude médicale du suicide.

En 1821, Esquirol assigne au suicide une place définitive dans le corpus médical, en lui attribuant un nouveau statut. En s'opposant à ses précurseurs, selon lesquels le suicide constitue une maladie *sui generis*, Esquirol fonde sa nouvelle position sur l'expérience, l'observation et la rigueur médicales. Cette expérience, selon lui, ne permet pas de considérer le suicide comme une maladie à proprement parler, mais plutôt comme un symptôme. Citons l'affirmation déterminante d'Esquirol :

Le suicide n'est pour nous qu'un phénomène consécutif à un grand nombre de causes diverses ; qu'il se montre avec des caractères très- différents ; que ce phénomène ne peut caractériser une maladie. C'est pour avoir fait du suicide une maladie

66 Le Tertre-Vallier 1848, n.p.

67 Pinel 1791, 154-159 et 199-201. Voir Postel 1981, 199.

68 Pinel 1791, in Postel 1981, 205.

69 Daquin 1792, 95.

70 Reydellet 1820, 21.

71 Reydellet 1820, 21.

72 Reydellet 1820, 8.

73 Reydellet 1820, 8.

sui generis, qu'on a établi des propositions généralement démenties par l'expérience⁷⁴.

Cette affirmation lui permet de conclure que « le suicide est presque toujours un symptôme d'aliénation mentale »⁷⁵. Face aux causes très nombreuses et de nature dissemblable, mais aussi face aux différents types de suicide, Esquirol renonce à concevoir le suicide comme une maladie spécifique.

Tout en considérant cet acte comme un symptôme de la folie, Esquirol le désigne aussi comme un phénomène. D'autres aliénistes le considèrent comme un signe, un acte, et parfois – on l'a vu – comme un accident. Malgré les tentatives de sortir cet objet médical de l'opacité, et de le rattacher une fois pour toutes à l'aliénation mentale, l'indétermination persiste dans les écrits des médecins et des aliénistes. Elle est manifeste justement dans la terminologie qu'ils utilisent, et Esquirol ne fait pas exception. En effet, quelques pages avant la fin de son long article, où il cherche à prouver qu'il s'agit non pas d'une maladie mais d'un symptôme, Esquirol lui-même désigne le suicide comme une « maladie »⁷⁶. Ce glissement terminologique met en valeur la gravité de cet acte et le besoin de mieux le connaître, afin de le prévenir.

Si le suicide n'est pas une maladie *sui generis*, il partage néanmoins avec l'aliénation mentale les mêmes symptômes et presque toutes les mêmes causes⁷⁷, mais aussi les mêmes formes temporelles : aiguë, chronique, continue ou intermittente⁷⁸. Enfin, bien qu'il y ait « peu à dire sur le traitement d'un symptôme »⁷⁹, Esquirol remarque que le « suicide guérit quelquefois spontanément, comme les maladies mentales »⁸⁰. Cette similitude

74 Esquirol 1838, t. 1, 528.

75 Esquirol 1838, t. 1, 576. Voir également Esquirol 1838, t. 1, 586. Trente-cinq ans plus tard, au cœur de la controverse sur la pathologie du suicide, Pierre-Égiste Lisle accuse Esquirol de « négliger les faits si nombreux qui se produisaient tous les jours en dehors de son observation, et chez lesquels il aurait peut-être été moins facile de reconnaître des signes d'aliénation mentale », Lisle 1856, 108-109.

76 Esquirol 1838, t. 1, 664.

77 Esquirol 1838, t. 1, 577. Voir aussi Cazauvieilh 1840, 4 ; Lafon 1846 (Prix Civricux, no 1), 1 ; Ebrard 1870, 101.

78 Voir Esquirol 1838, t. 1, 634.

79 Esquirol 1838, t. 1, 655.

80 Esquirol 1838, t. 1, 656.

remet en question les critères de distinction qu'il a lui-même développés. En d'autres termes, si le suicide et la folie ont les mêmes causes, s'ils se manifestent par les mêmes symptômes, s'ils partagent la même « marche » ou processus temporel, en quoi finalement le suicide n'est-il pas une maladie ?

Les traités de sémiologie médicale⁸¹ à l'époque d'Esquirol font la distinction entre maladie et symptôme, mais aussi phénomène, signe et accident. Les ambiguïtés terminologiques et conceptuelles pour décrire le suicide indiquent une certaine imprécision dans le discours médical. La désignation du suicide par le terme « phénomène », que l'on constate chez Esquirol et Falret, renvoie aux altérations du corps qui sont, selon Landré-Beauvais, « perceptibles par les sens »⁸². Ce qui rapproche les concepts de phénomène et de symptôme. Double, quant à lui, souligne l'importance de ne pas confondre la maladie et ses causes avec le symptôme : « La maladie et ses causes attaquent, altèrent les fonctions de l'économie vivante, tandis que le symptôme isolé n'a primitivement aucune action sur elle. »⁸³ Cependant, il précise qu'il existe des symptômes qui, « par leur durée, produisent secondairement des altérations plus ou moins fortes dans l'économie : ces effets sont précisément ce que les pathologistes appellent *les symptômes des symptômes* »⁸⁴. En ce sens, un symptôme plutôt fort et qui dure assez longtemps – comme le suicide chronique justement – peut altérer les fonctions organiques, détruire la « solidarité de nos organes », selon les mots de François Gout, et produire d'autres symptômes.

Les symptômes du suicide

Bien que les aliénistes généralement divisent le suicide en aigu et chronique, seul ce dernier leur permet de l'observer, d'« en saisir les caractères et [d'] en arrêter les progrès »⁸⁵. En ce sens,

81 Landré-Beauvais 1809, 2^e éd. 1813 ; Double 1811.

82 Landré-Beauvais 1809, 2.

83 Double 1811, 149.

84 Double 1811, 149-150. Je souligne.

85 Falret 1822, 112.

la chronicité du suicide détermine les démarches préventives et thérapeutiques, mais elle surdétermine aussi l'attention privilégiée des médecins pour le suicide chronique, au détriment du suicide aigu. Les symptômes du suicide sont très variés, dans le corps, dans le psychisme et dans le comportement du suicidaire :

Au début de cette affection, ceux qui ont du désir ou de l'impulsion au suicide, éprouvent plusieurs accidents de l'hypocondrie ou de la monomanie, ils se plaignent de trouble dans les viscères abdominaux, de flatuosité, de constipation ; leur teint s'altère ; tristes, rêveurs, distraits, ils maigrissent ou deviennent bouffis.

Ces malheureux se plaignent d'ardeurs d'entrailles, de bouffées de chaleurs qui s'en élèvent, de céphalgie, de battements dans l'intérieur du crâne, de constrictions à la racine du nez, de spasmes à l'épigastre, d'un malaise général plus pénible qu'une douleur vive et locale [...].

Bientôt, ils s'imaginent qu'on les néglige, qu'on les méprise ; ils fuient le monde, recherchent la solitude, deviennent pusillanimes, ombrageux, ils sont difficiles à vivre.

Enfin, l'idée de se tuer devient une idée fixe qui les préoccupe sans cesse, dont ils ne peuvent se distraire ni être distraits. Toutes leurs pensées sont dirigées, concentrées sur cet objet avec tout l'entêtement et toute l'opiniâtreté dont les autres mono-maniaques sont susceptibles. Si la fatigue de la veille les fait dormir, ils ont des rêves affreux. Ainsi, la nuit comme le jour, ces infortunés ne peuvent éloigner de leur pensée l'idée de la mort, pas plus que les autres monomaniaques ne peuvent se défaire de l'idée qu'ils sont ruinés, déshonorés, damnés, etc.

Dans tous les cas, l'attention concentrée pervertit les impressions ; les rapports avec les objets extérieurs sont douloureux, tous les liens qui rattachent à la vie sont brisés⁸⁶.

On retrouve des descriptions similaires dans d'autres traités médicaux sur le suicide⁸⁷. Ces symptômes se distinguent peu des symptômes de la lypémanie, ou de la mélancolie, qu'Esquirol présente dans son article de 1820⁸⁸. Pour lui, la lypémanie, avec l'hypocondrie, est « la vraie cause de la haine ou l'ennui de la vie,

86 Esquirol 1821, 250-251.

87 Voir, par exemple, Falret 1822, 112-113 ; Cazauvicih 1840, 148-151.

88 Esquirol [1820] 1838, 407-422.

qui enfante si souvent le suicide qu'on appelle volontaire », ou chronique⁸⁹. Or, la question se pose à nouveau. Si la lypémanie et le suicide chronique partagent les mêmes symptômes – et si l'acte de se donner la mort n'a pas ou pas encore eu lieu –, alors qu'est-ce qui permet au médecin de diagnostiquer le suicide chronique ? Si l'acte final n'a pas lieu, en quoi le développement du suicide chronique se distingue-t-il de la mélancolie ? Autrement dit, peut-on parler de suicide si l'acte même ne s'est pas produit ?

La distinction entre suicide et aliénation mentale dépend donc du médecin, qui seul peut discerner les signes⁹⁰ et soupçonner ainsi le désir pathologique du suicide. Ce qui confirme l'affirmation de Pinel selon laquelle le suicide, étant rarement un acte de folie, nécessite néanmoins le savoir médical et donc spécialisé pour l'identifier lorsqu'il est produit par la folie. Pierre-Égiste Lisle lui-même se réfère au suicide non pas en termes de symptôme, mais en termes de « *signe* de folie »⁹¹. Ainsi, le médecin se voit attribuer un rôle décisif non seulement dans le traitement et la prévention, mais aussi dans l'identification du suicide comme signe de folie. Quoique de nombreux aliénistes adoptent, à l'instar d'Esquirol, le terme de « symptôme » pour désigner le suicide, une incertitude terminologique demeure dans ces textes. Ainsi, on y retrouve d'autres désignations, notamment « effet » ou « résultat » de la folie, voire tout simplement un « acte de folie »⁹². L'indécision est évidente chez Émile Marchand, selon lequel « c'est un résultat, une conséquence, un symptôme variable de certaines maladies »⁹³. Pour Claude-Joseph Tissot, en revanche, c'est un « fait moral »⁹⁴ et un « symptôme » d'une maladie morale⁹⁵, mais c'est aussi une « maladie morale » elle-même⁹⁶. En tenant à part

89 Esquirol 1838, t. 1, 528.

90 Sur la différence entre le signe et le symptôme, et l'expertise exigée du médecin pour identifier ce premier, voir Landré-Beauvais 1809, 3-4 ; Double 1811, lvi ; mais aussi Fernel [1554] 1655, 104. Voir Emch-Dériaz 1992, 3-15 ; Ackerknecht 1978, 224-229.

91 Lisle 1856, 114.

92 Lafon 1846 (Prix Civrieux, no 1), 1.

93 Marchand 1848 (Prix Civrieux, no 3), 145.

94 Tissot, C.J. 1846 (Prix Civrieux, no 5), 97.

95 Tissot, C.J. 1840, v.

96 Tissot, C.J. 1840, 3. Voir également Hélie 1838, 31 ; Ebrard 1870, 17.

le suicide produit par l'égaré des passions, Lisle, quant à lui, considère ce phénomène comme « un fait social »⁹⁷. « *Le suicide*, affirme-t-il, *n'est pas lui-même une maladie, mais bien un simple fait, un accident résultant d'une foule de causes très diverses.* »⁹⁸

Vers la chronicité du suicide

La conception du suicide comme objet médical se développe sur le modèle d'autres psychopathologies, avec lesquelles les aliénistes ne manquent pas d'établir des rapports étroits. La « marche » ou le développement du suicide, mais aussi sa sémio-logie et son étiologie ont été conçues sur la base d'observations, de statistiques, et de théories médicales des maladies mentales. Malgré la prise de position d'Esquirol sur le statut du suicide, les nombreux traités médicaux qui lui succèdent l'analysent avec la même profondeur qu'une véritable maladie mentale. Aborder le suicide comme un phénomène pathologique amène les aliénistes à penser sa temporalité spécifique et donc son statut d'acte. Remarquons tout d'abord qu'à la différence de la pluralité des termes qui existent aujourd'hui pour désigner chaque étape du suicide (*idéation suicidaire, tentative de suicide, suicide accompli*) et le statut de l'individu (*suicidaire, suicidant, suicidé*), au cours du 19^e siècle, le terme de « suicide » comporte en lui seul toutes ces différences et ces nuances. Bien que certains aliénistes utilisent l'expression « tentative de suicide » dans leurs études, cet usage est loin d'être systématique et n'est pas toujours opposé au terme général de « suicide ».

Dans son étude sur la suicidalité et la mélancolie dans le contexte anglais du 19^e siècle, Åsa Jansson remarque un usage distinct entre les concepts de « suicide », « suicidaire » et « tentative » de suicide dans les études psychiatriques anglaises⁹⁹. Or, une réponse purement terminologique ne suffit pas. Le comportement suicidaire et l'acte du suicide non seulement partagent la même désignation, mais de plus ils se confondent. Il y va, dans

97 Lisle 1848 (Prix Civrieux, no 10), 276.

98 Lisle 1848, 277, en italique dans le texte.

99 Jansson 2013, 718. Voir également Jansson 2021.

ce paradoxe, d'une double conception médicale du suicide. Il s'agit à la fois d'un processus et d'un instant, d'un comportement pathologique et d'un acte ponctuel, mais aussi d'un phénomène qui peut être tantôt chronique tantôt aigu.

Comme Georges Lantéri-Laura le montre, les aliénistes de la première moitié du 19^e siècle s'intéressent à « l'évolution de la maladie, non pour y séparer l'aigu du chronique, mais pour y remarquer combien un syndrome peut être suivi par un autre chez le même malade »¹⁰⁰. Ainsi, « la chronicité même n'y figure pas comme une dimension cardinale de la pathologie mentale »¹⁰¹. Chez les premiers aliénistes comme Pinel et Esquirol, « l'opposition de l'acuité à la chronicité n'intervient jamais comme une coupure significative »¹⁰². En effet, les termes de « chronique » et d'« aigu » sont généralement insignifiants dans la nosographie d'Esquirol et les cinq genres de folie qu'il identifie (lypémanie, monomanie, manie, démence, imbécillité ou idiotie). Ils ne jouent pas un rôle décisif non plus dans sa classification des monomanies et de leurs variétés¹⁰³. Ce n'est qu'au dernier tiers du 19^e siècle que la notion de chronicité devient un critère intégral de la psychopathologie, avec Magnan et la notion de délire chronique, qui repose sur les travaux de Lasègue, Falret, Morel et Foville¹⁰⁴. Lantéri-Laura attribue ce tournant théorique, en partie, au rejet de la notion de monomanie par ce groupe d'aliénistes du milieu du siècle, qui déplacent leur intérêt de la « thématique » des différents types de monomanie aux étapes ou périodes qui constituent une maladie mentale, notamment la notion de dégénérescence mentale selon Morel¹⁰⁵.

La distinction entre l'aigu et le chronique ne devient « un moyen essentiel » pour différencier les genres de maladies mentales que vers la fin du siècle. Cependant, cela ne signifie pas que ce critère n'a pas joué un rôle dans la conceptualisation différentielle du suicide. Comme on l'a vu plus haut, plusieurs

100 Lantéri-Laura 1972, 554.

101 Lantéri-Laura 1972, 553.

102 Lantéri-Laura 1972, 553.

103 Lantéri-Laura 1972, 553.

104 Lantéri-Laura 1972, 555.

105 Lantéri-Laura 1972, 556. Voir Morel 1857.

aliénistes, notamment Esquirol (1821), Falret (1822), Cazauvieilh (1840) et Ebrard (1870), basent leurs classifications du suicide sur la distinction entre l'acuité et la chronicité de cet acte. En ce sens, la classification médicale du suicide reconnaît deux processus bien différents, par lesquels ce phénomène progresse. Selon Esquirol, « le délire aigu, provoqué par des passions est passager. Le suicide qu'il provoque s'exécute promptement ; s'il n'est point consommé, ordinairement il ne se renouvelle point. »¹⁰⁶ Quant à la nature de la passion elle-même dans le suicide aigu, Esquirol la décrit comme une « passion sociale instantanée »¹⁰⁷, généralement présente chez les maniaques et les monomaniaques¹⁰⁸, et qu'il oppose aux passions primitives, issues des besoins de reproduction et de conservation, chez les lypémaniaques, ou les mélancoliques¹⁰⁹. Par ailleurs, en parcourant divers manuels de psychiatrie des années 1950 et 1960 pour son étude sur la chronicité, Lantéri-Laura remarque que les maladies chroniques sont cinq à 14 fois plus nombreuses que les maladies aiguës¹¹⁰. Ce qui confirme pour lui le parti pris de la communauté psychiatrique sur la spécificité généralement chronique des maladies mentales. Les six exemples de suicide aigu, cités par Esquirol, illustrent des cas de passions « sociales », dues à la perte de l'honneur ou de la fortune. À la suite d'Esquirol, Falret, Cazauvieilh et Ebrard portent peu d'attention au suicide aigu, dont ils jugent la marche trop fulgurante et les passions trop nombreuses pour systématiser une approche thérapeutique. Dans ces cas, « le médecin n'est appelé que pour en constater les terribles effets »¹¹¹. L'expertise médico-légale des suicides aigus contraste nettement avec la valeur épistémologique et thérapeutique de l'observation continue et suivie des suicides chroniques. Selon Ebrard, c'est la « marche lente » du suicide chronique qui permet au médecin d'en « suivre les caractères et [d'] en arrêter les progrès »¹¹². Elle lui permet aussi d'en constater les symptômes et la progression, de

106 Esquirol 1838, t. 1, 533.

107 Esquirol 1838, t. 1, 533.

108 Esquirol 1838, t. 1, 14.

109 Esquirol 1805, 14.

110 Lantéri-Laura 1972, 550.

111 Ebrard 1870, 111.

112 Ebrard 1870, 111.

le considérer en lien avec d'autres manifestations pathologiques et d'en estimer le rapport de causalité.

Entre le suicide aigu et le suicide chronique, il est important de remarquer que la distinction porte non seulement sur la progression du phénomène, sur les types de passions et le genre d'aliénation mentale dont souffre l'individu suicidaire, mais aussi sur le caractère et le tempérament de l'individu lui-même. La rapidité ou la lenteur de ce phénomène dépend de la disposition et du tempérament de l'individu, qui, eux, déterminent l'effet que les passions auront sur lui. Ainsi, à la différence des « sujets affaiblis ou d'un tempérament lymphatique »¹¹³, qui sont portés au suicide chronique, les « hommes forts, d'un tempérament sanguin, d'une grande susceptibilité, d'un caractère irascible »¹¹⁴, sont eux portés au suicide aigu.

La distinction entre le suicide aigu et le suicide chronique porte encore sur la facilité de les constater et de les identifier. Dans son traité de 1870, Ebrard oppose, lui aussi, l'immédiateté du suicide aigu, provenant de quelque passion délirante, à la lente progression du suicide chronique. Cependant, il ajoute deux précisions. Premièrement, le suicide chronique est beaucoup plus fréquent et constitue donc un risque plus important pour la population. Deuxièmement, et c'est le point qui m'intéresse tout particulièrement, il « pass[e] inaperç[u] aux regards du commun des hommes »¹¹⁵. Ce n'est donc qu'au savoir médical qu'il revient de l'identifier, afin de le traiter et de le prévenir. Dans le cas du suicide aigu, les aliénistes constatent qu'il y a peu de choses à faire du point de vue thérapeutique. On peut noter quelques facteurs médico-légaux qui toucheraient surtout les actes juridiques et testamentaires entrepris par le suicidé peu avant sa mort.

Pour comprendre l'évolution des théories psychopathologiques du suicide au 19^e siècle, il faut considérer deux questions distinctes mais qui s'articulent l'une à l'autre. La première concerne l'importance de la monomanie comme entité nosographique, élaborée par Esquirol et popularisée par ses élèves

113 Esquirol 1838, t. 1, 536.

114 Esquirol 1838, t. 1, 533.

115 Ebrard 1870, 113.

entre les années 1810 et 1850. La monomanie permet de repenser et de redéfinir certains actes ou comportements, comme le suicide justement, en termes de psychopathologie. Durant la première moitié du siècle, et jusqu'aux premières contestations de la pathologie systématique du suicide à la fin des années 1840, la majorité des cas de suicide, aigus ou chroniques, est attribuée à la monomanie ou à la lypémanie. La deuxième question porte sur les théories qui cherchent à établir le rapport entre le suicide et la folie. De nombreuses études historiques ont montré que la pathologisation du suicide et son rapport à la folie avaient commencé bien avant la dépénalisation de cet acte¹¹⁶. Il y a cependant une grande différence avant et après la dépénalisation officielle. Dès lors que le suicide est dépénalisé et est investi par le savoir médical, il ne suffit plus d'en faire un acte ou un accident de la folie, mais il faut le considérer dans sa durée, dans son processus et donc dans sa chronicité. En d'autres termes, il s'agit, pour les aliénistes, de démontrer par leurs observations en quoi le suicide constitue un état ou un comportement qui précède le passage à l'acte. Ils tentent d'identifier le moment et le genre de coïncidences entre ces deux phénomènes. Même dans le cas du suicide aigu, on constate une tentative de déceler un processus dans le passage à l'acte. C'est ainsi qu'entre les deux éditions de son article sur le suicide, en 1821 puis en 1838, Esquirol décrit le moment du suicide aigu non plus en termes d'instantanéité, mais de promptitude. Le changement est minime en apparence, mais fondamental dans la conception de tout suicide comme processus. En effet, on constate dans les traités médicaux que le suicide aigu du maniaque se chronicise progressivement ; cependant, face à lui, l'aliéniste dispose de peu d'outils diagnostiques et thérapeutiques.

Cette reconceptualisation du suicide est possible justement par l'établissement du rapport étroit de causalité entre le suicide et la folie. Comme on le verra, une seule cause distingue le suicide de l'aliénation mentale, et c'est l'aliénation mentale elle-même. Ainsi, le suicide est conçu tantôt comme le début

116 Voir Minois 1995 ; Godineau 2012 ; pour le contexte allemand, voir Lederer 2006, 242-282 ; pour l'Angleterre, voir MacDonald/Murphy 1990 ; MacDonald 1997, 85-103 ; pour le contexte américain, voir Kushner 1991.

de la folie, tantôt comme son dernier terme, ce qui s'exprimera au 20^e siècle, selon Lantéri-Laura, par l'opposition entre « forme de début » et « complication »¹¹⁷.

Reposons à nouveau quelques questions. Tout d'abord, si le suicide chronique n'est pas défini comme l'acte de se donner la mort, perceptible par tout le monde, alors de quoi s'agit-il ? À quel moment le suicide chronique commence-t-il ? Y a-t-il suicide chronique si l'acte final de se donner la mort n'a pas eu lieu ? Enfin, dans un tel cas, comment peut-on distinguer le suicide chronique de l'aliénation mentale dont il est le symptôme ? Le début du suicide chronique est souvent corrélé à la manifestation de l'aliénation mentale, et tout particulièrement à la mélancolie, et c'est cette co-temporalité qui permet de développer la notion de chronicité dans le cas du suicide. Ainsi, selon Falret, les « infortunés » qui finissent par se tuer « présentent fréquemment, et pendant un temps plus ou moins long, à l'observateur attentif tous les symptômes de la mélancolie la plus prononcée »¹¹⁸, même si le passage à l'acte, ou l'« exécution de leur sinistre projet succède de plus ordinairement à l'orage des passions »¹¹⁹. Autrement dit, le « penchant au suicide » est souvent « le dernier terme de la mélancolie »¹²⁰, *l'acte qui met fin à l'aliénation mentale en mettant fin à la vie*. Or, si pour Falret le suicide est le « dernier terme » de la mélancolie, il est également « le premier acte d'une folie qui persiste après une ou plusieurs tentatives infructueuses, et se montre malheureusement trop souvent rebelle à toutes les ressources réunies de la médecine et de la philosophie »¹²¹. En 1840, Cazauvieilh partage ce point de vue, en affirmant que l'absence d'autres symptômes de la folie revient au fait que ces individus suicidaires n'ont pas été suffisamment surveillés et « ils se sont donné la mort avant d'arriver au dernier degré de cette maladie »¹²². Citons encore Claude-Étienne Bourdin qui, en 1845, conclut que le suicide est « souvent le premier acte de délire

117 Lantéri-Laura 1983, 350.

118 Falret 1822, 137.

119 Falret 1822, 137-138.

120 Falret 1822, 139. Ebrard (1870, 110-111), quant à lui, parle du « dernier degré » de la mélancolie.

121 Falret 1822, 138.

122 Cazauvieilh 1840, 151.

d'une monomanie naissante »¹²³. Le suicide constitue la première manifestation mais aussi l'aboutissement de la mélancolie, lequel est expliqué par Falret comme une « défectuosité » de l'instinct de la conservation, « un état contre nature »¹²⁴. Deux ans plus tôt, Georget exprime le même avis lorsqu'il écrit : « L'homme bien portant, qui par une cause morale cherche à s'ôter la vie, commet très souvent le premier acte du délire ; c'est un moment de désespoir pendant lequel les facultés intellectuelles se sont exaltées, altérées d'une manière quelconque. »¹²⁵ Les effets progressifs de la mélancolie, d'un côté, et les causes prédisposantes comme l'hérédité et la perversion de l'instinct de la conservation, de l'autre, permettent de concevoir le suicide en termes de processus graduel et chronique. Ces deux explications étiologiques offrent un cadre de compréhension pour les nombreux suicides avec « motifs futiles » ou « motifs faux »¹²⁶. Écrivant en 1859, Brierre de Boismont reconnaît la valeur faible des motifs, ou des raisons, dans l'étude médicale du suicide, car « tout est relatif : le monde du chiffonnier, de l'artisan, n'est pas celui de l'écrivain, de l'homme d'État ; un mot, une idée qui entraîneront l'un passeront inaperçus chez l'autre »¹²⁷. Ainsi, du point de vue de l'aliéniste, les motifs sont trop subjectifs et donc peu fiables pour estimer la rationalité d'un individu.

Cette opinion est déjà énoncée en 1846 dans un article de l'aliéniste Jacques-Joseph Moreau de Tours, interne à la Maison royale de Charenton sous Esquirol dès 1826, et qui a soutenu une thèse en médecine en 1830 sur la monomanie¹²⁸. L'enjeu de cet article est de savoir si le suicide doit toujours être considéré

123 Bourdin 1845, 8.

124 Bourdin 1845, 8.

125 Georget 1823, 113.

126 J'emprunte ces expressions à Brierre de Boismont 1859, 144. Il propose quelques exemples de « motifs futiles » : « Une jeune fille se tue parce qu'elle a oublié de broder une rose sur une bretelle. Une autre se pend parce qu'elle craint que l'absence de cils ne l'empêche de trouver un protecteur. Un garde municipal, auquel son brigadier n'avait pas permis de descendre de cheval pour satisfaire un besoin, rentre à la caserne exaspéré et dit à ses camarades : « Est-ce que je serai toujours soldat ? » Quelques minutes après, on entend une détonation : il venait de se faire sauter la cervelle » (Brierre de Boismont 1859, 144.).

127 Brierre de Boismont 1859, 144.

128 Moreau de Tours, J.-J. 1830.

comme le résultat de l'aliénation mentale, « soit durable, soit passagère »¹²⁹. Il répond par l'affirmative et procède à l'identification du moment auquel l'individu perd la raison :

Il ne s'agit pas, en effet, de savoir si tels ou tels qui se sont tués avaient ou non des raisons *plus ou moins légitimes* pour le faire ; il s'agit de savoir si, au moment où l'acte a été accompli, l'individu jouissait encore de sa pleine liberté morale, de son libre arbitre, c'est-à-dire s'il était encore et toujours libre de n'exécuter pas comme d'exécuter l'acte qui avait fait antérieurement l'objet de ses réflexions. Ne prenons pas le change : ce ne sont pas les motifs de l'acte qui sont en cause, c'est l'acte même ou plutôt l'impulsion immédiate qui l'a déterminé ; et dès lors il s'agit de savoir si cette impulsion n'a pas pris sa source dans de telles conditions psychiques qu'elle fût *irrésistible*¹³⁰.

Pour Moreau de Tours, savoir si l'individu suicidaire était fou au moment du passage à l'acte ne revient donc pas à juger la légitimité des raisons qui ont pu le motiver, mais à évaluer l'état de sa volonté et de sa liberté morale. Cependant, l'explication que Moreau de Tours donne pour ce désintérêt envers les motifs est très différente de celle que Brierre de Boismont proposera une décennie plus tard. Pour l'un comme pour l'autre, la légitimité des motifs ne suffit pas pour estimer l'état psychique du suicidaire. Brierre de Boismont propose une explication « sociologique » de ces motifs, qui se réfère à la division des classes et à l'influence de la civilisation sur la folie et le suicide. Admettre que certains motifs légitiment le suicide reviendrait à légitimer certains cas de suicide. Bien que le suicide ne soit pas toujours considéré comme un acte de folie selon Brierre de Boismont, il réprovoque ces cas non pathologiques en termes de morale et d'hygiène publique. Pour Moreau de Tours, en revanche, il n'est pas question de démontrer que l'individu a été atteint depuis longtemps d'aliénation mentale. Il s'agit plutôt d'estimer si les « conditions psychiques » rendent possible ou non la résistance

129 Moreau de Tours, J.-J. 1846, 287.

130 Moreau de Tours, J.-J. 1846, 287.

à l'impulsion de passer à l'acte. Or, une fois l'acte accompli, comment peut-on prouver qu'il fut incontournable ? Comment évaluer les conditions psychiques d'un mort au moment même, ou peu avant, son passage à l'acte ? Pour Moreau de Tours, le projet de se suicider et les raisons qui le motivent n'excluent pas la rationalité de l'individu. Comme il l'explique : « Il est de fait qu'un individu aura pu, pendant plus ou moins de temps, conserver au-dedans de lui-même l'idée du suicide, y réfléchir, mûrir son projet, en peser le pour et le contre, sans que ses facultés morales aient reçu la moindre atteinte. »¹³¹

La folie, cependant, intervient au moment du passage à l'acte, à l'instant même où l'individu ne résiste plus à l'accomplissement de son projet et donc à cette impulsion de se donner la mort. « [C]e n'est qu'au moment même, ou peu d'instant avant d'accomplir son projet, que le mal se sera déclaré, l'aura arraché violemment et brusquement à son libre arbitre. »¹³² Les motifs ne jouent pas un rôle déterminant pour Moreau de Tours, parce qu'il sépare radicalement le projet, le raisonnement et les préparatifs – qui n'excluent pas la raison – du passage à l'acte, qui à lui seul porte la preuve d'un dérangement psychique. En d'autres termes, le passage à l'acte confirme lui-même et à lui seul l'existence de l'aliénation mentale, car il repose sur le postulat selon lequel la liberté morale exclut l'impuissance devant l'impulsion de se suicider. Cette posture est donc d'abord et avant tout morale et s'inscrit dans les théories sur l'hérédité qui se développent tout particulièrement entre les années 1840 et 1860, dont l'aboutissement se retrouve dans la théorie de la dégénérescence de *Bénédict-Augustin Morel* (1809-1873)¹³³. Comme pour Morel, l'hérédité des pathologies mentales tiendra une place importante dans le travail de Moreau de Tours, une position qu'il développera dans un ouvrage publié en 1859¹³⁴. S'il n'y a folie qu'« au moment même ou peu d'instant avant » de passer à l'acte, il y a donc identité entre la folie et le suicide comme acte. Or, dans ce cas, la folie n'est plus conçue dans sa

131 Moreau de Tours 1846, 288.

132 Moreau de Tours 1846, 288.

133 Sur la dégénérescence, voir Morel 1857 ; 1859 ; 1860a.

134 Coffin 1994, 71. Voir Moreau de Tours 1859 ; ainsi que Moreau de Tours 1852.

marche ou son processus pathologique, car elle est réduite au seul instant de se donner la mort. Mais alors comment réconcilier la folie comme maladie, que l'on peut observer, identifier, suivre, éventuellement guérir, et la folie comme instant, qui se termine au moment même de son apparition et qui vient donc toujours trop tard pour faire l'objet d'une observation clinique ?

Bien que le suicide semble être ramené de nouveau à l'instant du passage à l'acte, et donc à un phénomène aigu, l'hérédité comme cause offre une explication biologique qui, elle, peut s'étendre sur une longue durée. En ce sens, le passage à l'acte accompli dans la perte de la liberté morale constitue l'aboutissement d'un long processus d'affaiblissement des facultés physiques, ou organiques. Selon Moreau de Tours et Morel, ce n'est pas une maladie précise qui se transmet, mais l'état morbide de l'organisme qui, lui, favorise le développement des maladies mentales. Plus précisément, la prédisposition héréditaire rend l'individu susceptible devant les causes morales et environnementales dont l'enchaînement finit par déclencher la maladie mentale. Dans sa systématisation du rôle de l'hérédité sur le développement des maladies mentales, Morel se démarque des conceptions précédentes, et dépasse la seule transmission¹³⁵. Comme il l'explique, « nous comprenons sous le mot hérédité la transmission des dispositions organiques des parents aux enfants »¹³⁶. Dans sa théorie de la dégénérescence, Morel articule ainsi la prédisposition héréditaire et les causes morales et environnementales, comme l'influence de l'« éducation, l'attitude morale des parents, les conditions naturelles dans lesquelles se trouvent les individus », une vision qui provient parfaitement des « doctrines sur les rapports entre le physique et le moral », développées au tournant du siècle par *Cabanis*¹³⁷. Elle provient également d'une vision hygiéniste d'une « médecine sociale », imprégnée de valeurs chrétiennes¹³⁸, qui répondrait à un ensemble de « conduites pathologiques telles que la folie, le suicide, l'alcoolisme » et à « la

135 Coffin 1994, 72.

136 Morel 1857, 565, cité par Coffin 1994, 72.

137 Coffin 1994, 72. Voir *Cabanis* 1802.

138 Sur ce projet de médecine sociale, développé par Morel à partir des années 1840, et la forte influence des valeurs chrétiennes à cette même époque, voir *Carbonel* 2010. Voir également *Carbonel* 2009a, 255-267.

hausse des crimes » et de la délinquance¹³⁹. Depuis cette optique sociale de la médecine mentale, la théorie de dégénérescence érige un programme préventif et « prophylactique », qui se donne pour objectif de protéger la société des « dégénérés » et des anormaux, tant dans son état présent que dans les influences néfastes pour son avenir¹⁴⁰. Ce projet de médecine sociale et la théorie de la dégénérescence s'articulent parfaitement avec les débats sur la pathologie du suicide dans les années 1840 et 1850. Ami proche de Morel, tout comme lui rouennais et catholique pratiquant, Brierre de Boismont a participé activement à ces débats et oppose la folie-suicide au suicide « non pathologique ». Inscrivant ce deuxième groupe dans un cadre fortement déterminé par la morale chrétienne, il porte son attention tout particulièrement sur les causes sociales, notamment l'influence de la civilisation et des pratiques religieuses.

L'instantanéité du passage à l'acte suicidaire, telle qu'elle a été présentée par Moreau de Tours, s'inscrit dans une conception de la folie vue de plus en plus comme chronique au cours du siècle¹⁴¹, et dont le suicide marque la dernière phase. Par la théorie de la dégénérescence, le rôle de l'hérédité dans le développement de la folie et des comportements déviants qui en découlent prend une place de plus en plus importante dans les travaux médicaux et psychiatriques de la seconde moitié du 19^e siècle¹⁴². Citons, par exemple, L.-Jacques-élie Mesnier, médecin au Val-de-Grâce, qui publie en 1881 un traité sur le suicide dans l'armée :

Pour bien comprendre la genèse du suicide, il ne faut pas s'attacher à une cause exclusive, mais à des groupes de causes. [...] Le plus souvent, en effet, le suicide n'est pas amené brusquement, il est préparé de longue main par une élaboration successive d'influences qui remontent quelquefois à plusieurs générations ; ces influences elles-mêmes sont empruntées aux éléments constitutifs de l'homme ou au milieu environnant ; *enfin le suicide est surtout entretenu et activé par les éléments morbides qui, s'ajoutant*

139 Coffin 2003, 22.

140 Carbonel 2009a, 251-343 ; voir également Coffin 2007, 175.

141 Coffin 2003, 253. Voir également Coffin 2007, 180-181.

142 Coffin 2007, 171.

*les uns aux autres, n'attendent plus qu'une dernière impulsion pour produire la catastrophe*¹⁴³.

On peut relever plusieurs éléments dans cette description. Tout d'abord, Mesnier confirme ce que la plupart des aliénistes avant lui avaient déjà constaté, que les causes du suicide sont complexes et multiples, et qu'elles s'accumulent et s'influencent jusqu'au passage à l'acte. Parler de la « genèse du suicide » confirme plus que jamais qu'il s'agit non seulement d'un acte, mais aussi et surtout d'un processus, qui comporte un début, un déroulement et une fin. Le suicide est « entretenu et activé par les éléments morbides », qui s'accumulent au cours de la vie. Bien que le suicide ne soit plus réduit au passage à l'acte, les cas décrits par Mesnier lui-même, et par d'autres aliénistes, aboutissent toujours à une tentative ou à un suicide accompli. Or, que veut dire « suicide », dès lors que son passage à l'acte n'est plus déterminant pour en définir le concept ? Et comment comprendre le suicide à partir d'un pur processus ? Peut-on vraiment séparer, dans ce cas, acte et processus ? Et ce, d'autant plus, qu'en étudiant attentivement les traités médicaux, on constate que le suicide, considéré dans son processus, ressemble aux maladies mentales qui le produisent.

Selon Mesnier, le suicide peut traverser toute une vie avant que l'individu ne passe à l'acte. Plus encore, les causes et les influences qui amènent l'individu à se suicider peuvent même agir depuis des générations. Qu'elles soient de nature « constitutive » ou sociale, ces causes héréditaires agissent malgré la volonté de l'individu. La dernière partie de la phrase citée, selon moi, est particulièrement significative, car Mesnier conçoit le suicide à la fois comme un phénomène « entretenu » sur une durée, et comme une « catastrophe » qui met fin à ce processus morbide. L'action des causes, ou des « éléments morbides », augmente en puissance par leur accumulation et leur intensité, jusqu'à ce qu'il ne faille plus qu'un motif, que Brierre de Boismont nommerait « futile » ou « faux », ou une « dernière impulsion » qui opprime la volonté et pousse l'individu, malgré lui, à passer à l'acte. Le terme d'impulsion est déjà utilisé par Pinel, puis par Esquirol et son

143 Mesnier 1881, 81-82. Je souligne.

cercle pour parler de la monomanie instinctive. Dès les années 1860, on parlera d'impulsions comme autant de « [d]éterminations accidentelles à l'accomplissement de certains actes singuliers ou répréhensibles »¹⁴⁴, ou d'effets d'une « force intérieure qui pousse l'individu à accomplir un acte »¹⁴⁵. Ainsi, le suicide est conçu moins comme l'acte de se mettre à mort, que comme la longue préparation d'une foule d'influences qui « remontent quelquefois à plusieurs générations », et qui s'accumulent au cours de la vie. Cette conception du suicide chronique provient d'une évolution de théories médicales qui cherchent à établir et à expliquer le rapport entre le suicide et la folie. Ce rapport est produit par le double sens du concept de suicide – à la fois comme un processus chronique et comme un passage à l'acte, entre un état pathologique et un acte maladif.

Le suicide et les genres de folie

À partir du moment où le suicide est rapporté étroitement à l'aliénation mentale, les aliénistes cherchent à déterminer les genres de maladies mentales qui sont les plus susceptibles de le produire. Selon Esquirol, on l'a vu, ce n'est pas le suicide qu'il faut traiter, puisqu'il s'agit d'un symptôme, mais le genre d'aliénation mentale qui en est la cause. La prévention du suicide dépendra désormais de la capacité de l'aliéniste à identifier les genres de folie les plus suicidogènes. En 1822, Falret affirme :

[L]e penchant au suicide ne doit pas être seulement considéré comme une variété ou une complication de la mélancolie ; des observations nombreuses que j'ai recueillies, soit à la Salpêtrière, soit dans le bel établissement de M. Esquirol, m'autorisent à admettre cette fâcheuse complication dans la manie, l'hypochondrie [*sic*], et même la démence¹⁴⁶.

Trente ans plus tard, au moment où se développe le concept de dégénérescence, Brierre de Boismont associe le suicide à des

144 Anonyme, « Impulsion », 1865, 273.

145 Anonyme, « Impulsion », 1885, 805.

146 Falret 1822, 149.

pathologies comme la « folie des ivrognes », la folie puerpérale¹⁴⁷ et l'érotomanie. Les différents diagnostics auxquels cet acte est rapporté dépendent du processus ou de la « marche », du degré de réflexion, du raisonnement et du rôle de la volonté dans le passage à l'acte. Ils permettent d'englober le suicide dans sa diversité. À chaque genre de folie son suicide, dont la forme dédouble sa cause pathologique jusqu'à s'y confondre. En parcourant les innombrables traités, thèses et articles consacrés à l'étude du suicide, on constate que les aliénistes abordent cet objet comme ils aborderaient la folie, ou une de ses variétés spécifiques. Comme Brierre de Boismont le montre, certaines maladies mentales et la « folie-suicide » partagent souvent les mêmes symptômes et les mêmes causes¹⁴⁸.

La complexité propre au suicide n'est pas sans lien avec les approches médicales sur la folie. Lantéri-Laura souligne l'important changement de paradigme en psychiatrie au milieu du 19^e siècle, de l'*aliénation mentale* aux *maladies mentales*. C'est à Falret, et à ses disciples, qu'il attribue ce changement de posture sur la folie¹⁴⁹. Le suicide, lui aussi, devient un objet pluriel, que les aliénistes commencent très vite – dès les années 1820, avec Esquirol et Falret – à aborder dans sa complexité clinique. Durant les premières décennies du siècle, les traités médicaux et les articles de revues spécialisées attribuent le suicide surtout à la mélancolie, à la monomanie, et dans certains cas à la manie. Dans la pratique asilaire, en revanche, la conception unitaire de l'*aliénation mentale* domine en ce sens que, durant la première moitié du siècle, les registres d'observations des hôpitaux psychiatriques précisent rarement les genres spécifiques de folie lors de l'admission et du suivi d'un aliéné suicidaire. Dans les registres d'observations de Bicêtre du début du siècle, la mention du suicide est plus sporadique que ce que l'on peut constater à partir des années 1840. De plus, lorsqu'un patient

147 Brierre de Boismont 1856, 451-452. Sur le rapport entre le suicide et la folie puerpérale, voir York 2009, 77-82. Sur la folie puerpérale, voir Arena 2020.

148 Brierre de Boismont 1865, 342-343. Voir également Tissot 1846 (Prix Civricieux, no 6), 54.

149 Falret [1863] 1864, xxx-xxxi ; Lantéri-Laura 1991, 74. Voir Trichet 2010 et 2011 ; Lantéri-Laura 2000, 62-65.

se donne la mort pendant son hospitalisation, la mention du suicide est rarement explicite, mais se laisse cependant deviner par la description du décès¹⁵⁰.

Identifier la cause psychopathologique du suicide revient à déterminer la marche propre à chacun de ces genres de folie, et donc à identifier les types de suicides. La mélancolie, la monomanie, la manie, la démence et plus tard la dégénérescence ne se développent pas de la même manière, et le suicide est produit par ces genres de folie selon différents processus. Sur la base de ces distinctions, les aliénistes parviennent à élaborer des mesures thérapeutiques et préventives propres à chacun de ces genres de maladies mentales qui ont déterminé la suicidalité de l'individu¹⁵¹.

En établissant un rapport étroit entre folie et suicide, l'acte de se tuer devient partie intégrante du processus pathologique, ce qui permet aux aliénistes de se servir de l'un pour prouver l'existence ou le risque de l'autre. Dans son traité *De la folie* de 1820, Georget, élève d'Esquirol, conçoit déjà le suicide comme la première manifestation et la preuve de la folie : « L'homme bien portant, qui par une cause morale cherche à s'ôter la vie, commet très souvent le premier acte du délire ; c'est un moment de désespoir pendant lequel les facultés intellectuelles se sont exaltées, altérées d'une manière quelconque. »¹⁵² Le désir de la mort est ici incompatible avec la raison et un psychisme sain, et le suicide résulte presque toujours de la folie ou du dérangement de l'esprit¹⁵³. Pour Georget, comme pour beaucoup d'aliénistes du début du 19^e siècle, le désir de la mort et le passage à l'acte suicidaire s'opposent non seulement à une réflexion et une préméditation rationnelles, mais aussi à l'instinct de conservation. Cet instinct permet aux aliénistes de postuler, sans preuves physiologiques concrètes, que le suicide est un acte « contre nature ». Les aliénistes des années 1840 et 1850, comme Lisle et Briere de Boismont, affirment qu'il existe des cas de suicide non pathologique. Ils repensent l'instinct de conservation non

150 Registres d'observations de Bicêtre, Q(1774-1830), 6 R 1 (5^e division, 1^{ère} section, Félix Voisin) et 6 R 2 (5^e division, 2^e section, 1818-1853, Jacques-Joseph Moreau de Tours), Fonds des AP-HP. Voir Haustgen 2013.

151 Voir Esquirol 1838, t. 1, 655.

152 Georget 1820, 113.

153 Georget 1820, 112-113.

plus en termes absolus, mais en termes de degrés qui dépendent du caractère et des prédispositions de l'individu. C'est ainsi que Briere de Boismont ouvre son chapitre sur la folie-suicide¹⁵⁴.

Non seulement le suicide sert de preuve ou de « garant » de la maladie mentale, mais certains diagnostics psychiatriques permettent de prédire la potentialité du passage à l'acte. C'est justement ce que montre Åsa Jansson dans son étude sur la mélancolie et le suicide dans le contexte de la psychiatrie victorienne. Dès lors que la suicidalité est identifiée comme un des symptômes les plus récurrents dans certains genres de folie, le risque de suicide peut être « inféré » par le simple diagnostic d'une maladie mentale la plus apte à le produire¹⁵⁵.

Bien que tout genre de folie puisse mener au suicide, les aliénistes concentrent leurs études sur la mélancolie, ou la lypémanie, et la monomanie¹⁵⁶. Le rapport entre suicide et mélancolie existe de longue date. Dans son étude sur le suicide au Moyen-Âge, fondée sur 54 cas, Jean-Claude Schmitt en identifie 16 qui sont attribués à la folie, dont 14 à la « fureur » ou à la « frénésie » – qui correspondrait chez les aliénistes à la manie –, et deux cas à la mélancolie¹⁵⁷. Schmitt explique cette sous-représentation de la mélancolie par la tolérance plus grande à ce genre de folie, plus discret, qui dut passer sans diagnostic et donc exposer le suicidé aux sanctions pénales¹⁵⁸. Dans son étude sur le suicide en France au 18^e siècle, Dominique Godineau rejoint l'argument de Schmitt, en précisant le rôle important que le diagnostic de la folie a joué dans les procès des suicidés avant la dépenalisation de la mort volontaire. À partir d'une étude des procès-verbaux de suicides, elle démontre que le nombre de cas produit dans l'état de folie diminue considérablement après la Révolution et au moment de la dépenalisation du suicide¹⁵⁹. Au moment même où voit le jour cette perte d'intérêt juridique pour l'état psychique des suicidés, les médecins et les aliénistes commencent à relier plus étroitement le suicide à la folie.

154 Briere de Boismont 1865, 212-213.

155 Jansson 2013, 722. Voir également Anderson 1987, spéc. 382-383.

156 Georget 1820, 112-115.

157 Schmitt 1976, 7.

158 Schmitt 1976, 8.

159 Godineau 2012, 159-160.

Les médecins et les penseurs de l'époque moderne confirment, eux aussi, ce lien entre mélancolie et suicide, notamment les médecins anglais Peter Barrough au 16^e siècle et Thomas Sydenham au siècle suivant, et tout particulièrement l'écrivain anglais Robert Burton dans son célèbre ouvrage intitulé *Anatomy of melancholy*, publié en 1621¹⁶⁰. L'explication du suicide par la mélancolie permet, selon Georges Minois, un certain relâchement de la rigueur religieuse et pénale sur l'acte de se donner la mort, et donc d'ouvrir la possibilité de « désacralisation et de dépenalisation » progressives du suicide¹⁶¹. Minois remonte encore plus tôt, au deuxième millénaire avant J.-C. dans l'Égypte antique, en citant le texte, connu aujourd'hui sous le titre de *Le désillusionné et son ba*, où le narrateur raconte son désespoir et la délivrance de la souffrance qu'il attend de la mort¹⁶². Certains historiens et médecins contemporains considèrent cette histoire comme le premier cas de suicide, la première lettre de suicide, voire le premier cas psychotique. Il s'agit là, à mon sens, d'un anachronisme, d'une surinterprétation psychologique contemporaine, par laquelle nos critères, qui lient le désespoir et le suicide, sont appliqués au contexte de l'Égypte antique¹⁶³. Ce qui met en évidence le processus par lequel un « cas » historique ou mythique est déplacé, réutilisé et donc instrumentalisé dans de nouveaux contextes, avec leurs propres enjeux disciplinaires, scientifiques, politiques et sociaux. Absent du texte, le suicide est inscrit désormais dans cette histoire égyptienne par les interprètes du 19^e et du 20^e siècles. Et c'est justement cet acte de réinterprétation et d'appropriation, par une lecture psychologisante et moralisante, qui m'intéresse ici. De la mélancolie et ses notions voisines, comme le dégoût de la vie, le *tædium vitæ*, l'ennui de vivre, le *spleen*, la nostalgie, le vague des passions¹⁶⁴, jusqu'à la dépression selon la psychiatrie contemporaine, le

160 Minois 1995, 120-124.

161 Minois 1995, 124.

162 Minois 2003, 9-10. Il s'agit du *Papyrus Berlin 3024*, conservé à l'Ägyptisches Museum und Papyrussammlung de Berlin, aussi connu sous le titre de *Lebensmüde*, ou « celui qui est fatigué de la vie », et qui a sans doute été écrit entre 1862 et 1795 avant J.-C.

163 Ouellet 2004, spéc. 2-5 et 12.

164 Voir Rigoli 2018.

suicide demeure un risque permanent dans l'expérience de la souffrance. En ce sens, le suicide résulte de la tristesse ou du désespoir prolongé qui constituent la mélancolie, et s'oppose ainsi à la raison et au bonheur¹⁶⁵. En effet, le suicide et la mélancolie s'associent jusqu'à la terminologie médicale, comme on l'a vu, avec la *mélancolie-suicide* ou la *mélancolie avec penchant au suicide*. Le suicide devient donc à la fois le symptôme et une variété spécifique de la mélancolie. Cette conceptualisation du suicide en termes de maladie apparaît non seulement dans les études théoriques, mais aussi dans la pratique psychiatrique, comme on peut le constater dans les registres des hôpitaux psychiatriques de Bicêtre, de la Salpêtrière et de Charenton¹⁶⁶.

À la différence des autres psychopathologies rapportées au suicide, la mélancolie traverse les différents développements cliniques au cours de l'histoire – de l'Antiquité à la période contemporaine –, et elle a donné lieu à un grand nombre d'études critiques et historiques¹⁶⁷. Selon la théorie humorale de la médecine antique, la « mélancolie » est une maladie somatique et désigne, au sens littéral, la bile noire, ou l'atrabile – une des quatre humeurs –, dont la corruption pouvait produire un certain nombre de pathologies¹⁶⁸. Jackie Pigeaud note ici une ambiguïté conceptuelle car, dans ce contexte antique, la mélancolie, qui est le « nom de l'humeur bile-noire en grec, *melancholia*, va servir à désigner une maladie qui met en cause l'affectivité et le raisonnement »¹⁶⁹. Aussi physique qu'elle soit, la mélancolie implique, déjà chez Hippocrate, un état affectif. Pigeaud en fait le moment fondateur des réflexions médicales sur la mélancolie, en citant le 23^e aphorisme du *Livre VI des Aphorismes d'Hippocrate* : « Quand la crainte et la tristesse persistent longtemps, c'est un état mélancolique. »¹⁷⁰ Or, en impliquant l'état psychique ou

165 Ehrenberg 2000, 37-41.

166 Haustgen 2013, 76.

167 Voir, entre autres, Starobinski [1960] 2012 ; Pigeaud 1989 ; Pigeaud 2005 ; Swain 1994, 167-187. Voir également Jackson 1986 ; Pigeaud 1998 ; Minois 2003 ; Clair/Kopp 2007.

168 Starobinski 2012, 21-34. Voir aussi Pigeaud 1984, 503.

169 Pigeaud 1984, 501.

170 Pigeaud 1984, 502.

l'âme, elle déborde dans le champ des philosophes qui, eux, la désignent par l'expression de *tædium vitae*¹⁷¹. D'autres descriptions antiques de la mélancolie complexifient sa compréhension. Pour Arétée de Cappadoce, médecin du 1^{er} siècle après J.-C., il s'agit d'un « abattement (une tristesse – *athymie*) attaché à une seule représentation, sans fièvre »¹⁷². Comme Pigeaud le remarque, ces nouveaux aspects de la mélancolie se retrouvent encore au 18^e siècle chez Boissier de Sauvages, mais aussi chez Esquirol, qui en fera les éléments déterminants de la monomanie¹⁷³.

Vers la fin de la première moitié du 19^e siècle, la souffrance et la douleur morale deviennent prioritaires selon certains médecins, comme l'aliéniste belge Joseph Guislain dans les années 1830¹⁷⁴, par rapport au délire. En distinguant la mélancolie du délire, Guislain déplace cette maladie mentale du champ de l'intelligence, et donc de la raison et du jugement, à celui de la souffrance ou de l'affect¹⁷⁵. Bien que la présence ou non du délire joue un rôle fondamental dans les nosographies des premiers aliénistes, Gladys Swain montre que pour Pinel et pour Esquirol les formes de folie sans délire portent justement sur le suicide¹⁷⁶. Il s'agit pour Esquirol d'un type de suicidaires qui se distingue du type lypémaniaque et qui se rapproche de la conception moderne de la mélancolie. Selon Swain, la mort de ces suicidaires vient de la « suprême souffrance » du psychisme¹⁷⁷.

Le statut charnière de la mélancolie, selon Swain, est déterminant pour sa longue histoire, comme il l'est également pour le suicide. Elle explique la longévité de cette notion par

171 Pigeaud 1984, 502. Voir également Pigeaud 1989, 122-129 et 504.

172 Arétée de Cappadoce cité par Pigeaud 1984, 503.

173 Pigeaud (1989, 131-132) cite Rufus d'Éphèse, médecin du 1^{er} siècle après J.-C., : « Les signes de la mélancolie sont crainte, hésitation, pensée erronée à propos d'un seul objet ; dans ses autres comportements [le mélancolique] sera sain. »

174 « Primitivement, l'aliénation est un état de malaise, d'anxiété, de souffrance ; une douleur, mais une douleur morale, intellectuelle ou cérébrale comme on voudra l'entendre », Guislain 1835, 3, cité par Swain 1994a, 179. Voir également Postel 1981, 199. Sur la douleur morale, voir Lantéri-Laura 1996b.

175 Guislain cité par Swain 1994a, 179. Sur ce moment de reconceptualisation de la mélancolie en termes d'affect, voir ce même ouvrage de Swain, 178-182, ainsi que Rey 1993, spéc. le chapitre 5.

176 Swain 1994a, 179-182.

177 Swain 1994a, 181-182.

« l'impossibilité pour la psychiatrie d'accomplir son retranchement d'avec le monde commun »¹⁷⁸. À la frontière de la terminologie scientifique et du langage commun, la mélancolie permet à la psychiatrie de « garder une ouverture sur la conceptualité quotidienne »¹⁷⁹. Cette impossibilité de retranchement devient pour la psychiatrie, au cours du 19^e siècle, un lieu d'opportunité pour réinscrire le monde ordinaire dans son cadre d'expertise, et ainsi pour « s'approprier », selon le mot de Lantéri-Laura, un ensemble de comportements charnières, entre normalité, psychopathologie et criminalité. En effet, pour Swain, la mélancolie comme nom – et, j'ajouterais, comme objet –, se situe dans une « zone commune de sens, indiscutable, entre la mélancolie chère au poète, la mélancolie automnale des feuilles mortes et la mélancolie caractérisée par cet état d'abattement pathologique dont s'occupent les psychiatres »¹⁸⁰. En ce sens, le suicide et la mélancolie forment un couple parfait d'objets charnières, entre « le champ psychiatrique et le champ social »¹⁸¹.

Il est difficile d'aborder la forme mélancolique du suicide au tournant du 19^e siècle sans considérer cette « zone commune de sens ». Les premières théories médicales et psychiatriques côtoyaient et se développaient parallèlement aux représentations des mélancoliques suicidaires qui peuplaient la littérature romantique des écrivains comme Goethe, De Staël et Chateaubriand. On voit également une forte influence entre la mélancolie des poètes et la mélancolie des aliénistes, qui s'inspirent mutuellement, à la même époque, aux niveaux descriptif et conceptuel¹⁸². En proposant le nouveau terme et le nouveau concept de *lypémanie*¹⁸³, Esquirol tentera de libérer le concept médical de la mélancolie de ses anciennes connotations littéraires, de son rapport au génie, et du romantisme au tournant du siècle. Un néologisme que ses disciples remplaceront à nouveau, quelques décennies plus tard, par la mélancolie.

178 Swain 1994a, 168. Voir Klibansky, Panofsky/Saxl 1964, trad. fr. 1989 ; Ehrenberg 2000.

179 Swain 1994a, 168.

180 Swain 1994a, 167.

181 Swain 1994a, 168.

182 Voir Rigoli 2018.

183 Esquirol 1819b. Voir Gourevitch, M. 1978, 12-18 ; Goldstein 1997a, 209-264.

Dans son article de 1791, intitulé « Observations sur une espèce particulière de mélancolie qui conduit au suicide »¹⁸⁴, Pinel inscrit le suicide, pour la première fois, dans une classification médicale de la folie, qu'il conçoit comme une « variété de mélancolie ». Dans la section consacrée au « Traitement à suivre durant la première période de la Manie » de son *Traité médico-philosophique*, Pinel reproduit le cas de l'homme de lettres, dont le désir de la mort est dissipé par le choc d'un événement violent et inattendu. Pinel augmente la section consacrée à la « Variété de mélancolie qui conduit au suicide » de l'édition de 1809, en ajoutant d'autres observations encore, cette fois portant sur des femmes mélancoliques. Désespérée de sa pauvreté, une de ces mélancoliques se lance dans des pratiques religieuses, « prières, jeûnes, macérations », dans l'espoir de s'en sortir par le mariage¹⁸⁵. Après cinq jours de jeûne absolu, elle est amenée à la Salpêtrière, où elle est soumise au traitement, des douches, le travail, la convalescence. Dans de tels cas de « jeunes mélancoliques douées d'un tempérament ardent », Pinel note qu'une « seule voie leur est ouverte pour tout concilier, c'est l'espoir d'un mariage heureux ». Cependant, il affirme que l'échec d'un tel espoir amène le plus souvent à « un véritable état de mélancolie maniaque »¹⁸⁶. Il termine avec un autre cas de femme mélancolique, qui fut guérie par le traitement moral et surtout après ses « confidences » au directeur de l'asile. Ce qui a résulté en un déclin des symptômes et la disparition de ses illusions portant sur un amour déçu¹⁸⁷. Dans la partie de son traité consacrée à la mélancolie comme forme d'aliénation mentale, Pinel ne propose qu'une seule « variété » ou forme spécifique de cette maladie : le suicide. Le suicide est

184 Pinel 1791, 154-159 et 199-201, in Postel 1981, 198-205. Voir Giraud 2000, 430-433. Les observations des trois patients mélancoliques suicidaires, sans doute issus de sa pratique à la Maison de santé Belhomme, sont reproduits dans les deux éditions, de 1800 et de 1809 de son *Traité médico-philosophique*. Postel 1981, 198. Pinel travaille dès 1786 à la Maison de santé Belhomme, rue de Charonne, puis il est nommé médecin à Bicêtre en 1793 et est transféré à la Salpêtrière en 1795. Sur la pratique médicale de Pinel à Bicêtre et à la Salpêtrière, voir l'important ouvrage de Weiner 1999 ; ainsi que le « Prologue » de Garrabé et Weiner, in Pinel 1809, 7-60 ; Garrabé 1996. Voir aussi Swain 1977 ; Goldstein 1997a, 103-109.

185 Pinel [1809] 2005, 192.

186 Pinel [1809] 2005, 193.

187 Pinel [1809] 2005, 193.

décrit dans ses observations comme la finalité vers laquelle le mélancolique tend irrésistiblement, conduit par « les combats intérieurs » et « le dégoût de la vie »¹⁸⁸. Ce que Pierre Py et Jean Chevreux appelleront la « mélancolie suicidique »¹⁸⁹.

Alors qu'en 1821 Esquirol redéfinit le suicide comme un symptôme de l'aliénation mentale, il théorise pour la première fois une entité nosologique qu'il nomme la *monomanie*. Bien qu'il définisse le suicide non pas comme une maladie *sui generis* mais comme un symptôme de la folie, une ambiguïté conceptuelle persiste dans les écrits théoriques des aliénistes. En effet, ils continuent à le désigner à la fois comme symptôme et comme maladie. Cette ambiguïté tient, en grande partie, à l'influence importante de la monomanie durant la première moitié du 19^e siècle. S'il est vrai que le suicide a souvent été conçu comme complication ou comme symptôme de la mélancolie, la monomanie, quant à elle, permet de reconceptualiser cet acte en une sous-catégorie précise de cette nouvelle maladie mentale. Définie comme un délire partiel qui porte sur un seul objet, et qu'Esquirol compte parmi les cinq genres de folie, la monomanie contribue à inscrire certains actes, comme l'homicide, le suicide et le vol, dans le cadre médical. En ce sens, la monomanie est caractérisée par un objet précis, ou une série d'objets. Bien que les aliénistes construisent une théorie générale de la monomanie, les cas décrits dans ces études exemplifient les variétés de cette maladie, comme la monomanie homicide, la monomanie suicide, la démonomanie, l'érotomanie, etc. Chacune de ces variétés partage le même fond théorique, cependant on peut se demander s'il est possible de concevoir la monomanie sans l'objet auquel se rattache le délire. Autrement dit, c'est la sous-catégorie ou l'objet précis qui fait la monomanie. Ce qui permet à François Gout de soutenir, en 1832, une thèse de médecine intitulée *Essai sur la monomanie suicide*¹⁹⁰, à la Faculté de médecine de Paris. Les mêmes variétés de « mélancolie suicidique » sont ici réorganisées en espèces de « monomanie-suicide » : « 1^o. aigu ou spontané ; 2^o. intermittent ou chronique ; 3^o. héréditaire ; 4^o. Suicide homicidique

188 Pinel [1809] 2005, 191.

189 Py 1815, 54-55 ; Chevreux 1816, 19.

190 Gout 1832.

ou perversion singulière qui porte le malheureux qui en est atteint à ravir l'existence aux personnes qu'il affectionne le plus sincèrement, avant de se donner la mort ou d'aller se livrer aux mains de la justice. »¹⁹¹

La monomanie permet de considérer le suicide, à nouveau, en termes de maladie mentale, sans pour autant l'inscrire parmi les genres de folie. Le suicide constitue donc non pas un symptôme de la monomanie, mais une forme précise de ce genre de folie. Or, on constate un certain paradoxe conceptuel dans le suicide selon Esquirol. Si le suicide est « presque toujours » un symptôme de l'aliénation mentale, le cas de la monomanie présente une exception à cette règle quasi exclusive, faisant du suicide une maladie *sui generis*. Une ambiguïté conceptuelle, donc, qu'Esquirol n'explique jamais, mais qui permet de comprendre la position exclusive de certains aliénistes, comme la thèse de François Gout. On peut citer également l'étude de Bourdin de 1845, intitulée *Du suicide considéré comme maladie*, qu'il ouvre par une affirmation sans équivoque : « Le suicide est une monomanie. »¹⁹²

La spécificité de la monomanie, tout comme de la lypémanie, tient à la partialité du délire, qui ne porte que sur un seul objet, et qu'Esquirol rapporte à des conceptions antécédentes comme la *melancolia moria* de Boissier de Sauvages et ou l'*aménomanie* de Rush¹⁹³, ou encore la *melancolia suicidium* de Hufeland¹⁹⁴. Comme ces antécédents le suggèrent, le concept de la monomanie se construit sur celui de la mélancolie, qui constituent les deux faces d'une pathologie. En effet, dans sa première conception, Esquirol oppose la tristesse de l'une à la gaieté de l'autre, une opposition qu'il remettra en question plus tard, dans sa *Note sur la monomanie-homicide* de 1827, à la suite de certains de ces disciples¹⁹⁵. En ce sens, la distinction de la lypémanie et de la monomanie repose non seulement sur l'affect, mais elle concerne aussi et surtout l'effet que l'affect produit

191 Gout 1832, 17.

192 Bourdin, 1845, 7.

193 Esquirol 1819a, 114.

194 Esquirol 1821, 213.

195 Esquirol 1827, 311. Voir Goldstein 1997a, 216.

sur le comportement. Dans le texte de 1819, Esquirol situe la monomanie entre la lypémanie et la manie :

Nous conserverons le nom de monomanie au délire partiel, dépendant de passions excitantes, expansives et gaies. La monomanie est une espèce intermédiaire entre la lypémanie et la manie ; elle participe de la lypémanie (mélancolie) par la fixité et la concentration des idées, et de la manie par l'exaltation des idées et par l'activité physique et morale¹⁹⁶.

Selon Esquirol, le développement de l'une ou de l'autre maladie tient au tempérament du sujet et donc à sa prédisposition. Ainsi, le sanguinaire est porté à la monomanie et, par conséquent, au suicide aigu, tandis que le lymphatique devient victime de la lypémanie et du suicide chronique¹⁹⁷.

À partir des années 1820, la monomanie offre aux aliénistes de nouveaux outils pour apporter leur expertise médicale dans le domaine juridique, tout particulièrement dans les cas de monomanie homicide, et devient, comme Jan Goldstein le montre, l'objet de « querelle de frontières avec la profession juridique »¹⁹⁸. Les débats autour de la monomanie homicide renforceront les liens entre le crime et la folie, jusqu'au développement des théories médicales sur le degré de la volonté et du libre arbitre dans la criminalité¹⁹⁹. Cet apport psychiatrique à la médicalisation du crime figure parmi plusieurs approches au travers du 19^e siècle, avec la phrénologie, la théorie de la dégénérescence et l'anthropologie criminelle²⁰⁰. Le concept de monomanie et l'expertise médico-légale des aliénistes ont permis aux premiers psychiatres de renforcer leurs liens professionnels avec la justice et l'État²⁰¹.

Cette évolution théorique du concept de monomanie, et tout particulièrement l'élaboration de la monomanie instinctive – dont la monomanie homicide et la monomanie suicide font partie – a joué un rôle important dans la conception médicale

196 Esquirol 1819a, 115. Voir également Rapin 1825.

197 Esquirol 1819a, 115. Je souligne.

198 Esquirol 1819a, 228.

199 Voir Renneville 2003 ; Guignard 2010 ; Dupouy 2011.

200 Bossi 2011, 198.

201 Goldstein 1997a, 228.

du suicide. Bien que Esquirol ait initié les études sur la monomanie en 1819, en ait identifié plusieurs variétés, et ait publié une longue et importante étude sur le suicide en 1821, ce n'est qu'en 1827, dans sa *Note sur la monomanie-homicide*, qu'il parlera de cet acte en termes de *monomanie-suicide*. Cependant, l'usage de cette expression remonte à 1820, dans un mémoire de Falret sur le suicide, publié dans le *Journal du Dictionnaire des sciences médicales* de Panckoucke, et qu'il reprendra dans son traité sur le même sujet en 1822²⁰². Ainsi, tout porte à croire que Falret fut le premier aliéniste à désigner cet acte par cette expression. On peut citer un second usage précoce de cette même expression, dans le cadre d'un procès juridique concernant le refus de la sépulture religieuse à un suicidé²⁰³, qui réunit les expertises des médecins et des chirurgiens, mais aussi les témoignages des proches qui ont pu constater les changements dans son comportement²⁰⁴. Dans ce cas, les médecins et les chirurgiens concluent que le suicidé « était atteint de monomanie suicide périodique »²⁰⁵. Il s'agit là d'un des premiers usages de la monomanie, en faveur du savoir psychiatrique, et qui met en évidence un conflit de pouvoir entre les médecins, les proches des suicidés et les ecclésiastiques. La monomanie permet ici d'opposer la prise de position des ecclésiastiques du début du 19^e siècle sur le suicide et d'établir la cause psychopathologique de cet acte. Face au refus de sépulture, l'avocat du suicidé invoque le Code pénal, la Charte constitutionnelle et le Concordat de 1801, selon lesquels les « prêtres ne peuvent pas arbitrairement refuser leur ministère »²⁰⁶. Or, comme Hervé Guillemain le remarque, le « décret du 23 prairial an XII (12 juin 1804, abrogé en 1881) qui organise les inhumations et les pompes funèbres indique clairement en son article 15 que chaque confession possède son espace mais surtout prévoit les refus de sépultures en son article 19 »²⁰⁷.

202 Falret 1822.

203 Vignard 1820. Voir Guillemain 2012.

204 Sur les discours des témoins, voir Guignard 2010, 198-206 ; sur le suicide, voir Guignard 2010, 208. Voir aussi Laé, 2001a, 182-183.

205 Vignard 1820, 34.

206 Vignard 1820, 42.

207 Guillemain 2012.

Le suicide s'efface progressivement des textes légaux, ce qui conduit, dans certains cas, à un vaste champ d'interprétations.

Cette opposition entre les aliénistes et les ecclésiastiques repose sur la question de la responsabilité et donc de la volonté du suicidé. Déjà posée avant la dépénalisation du suicide, la question de la responsabilité se pose de nouveau au cours du 19^e siècle, en particulier durant les années 1840, lors des débats sur le statut pathologique du suicide, et encore en 1868 par l'aliéniste Louis Delasiauve (1804-1893). Dans un article médico-légal sur le « Suicide et sépulture chrétienne », paru dans le *Journal de médecine mentale*, Delasiauve critique les ecclésiastiques qui refusent, encore à cette époque, la sépulture aux suicidés. Ce refus, qu'il considère comme « difficilement applicable et qui choque nos mœurs actuelles », provient de « l'arbitraire incompetent du clergé »²⁰⁸ qui, lui, ne dispose pas des outils scientifiques et rigoureux de la médecine pour estimer la pathologie qui est à l'origine du suicide. La psychopathologie du suicide déjà établie, l'objectif de Delasiauve est, selon ses propres mots, de « mettre à l'aise la conscience des curés et des évêques dans les cas incertains », en impliquant l'expertise « des médecins compétents » dans « l'appréciation des circonstances des actes »²⁰⁹. En ce sens, loin de combattre les ecclésiastiques, Delasiauve cherche à affirmer le savoir et l'expertise de l'aliéniste devant les fous et les suicidés. Or, la responsabilité des suicidés est défendue par de nombreux aliénistes de la seconde moitié du 19^e siècle – certains étant eux-mêmes très croyants, comme Brierre de Boismont –, qui repenseront cet acte non plus en termes de psychopathologie, du moins dans un certain nombre de cas, mais en termes de morale.

Dans la monomanie instinctive, c'est justement la volonté qui est désordonnée ou pervertie. Ainsi, la lésion de la volonté apporte une explication médicale pour un ensemble de suicides qui présentaient jusqu'alors peu d'indices sémiologiques ou d'explications étiologiques. Par ailleurs, la « lésion » de la volonté, selon Esquirol, ne se rapporte à aucune lésion cérébrale

208 Delasiauve 1868, 376-378 et 413-414.

209 Delasiauve 1868, 378.

ou organique, et ceci ne vaut pas uniquement pour la monomanie-suicide instinctive, mais pour le suicide en général. En effet, dans son article sur le suicide, Esquirol parle explicitement de l'impossibilité d'assigner un siège précis et unique au suicide, ce qu'il explique par la diversité des circonstances et des causes de ce phénomène. Ce même argument lui permet d'affirmer que le suicide constitue non pas une maladie à proprement parler, mais un symptôme. Ce qui l'amène à conclure « qu'il ne faut pas chercher un siège unique au suicide »²¹⁰. Par là, il remet en question d'importantes recherches anatomiques de certains médecins du début du 19^e siècle, notamment Gall, Fréteau, Hufeland et Fourcroy, qui rapportent, eux, le suicide à des lésions organiques²¹¹.

La lésion de la volonté d'un monomane relie sa suicidalité à son état intérieur, à sa constitution, qu'un grand nombre d'aliénistes expliquent par l'hérédité. Lisons un cas rapporté par Gall en 1825²¹², cité par Esquirol, puis par Morel en 1860 :

Le sieur G..., propriétaire, laisse sept enfans [*sic*], avec une fortune de deux millions ; ses enfans [*sic*] restent à Paris ou dans les environs, conservent leur portion de la fortune paternelle ; quelques-uns l'augmentent ; aucun n'éprouve de malheur ; tous jouissent d'une bonne santé, d'une existence honorable, de la considération générale ; tous les sept frères, dans l'espace de trente à quarante ans, se sont suicidés²¹³.

Ces sept enfants étant apparemment en bonne santé psychique et physique, et sans problèmes sociaux apparents, rien ne semble expliquer leur suicide, sinon la parenté qui se traduit ici par l'hérédité. En effet, pour Gall, sont héréditaires non seulement les caractéristiques physiques de l'homme, mais aussi les qualités morales, telles que « le penchant au vol, à l'ivrognerie, et même

210 Esquirol 1838, t. 1, 639.

211 Voir encore Broussais 1836, 52. Voir également les études des phrénologues : Gall 1818, t. 3, 51-52 et 343-345 ; Spurzheim 1818, 214 et 219 ; Combe [1830] 1840, 260-262. Voir Robert 1837, 55.

212 Gall 1825, 345.

213 Gall 1825, 581. Sur l'hérédité du suicide, voir Gall 1825, spéc. 580-582. Voir Morel 1860a, 404.

le funeste penchant au suicide »²¹⁴. Georget, quant à lui, décrit la folie héréditaire avec penchant au suicide par un ensemble de signes moraux : « des travers dans l'esprit, des irrégularités dans le caractère, de la bizarrerie dans les goûts et les habitudes, une conduite insolite et mal motivée, peu d'aptitude à l'étude des sciences exactes ou un goût désordonné pour les arts d'agrément et les charmes de l'imagination »²¹⁵.

Si l'explication héréditaire de l'aliénation mentale est reconnue déjà au début du siècle, comme Jean-Christophe Coffin le montre, elle s'ancre solidement dans les théories médicales et psychiatriques à partir de la Deuxième République²¹⁶. Selon Marc Renneville, à la différence des aliénistes de la première moitié du siècle, Bénédicte-Auguste Morel réfute « la puissance d'une hérédité directe de la folie comme telle car elle implique une "conséquence nécessairement fatale" qui est en contradiction avec son optimisme de formation »²¹⁷. Morel propose un nouveau regard sur l'hérédité, basé sur un « principe de transformation » des maladies²¹⁸. En ce sens, nul besoin d'avoir un parent aliéné pour devenir soi-même aliéné. Il suffit d'hériter d'une disposition de caractère pour que les causes morales ou sociales puissent transformer cette disposition en maladie mentale. À partir de là, Morel plaide pour « un ample élargissement du champ de la prophylaxie » ou de l'hygiène au-delà des familles d'aliénés, vers les déviants, les suicidaires et les individus aux comportements immoraux²¹⁹. Il poursuit cette conception élargie de l'hérédité dans son traité sur les dégénérescences, où il souligne l'influence déterminante des causes sociales comme l'industrialisation et la différence des classes. En effet, comme Coffin le précise,

214 Gall 1825, t. 1, 209.

215 Georget 1820, 150-151.

216 Coffin 2003, 103-105.

217 Renneville 1997, t. 2, 547. Morel (1852, 259-261) développe cette nouvelle conception de l'hérédité dans un traité paru cinq ans avant la publication de son propre traité sur la dégénérescence. Voir Carbonel 2009a, spéc. le chapitre 5, et Carbonel 2010, 666-679.

218 Renneville 1997, t. 2, 547.

219 Renneville 1997, t. 2, 548. Voir Morel 1852a, 261. Voir également Prichard [1835] 1837, 284-285, qui situe le suicide dans une position charnière entre la folie au sens strict et la perversion morale, en le comparant à l'homicide et en l'attribuant à la folie morale (*moral insanity*). Voir Augstein 1996 ; Berrios 1999 ; Rimke/Hunt 2002.

Morel remarque la grave « dégradation de la situation morale et physique du peuple », qui produit une « accumulation des suicides, des délits, de la folie, et la précocité accrue de la délinquance des mineurs », autant de problèmes sociaux qui rendent indispensable la création d'une *médecine sociale*²²⁰. À partir de là, on constate que ce rapprochement entre crime, folie et suicide produit de nouvelles méthodes de traitement et de prévention hygiénistes, qui s'appliquent autant au physique qu'au moral de l'individu à risque, mais aussi à l'ordre social²²¹.

220 Coffin 2003, 5. Sur le rapprochement du suicide, des déviances et de la criminalité, voir Morel 1857 ; Mandon 1862 ; Voisin 1872 ; Legrand du Saulle 1873 ; Lacassagne 1882, 210-217 et 244-255 ; Tarde 1885 ; Lombroso/Tarde 1885 ; Magnan 1885 ; Lombroso [1876] 1887 ; Moreau de Tours, P. [1890] 1899 ; Corre 1891 ; Proal 1900. Voir également les études médicales sur le « suicide à deux », Garnier 1891 ; Richardière/Gastinne-Renette 1891 ; Chpolianski, 1885 ; Chpolianski 1887. Sur les liens entre imitation et suicide à deux, voir Aubry [1888] 1894 ; Sighele [1891] 1892 ; Proal 1897. Voir Carroy/Renneville 2005 ; Carroy/Renneville 2022. Sur les représentations littéraires du suicide à deux, Voir Higonnet, P. 1991a ; Higonnet, P. 1991b.

221 Renneville 1997, 553-555.

Chapitre 3

Les cas et les statistiques du suicide

Dans le cadre médical et sanitaire du 19^e siècle, l'identification des causes et des psychopathologies les plus suicidogènes implique principalement deux types de sources : les observations cliniques de cas et les statistiques, ou le « suicide observé » et le « suicide compté », selon les termes d'Ian Hacking¹. Ces deux démarches distinctes mais complémentaires permettent aux aliénistes de dresser un tableau du suicide comme phénomène pathologique, par lequel on peut systématiser la pratique médicale envers cet acte, tout en l'abordant à l'échelle de la population. Les études de cas et l'usage des statistiques par les aliénistes fondent la pathologie du suicide, pour la première fois, sur des données observées, comptées, détaillées et commentées, mais aussi partagées par la communauté scientifique. C'est justement ce que Pierre-Égiste Lisle souligne dès l'ouverture de son mémoire sur le suicide pour le prix Civrieux de 1846 :

[I] n'est plus permis de nos jours de rechercher la vérité dans des théories pures, dans de vaines abstractions ou des hypothèses gratuites. L'observation rigoureuse des faits est devenue, à juste titre, le point de départ et la base de toutes nos connaissances. De ce positivisme éclairé qui forme le principal caractère de notre époque est née l'application de la statistique à la médecine et à l'étude des questions morales et politiques, qui a déjà rendu de si grands services à ces sciences si diverses².

1 Hacking 1990, 71-72. Hacking consacre deux chapitres (8 et 9) à la question du suicide. Le premier porte sur l'observation médicale et les premières théories psychiatriques sur le suicide, et le second concerne les statistiques du suicide, et tout particulièrement les *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine*.

2 Lisle 1846 (Prix Civrieux, no 11), 1.

Or, selon mon hypothèse, ces deux sources de savoir sur le suicide sont traversées et influencées par d'autres disciplines et d'autres discours, qui pèsent sur l'interprétation de ces données et, par conséquent, sur la compréhension du suicide comme objet médical. Cette porosité du cadre médical dans l'étude du suicide met en évidence la difficulté de contenir ce phénomène dans le seul domaine de la médecine. Elle montre également comment les aliénistes tentent d'intégrer ou d'assimiler d'autres perspectives et d'autres démarches épistémologiques aux leurs. Selon mon hypothèse, une telle assimilation par la médecine d'autres expertises et savoirs professionnels concurrents sur ce même objet représente une tentative de créer ce que Daniel Pick appelle « une illusion d'unité, de pouvoir singulier et de maîtrise »³. L'analyse discursive des textes médicaux sur le suicide, et plus précisément ici la construction des cas médicaux et des statistiques, permettra de mettre en lumière certains de ces conflits et concurrences disciplinaires et épistémologiques à l'intérieur même du discours médical.

Les cas médicaux

Les premières études psychiatriques sur le suicide se fondent d'abord et avant tout sur des observations effectuées par les aliénistes et les médecins légistes dans leur propre pratique, qu'ils présentent, souvent en détail, dans les revues spécialisées comme les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* et les *Annales médico-psychologiques*, mais aussi dans leurs traités. Par la circulation de ces récits médicaux, les cas de suicide ne sont pas de simples illustrations, exemples ou descriptions, mais ils participent à l'élaboration même des théories psychiatriques sur ce phénomène⁴. En ce sens, comme Gianna Pomata le souligne, le cas médical est prescriptif et constitue non pas une exception, mais une règle⁵. En tant que « genre épistémique », ces récits de cas de suicide

3 Pick 1989, 43. Je traduis.

4 Class 2014, xi. Voir Forrester 1996 ; Fureix 2009, spéc. 274-276.

5 Pomata 2014, 9.

sont ainsi présentés, transmis et partagés par les médecins⁶, et s'inscrivent dans un corpus médical. La *singularité* du cas psychiatrique ou médico-légal du suicide, paru dans les publications spécialisées, est investie d'un projet de *généralisation*⁷. Et c'est justement à partir de là que les aliénistes peuvent construire leur compréhension du suicide comme objet médical et développer des démarches cliniques et thérapeutiques⁸.

Les revues médicales deviennent, pour les aliénistes, les médecins légistes et les hygiénistes, un lieu privilégié pour présenter leurs observations de cas et pour débattre de leurs interprétations. À la différence des traités sur le suicide, qui abordent ce sujet sur plusieurs plans – l'observation des cas, la théorisation médicale et psychiatrique, l'inscription du regard aliéniste dans un parcours historique en remontant jusqu'à l'Antiquité, et la considération des différentes positions d'autres disciplines sur cette question –, les articles parus dans des revues médicales restreignent leurs analyses à l'étude d'un cas spécifique ou d'une série de cas. L'objectif de ces articles, tout particulièrement dans le cadre médico-légal, est clair dans leurs titres mêmes : présenter l'observation d'un seul cas, inscrire ce cas dans un savoir théorique puisée dans la littérature médicale contemporaine et, éventuellement ouvrir le débat avec les autres auteurs-lecteurs de ces périodiques⁹.

On peut identifier trois types de « cas » rapportés dans les études médicales sur le suicide. Le premier et le plus valorisé se construit à partir de l'observation du médecin, auteur de l'article. Devant les erreurs et les égarements de la spéculation, c'est par l'observation, selon Pinel et ses disciples, que la médecine comme science peut établir un savoir rigoureux.

6 Pomata 2010, 199 ; voir également Böhmer (2013 ; 2019), qui retrace la transmission du cas de Mattio Lovat en Europe au début du 19^e siècle. Ce cas d'auto-crucifixion est souvent cité par les aliénistes français comme une figure extraordinaire de folie religieuse et de suicide.

7 Passeron/Revel 2005, 9. Voir Widlocher 1999 ; Braconnier/Lesieur 1999.

8 Pomata 2014.

9 Citons quelques titres exemplaires : Bottex 1834 ; Tardieu 1855 ; Caussé 1876 ; Briere de Boismont 1868 ; Étoc-Demazy 1862 ; Sizaret 1876.

C'est l'objectif que Pinel énonce en 1800 dans l'introduction de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*¹⁰. Dans les revues médicales, ce sont surtout les études médico-légales qui s'organisent autour d'un cas spécifique, que l'auteur a lui-même observé. Bien que certains articles de revues médicales rapportent des observations de cas spécifiques dans la perspective psychiatrique ou hygiéniste, la plupart des cas de ces deux branches médicales sont présentés et examinés en détail dans les traités, tandis que leurs articles de revues adoptent une visée hygiéniste ou théorique.

Le second type de cas se base sur des observations d'autres médecins, contemporains ou d'une époque plus éloignée, mais généralement du 18^e siècle, comme Boissier de Sauvages, Lorry ou Tissot. En effet, on constate une grande circulation des cas, qui se transforment non seulement dans leur récit mais aussi dans leur fonction¹¹. Comme Passeron et Revel le soulignent, les conclusions tirées de la généralisation, qui s'opère à partir de l'observation d'une singularité, peuvent ensuite être « réutilisées pour fonder d'autres intelligibilités ou justifier d'autres décisions »¹². Ainsi, un cas qui représente le pouvoir d'une passion, chez un aliéniste, peut se transformer en un cas de monomanie, chez un autre, ou en un cas présentant un certain type de caractère, chez un autre encore.

Enfin, le troisième type de « cas » – et je souligne ici les guillemets – porte sur un ensemble de récits littéraires, philosophiques ou historiques¹³. Ces récits s'éloignent de l'exigence de l'observation médicale et ne deviennent ainsi des cas à proprement parler qu'à partir de l'investissement du regard

10 Pinel 1800b, vi. Critique des erreurs de l'empirisme et des « superstition », Pinel plaide pour un retour à l'observation, délaissée selon lui depuis l'Antiquité, Pinel 1800b, 228-229. Voir Pigeaud 1990 ; Carroy, 2005 ; Passeron/Revel 2005.

11 Pomata 2010.

12 Passeron/Revel 2005, 9.

13 Sur la distinction entre un cas et d'autres formes de récit, voir Jolles 1972, 137-157 ; Pomata 2014 ; Koch, R. 1973, 194-204. Pour une perspective sur le cas entre la médecine et la littérature, voir Pethes 2014, 24-45.

médical au 19^e siècle¹⁴. Ainsi, la célèbre histoire des filles de Milet de Plutarque¹⁵ met surtout en valeur la chasteté de ces filles, qui sont prêtes à se suicider pour sauver leur honneur. Or, chez les aliénistes, cette histoire se transforme en un cas de suicide contagieux. Malgré leurs grandes différences d'usage et de valeur épistémologique, ces trois types de cas sont placés, dans les traités psychiatriques, au même niveau d'importance. Et c'est là, à mon sens, que l'on rencontre des ambiguïtés, voire des contradictions dans les théories médicales sur le suicide. S'il est vrai que « [f]aire cas, c'est prendre en compte une situation, en reconstruire les circonstances – les contextes – et les réinsérer ainsi dans une histoire », alors chez les aliénistes, le contexte, voire les circonstances, sont, eux, entièrement déplacés et reconsidérés à partir de leur propre regard, de leurs exigences cliniques et thérapeutiques, ainsi que de leurs valeurs morales et sociales¹⁶.

Certains des cas deviennent exemplaires des aspects spécifiques du suicide comme acte pathologique et ils réapparaissent – parfois *verbatim* – dans d'autres traités psychiatriques. Cette circulation de cas en vient à son apogée dans l'ouvrage de Forbes Winslow, *The anatomy of suicide* (1840) qui, selon Daryl Lee, consiste principalement en une compilation plagiée d'autres études psychiatriques sur cette question¹⁷. Ainsi, le suicide héréditaire est souvent représenté par le cas des deux frères jumeaux, les capitaines C. L. et J. L., rapporté pour la première fois par l'aliéniste américain Benjamin Rush, de Pennsylvanie,

14 Michel Foucault parle du devenir cas de l'affaire Rivière à partir du moment où il a été investi par la communauté médicale et juridique, lorsque le dossier fut publié dans les *Annales d'hygiène publique de médecine légale* et devient l'objet de débats. Cette affaire redevient un cas au 20^e siècle lorsqu'elle est investie dans un autre contexte, cette fois historique et philosophique, et selon un autre objectif. Dans ce deuxième contexte, l'« observation » n'est plus oculaire, mais elle se fonde sur des documents d'archives. Foucault [1973] 1998, 13-18. Voir également Passeron/Revel 2005, 11.

15 Plutarque 1844.

16 Passeron/Revel 2005, 22.

17 Lee/Merrick 2013, 170. Voir Winslow 1840. Selon Daryl Lee, qui introduit le texte de Winslow, le plagiat par Winslow passe largement inaperçu, éclipsé par l'intérêt que ce traité – le premier en Angleterre à être entièrement consacré au suicide comme objet médical – a suscité parmi ses contemporains.

mais observé par un autre médecin qui lui envoie par lettre ses observations. Ce cas fut cité par de nombreux aliénistes, comme Esquirol, Falret et Lisle¹⁸. Un autre cas, observé et rapporté par Pinel, présente le suicide produit par la mélancolie et le potentiel préventif et thérapeutique des passions violentes. Ce cas a traversé un grand nombre de traités psychiatriques, dont certains déplacent son contexte et redéfinissent sa fonction. Il s'agit d'un patient de Pinel – connu d'ailleurs par Esquirol et Falret, comme ils en témoignent dans leurs propres traités sur ce sujet –, un homme de lettres, qui tente de se jeter dans la Tamise, avant d'être attaqué par des voleurs. Ce cas devient exemplaire du mélancolique suicidaire guéri spontanément, suite à un choc, un événement violent et imprévu¹⁹ :

Un homme de lettres, sujet à des excès de table, et guéri depuis peu d'une fièvre tierce, éprouve vers l'automne toutes les horreurs du penchant au suicide, et souvent il balance avec le calme effrayant le choix de divers moyens propres à se donner la mort. Un voyage qu'il fait à Londres semble développer avec un nouveau degré d'énergie sa mélancolie profonde, et la résolution inébranlable d'abrèger le terme de sa vie. Il choisit une heure très avancée de la nuit, et se rend sur un des ponts de cette capitale pour se précipiter dans la Tamise ; mais au moment de son arrivée, des voleurs l'attaquent pour lui enlever toutes les ressources, qui étaient très modiques ou presque nulles ; il s'indigne ; il fait des efforts extrêmes pour s'arracher de leurs mains, non sans éprouver la frayeur la plus vive et le plus grand trouble. Le combat cesse, et il se produit à l'instant une sorte de révolution dans l'esprit du mélancolique ; il oublie le but primitif de sa course, revient chez lui dans le même état de détresse qu'auparavant, mais entièrement exempt de ses projets sinistres de suicide. Sa guérison a été si complète [*sic*], que résidant à Paris depuis dix ans, et souvent réduit à des moyens précaires d'existence, il n'a plus éprouvé le moindre dégoût de la vie. *C'est une vésanie mélancolique qui a cédé à l'impression de terreur produite par une attaque imprévue*²⁰.

18 Bien que les aliénistes qui citent ce cas de Rush l'attribuent à ce célèbre aliéniste américain, en réalité, ce cas a été observé par le Dr Stephen W. Williams, de Deerfield, Massachusetts, qu'il communique à Rush par lettre. Rush (1812, 49-51) cite la lettre de Williams, datée du 16 juin 1812, et c'est à cet ouvrage que les autres aliénistes font référence ; voir par exemple Esquirol 1821, 244 ; Falret 1822, 7-8 ; et Lisle 1856, 193-194.

19 Pinel 1800a. Voir également Pinel 1809, 351-352. Voir Huneman 2014, 67-94.

20 Pinel 1800a, 241-242. Je souligne.

Rapporté par Pinel en 1800, ce cas fut ensuite cité ou paraphrasé par Roubaud-Luce en 1817 ; par le médecin d'Arrens Antoine Balencie en 1819 ; par Esquirol en 1821 ; par Falret en 1822 qui parle du potentiel thérapeutique d'« une émotion vive et inattendue » ; par Gout en 1832 ; par Bourdin, en 1845, selon lequel ce « futur mort, [...] dans la chaleur du combat, oublie son projet » et fut « parfaitement guéri » ; par Debreyne en 1847 ; par Briere de Boismont en 1856 ; et sans doute par bien d'autres²¹. En comparant les différents récits de ce cas, on constate des nuances dans la description des faits, qui mettent en évidence l'usage spécifique que chacun de ces médecins veut en faire. Le récit de Pinel devient plus romancé chez certains aliénistes. Dès le récit d'Esquirol, il n'y a plus de mention de la « terreur », qui, sous la plume de Pinel, faisait encore résonner le tumulte politique et social à cette époque-là, mais seulement de l'« émotion vive » ou une « crise ». Esquirol explique autrement la guérison instantanée de cet homme : « Le suicide guérit quelquefois spontanément comme les maladies mentales, ou par quelque crise physique ou morale, ou à l'aide des médicaments qui conviennent aux maladies dont l'impulsion au suicide est symptomatique. »²² Il investit ce hasard de l'attaque dans un processus thérapeutique, qui permet de rediriger l'attention désordonnée ou dispersée du mélancolique suicidaire. Cette manière de voir, influencée par Pierre Laromiguière, s'inscrit dans un nouvel investissement médical dans la fonction d'attention comme faculté psychique²³.

Pour Esquirol, la monomanie et la lypémanie sont les deux genres d'aliénation mentale les plus susceptibles de conduire au suicide, par la fixité de l'attention qu'ils produisent sur le malade. Dans les traités publiés à partir des années 1840, les aliénistes qui

21 Roubaud-Luce 1817, 182-183 ; Balencie 1819, 21 ; Esquirol 1821, 280-281 ; Falret 1822, 244-245 ; Gout 1832, 38 ; Bourdin 1845, 69 ; Debreyne 1847, 215-216 et 259 ; Briere de Boismont 1856, 644.

22 Esquirol 1821, 280.

23 Comme Jan Goldstein le montre, Esquirol se démarque de Pinel et d'une ancienne tradition médicale qui accordait depuis longtemps un grand pouvoir à l'imagination sur les dysfonctionnements psychiques et physiques, en mettant plus d'importance sur le rôle de l'attention. Goldstein 1997a, 315-316. Voir Esquirol 1816. Trente ans plus tard, Jules Baillarger critique l'importance qu'accorde Esquirol à l'attention comme le « lieu » de défaillance psychique. La folie repose, selon lui, dans la défaillance de la volonté de diriger l'attention. Voir Goldstein 1997a, 336. Goldstein se réfère ici à Baillarger 1890, t. 1, 494-500.

racontent ce cas font du conflit une scène de courage, de combat qui s'oppose à la lâcheté, si souvent rapportée à l'acte du suicide, surtout par la religion et la morale. Ce nouvel aspect coïncide avec les débats sur le statut pathologique du suicide, mais aussi avec une valorisation particulièrement forte des mœurs, de l'hygiène publique et de l'ordre social dans sa prévention. Il y a aussi, à cette même époque, un resurgissement catholique, qui se manifeste parmi certains aliénistes. Selon Bourdin :

Pinel raconte qu'un littérateur anglais, pris d'une belle envie de se tuer, allait se jeter dans la Tamise, quand il fut attaqué par des voleurs. Le futur mort, surpris de l'audace étrange de ces impertinents, se défend à outrance, et, dans la chaleur du combat, oublie son projet²⁴.

Les longues préparations avant le passage à l'acte, qui caractérisent le suicide des mélancoliques, telles qu'elles ont été décrites par Pinel, deviennent chez Bourdin une « belle envie de se tuer », un coup de tête, une « folle idée », et le mélancolique se transforme en monomane soudainement saisi par son idée fixe. Mais la transformation la plus marquée de ce cas se trouve dans l'ouvrage de Brierre de Boismont :

Esquirol raconte qu'un littérateur forma le projet dans un moment de désespoir de se jeter dans la Tamise. Il était sur le parapet du pont, prêt à s'élancer dans le fleuve, lorsqu'il fut assailli par des voleurs. Il fait volte-face à l'instant, se défend courageusement et parvient à leur échapper. Il rentre chez lui sous l'impression de cette aventure, mais l'idée du suicide avait complètement disparu, et pendant le reste de sa longue carrière (car il vécut jusqu'à quatre-vingt-quatre ans), il n'en fut plus tourmenté, quoique souvent réduit aux expédients. Ce fait et plusieurs autres ont porté le médecin de la Salpêtrière à émettre l'opinion que le suicide guérissait quelquefois spontanément par l'influence des agents *hygiéniques*, par quelque crise physique ou morale, par des médicaments²⁵.

24 Bourdin 1845, 69.

25 Brierre de Boismont 1856, 644. Je souligne.

Dans le récit de Brierre de Boismont, le cas de Pinel devient celui d'Esquirol. Aux moyens thérapeutiques cités par Esquirol – la crise physique ou morale et les médicaments –, Brierre de Boismont ajoute encore « l'influence des agents hygiéniques », comme l'éducation et les valeurs religieuses, qui représentent pour lui les moyens préventifs les plus puissants contre le suicide. Face au choc de la soudaine violence des voleurs, la lâcheté du littérateur suicidaire cède au courage. La cause, quant à elle, se réduit à « un moment de désespoir ». Brierre de Boismont ici cherche à valoriser les moyens hygiénistes et moraux.

Les cas basés sur des histoires non médicales, dont de nombreuses proviennent d'auteurs de l'Antiquité, deviennent exemplaires et incontournables pour les aliénistes. Ils se les approprient selon l'usage qu'ils veulent en faire. Ainsi, comme on l'a vu plus haut, l'histoire des filles de Milet de Plutarque sert à prouver non plus la pudeur qui, pour elles, est plus forte que la mort, mais plutôt la contagiosité du suicide et la force de la loi répressive. De la même manière, *Les souffrances du jeune Werther* de Goethe représente le pouvoir contagieux de la littérature sur les individus prédisposés à la mélancolie²⁶. Germaine de Staël aura même déclaré que « Werther a causé plus de suicides que la plus belle femme du monde »²⁷. Quant au « Ranz des vaches », cet air populaire suisse, de nombreux aliénistes l'évoquent pour établir le lien entre la nostalgie comme « variété de mélancolie » et la contagion du suicide²⁸. Enfin, le suicide du maniaque, considéré par certains comme un accident, est exemplifié par celui qui, dans un état de délire, se tue en prenant la fenêtre pour une porte. Cités pendant des décennies, ces cas deviennent paradigmatiques, qu'ils soient observés par l'auteur, ses contemporains, ou empruntés à l'histoire. En effet, ils acquièrent leur statut de modèle médical, car ils sont investis dans une démarche clinique qui efface les différents niveaux épistémologiques. Ces cas permettent surtout de combler les difficultés à contenir le suicide dans le seul cadre psychiatrique. En effet, selon la conclusion

26 Goethe 1774. Voir Porret 1995 ; Yampolsky 2021a.

27 Staël [1813] 1836, 85. Voir également les écrits sur le suicide de Staël 1814.

28 Voir Yampolsky 2019, 221-222. Sur la nostalgie, et tout particulièrement le contexte militaire, voir Dodman 2018.

de Daryl Lee, l'emprunt éclectique de ces différents types de cas, dans les traités psychiatriques, a fortement contribué à la compréhension médicale du suicide²⁹. Chacune des observations faite et rapportée par un aliéniste dresse souvent le tableau détaillé d'un cas, ce qui permet de présenter la singularité de chaque suicide. C'est ce que le médecin allemand Franz Christian Karl Krügelstein affirme, en 1841, dans son *Mémoire sur le suicide*. Devant la pluralité des motifs et des circonstances, « [c]haque cas de suicide doit être jugé d'après l'individualité de celui qu'il concerne »³⁰. Aussi singuliers soient-ils, ces cas s'inscrivent dans un projet de systématisation de l'étude du suicide. À partir des années 1820, les statistiques morales permettent aux aliénistes et aux hygiénistes de renforcer ces études de cas et de développer une vision élargie, à l'échelle de la population.

Les statistiques

Les premières statistiques du suicide en France proviennent de plusieurs projets administratifs, qui visent à comptabiliser et à repérer les causes sociales et morales de la criminalité, de l'insalubrité et des comportements déviants. Ces statistiques font partie d'un programme plus vaste d'hygiène publique. La première étude systématique du suicide basée sur des statistiques fut élaborée par le médecin anglais George Man Burrows (1771-1846), qui anticipe les deux ouvrages fondateurs de la statistique morale du Français André-Michel Guerry (1802-1866) et du Belge Adolphe Quetelet (1796-1874)³¹. Dans cette étude, intitulée *Observations on the comparative mortality of Paris and London* (1815), Burrows tente de renverser la vieille croyance dans la prépondérance du suicide et de la mélancolie en Angleterre, souvent dénommée le « mal anglais » ou *English malady*, une expression que le médecin anglais George Cheyne adopte, en 1733, comme titre de son ouvrage : *The English malady, or A treatise of*

29 Lee/Merrick 2013, t. 7, 170.

30 Krügelstein 1841, 162.

31 Burrows 1815. Voir également Burrows 1828, 413-465. Voir la notice introductive et biographique de Daryl Lee au texte de Burrows, dans Lee/Merrick 2013, t. 8, 57.

*nervous diseases of all kinds*³². Burrows suggère qu'au contraire, c'est en France, et non pas en Angleterre, que le suicide est plus répandu, une affirmation qui fut mal accueillie par les aliénistes comme Esquirol et Falret. Comme David Lederer le rappelle, Burrows attribue le taux plus élevé de suicides en France au déclin des croyances religieuses et à l'effet de démoralisation sur la population parisienne qui s'ensuivit³³. Les enjeux de cette rivalité entre les deux pays sur le taux de suicide dépassent les simples décomptes de mortalité. Ian Hacking souligne que le suicide, tel qu'il est recensé par les statistiques, constitue une « indication morale de la qualité de la vie », des mœurs de la population et ultimement des institutions de chacun de ces deux pays³⁴. La rivalité dépasse donc cette seule cause de mortalité et devient le reflet de toute la société. Le mythe du *mal anglais*, largement soutenu et répandu par les Lumières, par Montesquieu par exemple, ne se dissipera qu'avec la montée des statistiques, au début du 19^e siècle³⁵. En effet, ces dernières constituent un outil efficace de repérage des conditions morales et psychiques les plus susceptibles de produire le suicide et d'autres déviations, qui offrent à l'État, aux hygiénistes et aux médecins un nouveau « terrain » d'action. Si le suicide, aux yeux des aliénistes des premières décennies du 19^e siècle, provient presque toujours de la folie, les causes du suicide et de la folie, quant à elles, sont fortement ancrées dans la société et ses institutions, notamment les mouvements politiques, les croyances religieuses, l'éducation, la famille, les conditions économiques... Les statistiques apportent donc un outil important aux aliénistes et aux hygiénistes pour comprendre ce phénomène, pour diagnostiquer les maladies qui le causent, et pour prévenir son éventualité.

Deux projets de statistiques en France, fondés tous les deux dans les années 1820, apportent une nouvelle source de données pour développer la compréhension du suicide, permettant ainsi de comptabiliser mais aussi d'élaborer différentes

32 Cheyne 1733. Voir McGuire 2012, spéc. le chapitre 3.

33 Lederer 2013, 688. Voir Charters 2015.

34 Voir Hacking 1990, 64-65 et 73-80 ; Ruffieux 2022, 202-218.

35 Minois 1995, 213.

mesures d'action. Il s'agit du *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France* et des *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine*. Ces statistiques apportent une base importante pour les nouveaux développements en hygiène publique, notamment avec la création des Conseils de salubrité, d'abord à Paris, puis dans d'autres régions du pays, mais aussi des chaires spécialisées dans les universités, et le lancement en 1829 des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Les changements politiques, mais aussi démographiques et économiques, résultent en un ensemble de problèmes sociaux et moraux, qui sont au cœur des tableaux statistiques dressés annuellement, mais aussi dans la plupart des études psychiatriques et hygiénistes sur le suicide. On constate alors avec inquiétude les effets de l'augmentation rapide de la population métropolitaine, notamment des classes ouvrières, l'industrialisation et les inégalités de conditions de travail, l'insalubrité et la précarité que celles-ci amènent, mais aussi un important taux de chômage, de pauvreté, de criminalité et de comportements considérés comme étant de mauvaises mœurs, telle que la prostitution et l'ivrognerie. En somme un ensemble d'éléments propres à la « civilisation »³⁶, qui signalent tant pour les autorités que pour la communauté médicale une « détérioration sociale »³⁷, propice au développement de la folie et du suicide. Pour mieux agir et contrôler tout ce qui est perçu comme un danger à l'ordre public, les statistiques offrent un moyen de comptabiliser ces différents phénomènes, mais surtout d'identifier des régularités ou des « lois » propres à chacun des phénomènes, dans le but de mieux cibler les champs d'action³⁸. Sur la base de ces statistiques et d'autres documents comme les lettres de suicide, Guerry et Quetelet publient presque au même moment deux études fondatrices des statistiques morales, qui montrent la régularité des taux de certains phénomènes comme les crimes et le suicide, qu'ils étudient en rapport avec certains facteurs comme la région géographique, l'âge et le sexe. Ce qui permet de concevoir pour la première fois, comme

36 Kushner 1993, 461-489 ; Brancaccio 2013, 702.

37 Chevalier 1958, 331-359.

38 Friendly 2007.

Michael Friendly le souligne, que les actions humaines sont gouvernées par des lois sociales³⁹. La régularité des phénomènes sociaux constatée dans les statistiques amène Quetelet à élaborer, dans son ouvrage intitulé *Sur l'homme et le développement de ses facultés* (1835), sa notion de *l'homme moyen* et lui permet ainsi d'affirmer que :

[L]a société renferme en elle les germes de tous les crimes qui vont se commettre, en même temps que les facultés nécessaires à leur développement. C'est elle, en quelque sorte, qui prépare ces crimes, et le coupable n'est que l'instrument qui les exécute. Tout état social suppose donc un certain nombre et un certain ordre de délits qui résultent comme conséquence nécessaire de son organisation. Cette observation, qui peut paraître décourageante au premier abord, devient consolante au contraire quand on l'examine de près, puisqu'elle montre la possibilité d'améliorer les hommes, en modifiant leurs institutions, leurs habitudes, l'état de leurs lumières, et, en général, tout ce qui influe sur leur manière d'être⁴⁰.

Plus loin dans son traité, Quetelet souligne la régularité frappante du taux de suicide, dans son rapport à l'âge, au sexe, au moyen utilisé, mais aussi à l'aliénation mentale⁴¹. Ce qui lui permet d'affirmer que si l'organisation sociale est à l'origine des comportements déviants, dont la régularité est confirmée par les statistiques, alors la société et ses institutions régulatrices peuvent en modifier le cours. Ce regard non seulement renforce les enjeux hygiénistes des théories psychiatriques sur le suicide, mais il est au cœur d'une quête de prise en charge institutionnelle des comportements « déviant », comme le suicide, la criminalité, l'alcoolisme et la prostitution. Durant la seconde moitié du 19^e siècle, ces « pathologies sociales » deviendront symptomatiques, aux yeux des médecins et des criminologues, d'un « processus dégénératif » interne à la société⁴².

Contemporain de Quetelet⁴³, l'avocat et cartographe André-Michel Guerry élabore ses recherches sur les statistiques

39 Friendly 2007.

40 Quetelet 1835, 10. Voir Beirne 1987, 1141 ; Lederer 2013, 690.

41 Quetelet 1835, vol. 2, 145-159.

42 Pick 1989, 21.

43 Voir Pierce Beirne 1987, 1152, note 18.

morales en France à partir des données du *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, qui aboutissent à la publication de son important ouvrage intitulé *Essai sur la statistique morale de la France* (1833). Les statistiques morales de Guerry, comme celles de Quetelet, deviennent des références importantes pour les aliénistes et les hygiénistes dans leurs études sur le suicide. Elles ont aussi influencé la criminologie, qui se développe à la seconde moitié du 19^e siècle, notamment avec les travaux de Lombroso et Lacassagne, mais aussi l'importante étude d'Enrico Morselli intitulée *Le suicide. Essai de statistique morale* (1891)⁴⁴. On remarque, par exemple, que dans la réédition en 1838 de son article sur le suicide, Esquirol inclut des références aux ouvrages de Quetelet et de Guerry. Guerry montre la régularité du taux de suicide selon la région et d'autres facteurs comme l'âge et le sexe, qu'il expose par des cartes géographiques de la France. C'est une nouvelle manière de visualiser le taux de suicide selon les départements du pays⁴⁵. L'étude de Guerry se base principalement sur les statistiques du *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, qu'il consulte dès sa première publication en 1827, mais aussi sur des lettres de suicide provenant de Paris – une approche innovante à cette époque⁴⁶ –, en les classifiant selon les motifs et les derniers sentiments exprimés par les auteurs. Il analyse ces données dans leur rapport avec d'autres facteurs sociaux et environnementaux⁴⁷. Ces analyses ont été d'une importance première pour les médecins, pour lesquels la compréhension des causes du suicide leur permettait l'élaboration de mesures thérapeutiques et de prévention.

Les deux sources statistiques de référence pour les aliénistes et les hygiénistes apportant des informations clés sur le suicide et ses motifs – les *Recherches statistiques sur la ville de Paris et*

44 *Il suicidio. Saggio di statistica morale* dans sa langue originale. Voir Brancaccio 2013 ; Chauvaud 2007, 297-300.

45 Friendly 2007.

46 Les lettres de suicide constituent également une des trois sources les plus importantes de données pour l'ouvrage de Brierre de Boismont, tout particulièrement dans l'identification des motifs évoqués par les suicidés. Sur ce point, voir Artières 2000. Voir également Rigoli 2001, 108-119, spéc. 109 ; Porret 2013.

47 Friendly 2007, 6.

le département de la Seine et le Compte général de l'administration de la justice criminelle en France –, s'inscrivent dans deux contextes différents et comportent plusieurs distinctions⁴⁸. Tout d'abord, ces deux projets de statistiques sont organisés et répondent à deux cadres très différents aux niveaux disciplinaire et géographique. Fondées par le préfet Chabrol de Volvic et sous la direction du mathématicien Joseph Fourier, les *Recherches statistiques* publient quatre premiers volumes entre 1821 et 1829, avec des tableaux de données remontant à 1817⁴⁹. Selon la perspective de l'hygiène publique, ces travaux statistiques couvrent un vaste spectre de domaines, administratifs, ecclésiastiques, juridiques, militaires, mais aussi des objets relevant de l'état et du mouvement de la population, liés aux décès et leurs causes, aux mariages, aux enfants naturels ou abandonnés, ou encore aux maladies communes. D'autres objets encore concernent l'espace urbain (désignation des rues, la numérotation des maisons, l'état de salubrité et le fonctionnement des abattoirs et de la voirie), les professions et les conditions de travail, ou encore l'administration des secours publics gérée par les hôpitaux, les hospices, les écoles, entre autres. Comme Chabrol l'explique dans le premier volume des *Recherches statistiques*, la récolte et l'organisation systématiques de ces données ont pour objectif non seulement la compréhension des différents aspects de l'ordre social, mais aussi et surtout de diriger l'action de l'administration et du gouvernement⁵⁰.

Les fondateurs des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* émettent un argument similaire dans leur *Prospectus*, qui ouvre en 1829 le premier numéro de cette revue. De même que les statistiques morales informent et agissent sur l'administration, les travaux de la médecine, et de l'hygiène publique

48 Jorland 2010, 88.

49 Sur l'histoire des *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine*, voir Ozouf-Marignier 1999, 747-762. Entre 1821 et 1860, il y eut six volumes des *Recherches statistiques*. Les dates de publication des quatre premiers volumes sont 1821, 1823, 1826 et 1829. Le cinquième volume a été publié sous la direction de Rambuteau et le sixième sous la direction d'Hausmann. Enfin, c'est à Joseph Fourier que l'on attribue l'introduction des quatre premiers volumes.

50 *Recherches statistiques sur la ville de Paris et sur le département de la Seine*, vol. 1, 1821, i, cité par Ozouf-Marignier 1999, 756.

plus précisément, ont un effet direct sur différents aspects du gouvernement et de la direction de la population :

La médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application, et toujours elle veille, avec l'administration, au maintien de la santé publique⁵¹.

Cette richesse de données fait des *Recherches statistiques* une des sources principales pour les hygiénistes comme Louis-René Villermé (1782-1863) et Alexandre Parent-Duchâtelet (1790-1836), les fondateurs des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, qui travaillent sur des questions comme la misère, la mortalité et la prostitution⁵². Cette revue réunit les plus importantes figures en France dans le domaine de l'hygiène publique, de la médecine mentale et de la médecine légale, et offre un grand nombre de textes sur les divers aspects du suicide comme problème médical, social et juridique⁵³. Organe du mouvement hygiéniste français et des membres du Conseil de salubrité de la ville de Paris, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* puisent régulièrement dans les *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine*.

Dès sa fondation en 1802, le Conseil de salubrité de la ville de Paris enquête sur les questions de santé publique, de plus en plus nombreuses, et prépare des statistiques sanitaires et des tableaux de mortalité⁵⁴. Jean-Noël Biraben remarque, cependant, que très vite la mission du Conseil de salubrité acquiert une orientation plus médicale⁵⁵. Ann La Berge souligne, quant à elle, l'activité croissante de ce Conseil : « As Paris became more urbanized and industrialized, health councils activity increased

51 Marc 1829, v.

52 Voir Parent-Duchâtelet 1836 ; Villermé 1830. Voir Coleman 1982 ; Fabre 1998 ; Bourdelais 2001 ; Jorland 2010, 87-115 ; ainsi que Ackerknecht 1948 ; Lécuyer 1977.

53 Les éditeurs du premier volume sont Adelon, Andral, Barruel, D'Arcet, Devergie, Esquirol, Kerandren, Leuret, Marc, Orfila, Parent-Duchâtelet et Villermé.

54 La Berge 1992, 116.

55 Biraben 1973, 59-70.

from 2,524 reports from 1811 to 1820, to 2,886 in the next decade, and then to 4,228 reports between 1831 and 1840. »⁵⁶ Suite à la parution du *Rapport général sur les travaux du Conseil de salubrité pendant l'année 1827*, la *Gazette de santé* publie un compte rendu élogieux de l'enquête menée par le Conseil et de sa croissante utilité pour le « bien public »⁵⁷. La circulaire du 29 Vendémiaire an XI (21 octobre 1802), adressée aux maires de Paris, appelle à la récolte systématique des données portant sur les causes de mort. Dès cette date, les médecins parisiens de chaque arrondissement remplissent des bulletins de cause de décès, qui sont ensuite confiés à la Société de l'École de médecine⁵⁸. Ce travail est pris en charge dès 1808 par le Conseil de salubrité, qui constitue un tableau des maladies comme causes de mort. « Ce tableau, selon Biraben, est la première nomenclature des causes de décès élaborée en France à des fins pratiques et administratives qui permet le classement systématique des causes déclarées par les médecins sur les bulletins de décès. »⁵⁹ Dans une série d'articles intitulée « Statistique des décès dans la ville de Paris depuis 1809 », parue entre 1849 et 1858 dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, le secrétaire du Conseil de salubrité Adolphe Trébuchet publie le « Tableau des maladies considérées comme cause de mort »⁶⁰. En ce qui concerne le suicide, ce tableau est intéressant pour deux raisons. Tout d'abord, il répartit les maladies comme cause de mort en six classes, dont la quatrième concerne les névroses, et qui, elle, est subdivisée en quatre ordres. Le second ordre réunit les « affections mélancoliques ou hypocondriaques », notamment la « mélancolie simple, ou avec penchant au suicide »⁶¹. Parmi toutes les classes et tous les ordres, c'est la seule fois qu'apparaît le suicide. Plus loin dans son texte,

56 Biraben 1973, 59-70.

57 Anonyme 1828.

58 Biraben 1973, 64.

59 Biraben 1973, 65. Biraben compte 190 causes de mort, qui reflètent les nosologies de l'époque, notamment celles élaborées par de Sauvages et par Pinel. Il ajoute encore que les statistiques dressées à partir de ces tableaux de décès n'ont pas été publiées, sinon quelques fragments parus dans d'autres publications, comme les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (Biraben 1973, 66). Voir Carol 2004 ; Carol 2014.

60 Trébuchet 1850, 71-85.

61 Trébuchet 1850, 73.

Trébuchet réduit ce grand nombre de maladies à celles « qui ont causé le plus de décès »⁶². Il précise que « ce sont, il faut le reconnaître, invariablement les mêmes : les fièvres, les phtisies, les catarrhes, l'apoplexie, la petite vérole, etc. »⁶³. Dans les données qui suivent, on découvre que cet « etc. » contient surtout les suicides, pour lesquels aucun motif n'est donné ici⁶⁴. Le point important à retenir, à mon sens, porte sur le fait que les suicides, dès 1808 – après la dépénalisation, mais bien avant le premier mémoire consacré à leur psychopathologie –, sont inscrits parmi les maladies, bien que leur taux reste considérablement plus bas que celui des autres classes de maladies les plus importantes. Ce n'est qu'à la fin des années 1820 que le Conseil de salubrité publie des *Rapports généraux*, qui adoptent les différentes rubriques de motifs de suicide qui sont déjà élaborées par les *Recherches statistiques*, composées sur la base des « procès-verbaux envoyés à la préfecture par les commissaires de police ou les maires des communes rurales du département »⁶⁵. Ce qui nous amène à la question des motifs des suicides, tels qu'ils sont répertoriés par les *Recherches statistiques*.

En 1828, Victor de Moléon, ingénieur en chef des domaines de la Couronne et directeur propriétaire du *Recueil industriel*, publie les *Rapports généraux sur les travaux du Conseil de salubrité*, dans lesquelles il examine les données des *Recherches statistiques* sur le suicide dans le département de la Seine⁶⁶. Comme il l'explique, le tableau portant sur les suicides, paru dans les *Recherches statistiques* :

a été dressé avec beaucoup de soin, d'après les procès-verbaux des commissaires de police ou des maires des communes rurales ; et l'on peut croire que les tentatives de suicide ont, en général, toujours pu être constatées, parce que le suicide n'étant plus, en France, poursuivi par la rigueur des lois comme il l'est encore dans certains pays, tels que l'Angleterre, l'individu qui a eu la folie d'attenter à ses jours, ainsi que la famille à laquelle

62 Trébuchet 1850, 76.

63 Trébuchet 1850, 76.

64 Voir Trébuchet 1850, 76-78.

65 Moléon 1828, 87.

66 Voir Renneville 2018.

il appartient, n'ont aucune raison de cacher aux autorités la tentative de suicide⁶⁷.

À la différence du *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, qui ne présente que le suicide accompli, les *Recherches statistiques* s'intéressent aux tentatives de suicide et répartissent les données en deux groupes : les suicides « suivis de la mort » et les suicides « non suivis de la mort », sans pour autant distinguer leurs motifs propres, comme on le ferait aujourd'hui. Un second tableau présente les « moyens de destruction employés » et les « motifs présumés des suicides ».

Cette dernière rubrique m'intéresse tout particulièrement, car elle permet de comprendre comment les causes ou les motifs ont été répartis en groupes spécifiques et de constater l'importance de la folie comme cause du suicide. Les trois premiers volumes (1821, 1823, 1826) divisent les motifs en six groupes :

1. Passions amoureuses
2. Maladies, dégoût de la vie, faiblesse et aliénation d'esprit, querelles et chagrins domestiques
3. Mauvaise conduite, jeu, loterie, débauche, etc.
4. Indigence, perte de places, d'emplois, dérangement d'affaires
5. Crainte de reproches et de punitions
6. Motifs inconnus

Dans les volumes de 1821 et de 1823, on constate des différences importantes dans le taux de suicides entre ces six groupes de motifs. Le deuxième groupe de motifs est le plus représenté, suivi par le quatrième groupe. Autrement dit, les maladies, les chagrins et la misère sont identifiés comme les causes principales du suicide et de sa tentative. Remarquons que les motifs d'un grand nombre de suicides restent inconnus, comptabilisés dans le dernier groupe. Or, il faut noter ici un point important. La répartition de ces groupes de motifs est inégale, tout particulièrement dans le rassemblement de motifs très différents

67 Moléon 1828, 306.

dans le second groupe. Il réunit les maladies de toutes sortes, le dégoût de la vie, la faiblesse et l'aliénation mentale, mais encore les querelles et les chagrins domestiques. Comme on le verra, les différents types de chagrins, notamment domestiques, représentent à eux seuls un des motifs les plus importants dans le *Compte général*. Comment peut-on alors comparer un groupe de motifs aussi variés avec les « passions amoureuses » ou la « crainte de reproches ou de punition » ? En associant l'aliénation mentale à d'autres causes et augmentant par-là l'importance numérique de la folie, cette répartition des motifs fausse, à mon sens, la compréhension des causes du suicide.

En effet, les passions amoureuses constituent un groupe à part entière, ce qui indique non seulement une distinction faite entre le milieu conjugal et familial, d'un côté, et l'amour, de l'autre, mais aussi les résultats quantitatifs qu'une telle répartition inégale peut avoir sur la compréhension du suicide. De la même manière, le 4^e groupe, contenant la misère et le travail, exclut le jeu et la loterie, qui, eux, sont rapportés aux comportements de mauvaises mœurs (le 3^e groupe). Au fil des années et des volumes des *Recherches statistiques*, la répartition entre ces groupes s'équilibre, à l'exception des motifs qui concernent les maladies. À partir du quatrième volume, publié en 1829, les motifs sont réorganisés pour répondre à certains de ces problèmes et sont redistribués en cinq groupes :

1. Passions amoureuses, querelles et chagrins domestiques
2. Maladies, dégoût de la vie, faiblesse ou aliénation mentale
3. Mauvaise conduite, jeu, loterie, crainte de reproches ou de punitions
4. Misère, indigence, perte de places, d'emplois, dérangement d'affaires
5. Motifs inconnus

Les motifs médicaux à proprement parler sont enfin isolés et continuent à représenter le groupe le plus important de suicides. Hormis les motifs inconnus, très nombreux par ailleurs, les quatre premiers groupes couvrent le champ d'influences qui peuvent conduire au suicide : les relations intimes et familiales, les maladies et tout particulièrement l'aliénation mentale, les mauvais comportements et mœurs, et enfin la misère et les conditions économiques.

Ces données apportent aux aliénistes comme Esquirol – membre du Conseil de salubrité –, une base d'informations concrètes sur la mortalité, les maladies et leurs causes, et tout particulièrement sur la suicidalité de la population. Elles permettent aux aliénistes et aux hygiénistes d'ancrer leurs observations dans un cadre plus large, qui fait apparaître des « lois » ou des régularités du suicide. Ainsi, les *Recherches statistiques* s'inscrivent dans les premiers efforts d'hygiène publique entrepris au tout début du siècle. Ces travaux deviennent un modèle pour d'autres projets nationaux, et pour d'autres domaines comme l'éducation et la justice⁶⁸.

Le *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France* offre aux médecins une autre source de statistiques morales très riche, et tout particulièrement sur le suicide. À la différence des *Recherches statistiques*, le *Compte général* aborde le suicide sur l'échelle nationale et permet donc de comparer la suicidalité entre les départements. Cette source a été largement exploitée par les aliénistes, et plus tard par les sociologues comme Durkheim. Jean-Claude Farcy remarque que Durkheim « s'intéresse à toutes les données du phénomène, exception faite des “motifs” [...] qui lui paraissent douteux et de peu d'intérêt »⁶⁹. En ce qui nous concerne ici, ce sont justement les répertoires des motifs présumés, exposés dans le *Compte général* en détail, qui sont du plus grand intérêt, et que j'aimerais présenter brièvement.

Fondé par Jacques Guerry de Champneuf (1788-1852), le directeur des Affaires criminelles, le *Compte général* constitue « la première statistique régulière organisée au niveau national et la

68 Hacking 1990, 73.

69 Farcy 1995-1996, 266. Voir Ratcliffe 1992.

première publiée » sur les affaires judiciaires du pays⁷⁰. Comme Michelle Perrot et Philippe Robert le remarquent, il représente « la série administrative la plus continue, la plus homogène qui soit » et « il a servi de modèle à beaucoup de pays étrangers et de fondement à la criminologie »⁷¹. La publication du *Compte général* est annuelle et commence en 1827, pour l'année 1825. Il présente des données concernant les crimes et les délits dans l'ensemble des juridictions françaises⁷². Plus précisément, il se fonde sur la statistique judiciaire commencée déjà au 18^e siècle et « s'applique aux cours d'assises, aux tribunaux correctionnels, aux tribunaux de simple police, à la Cour de cassation pour toutes les affaires criminelles envisagées »⁷³. Un nombre croissant d'agents (gendarmes, policiers, maires, gardes) manœuvrent au développement de ce projet étatique et centralisé et participent à la récolte des données sur les délits et les crimes⁷⁴. Les données sur les suicides ont été rapportées au travers de fiches individuelles, « envoyées par les parquets à la Chancellerie », et qui sont maintenant perdues⁷⁵. Le *Compte général* présente un riche ensemble d'informations sur les affaires criminelles :

relevé général des accusations, développées par nature de crimes, résultat des poursuites, département et nature des peines ; répartition des accusés d'après le sexe, l'âge, l'état-civil, l'origine géographique, le degré d'instruction, la profession et le domicile rural ou citadin ; causes apparentes de certains crimes (empoisonnement, incendie, meurtre et assassinat) ; contumaces et délits politiques et de presse jugés par les cours d'assises⁷⁶.

Il contient encore des renseignements concernant les tribunaux correctionnels, les délits et les récidives. La toute dernière partie du *Compte général* est consacrée aux morts accidentelles,

70 Perrot/Robert 1989, 2. Voir également Martinage 2004.

71 Perrot/Robert 1989, 2.

72 Perrot/Robert 1989, 2. Voir Aubusson de Cavarlay 1998 et 2007.

73 Gille 1980, 170-171. Voir Berger 2004.

74 Petit, J.-G. 2002, 85-103. Sur la documentation du suicide dans le cadre juridique, voir le riche index raisonné de sources constitué par Farcy 1992.

75 Farcy 1995-1996, 273.

76 Farcy 1992, 171.

aux suicides, aux grâces et aux commutations de peines. Les dossiers des suicides sont composés par la gendarmerie ou les commissariats de police, avec certificats médicaux⁷⁷. Ces derniers apportent des informations détaillées sur les motifs présumés, notamment les genres d'aliénation mentale qui ont pu produire ces suicides.

Le suicide entre dans le *Compte général* progressivement⁷⁸. Les deux premières publications, pour les années 1825 [1827]⁷⁹ et 1826 [1827], n'en font aucune mention. Entre 1827 et 1834, un seul tableau présente les taux de morts accidentelles, de suicides et de duels, mis en rapport aux départements. Dès le *Compte général* pour l'année 1835 [1837], le suicide est isolé des autres objets et il est présenté par deux tableaux : le premier concerne le « nombre des suicides de chaque département, classés d'après leur sexe et leur âge » et le second porte sur les « professions des suicidés » et les « instruments ou moyens des suicides ». Il est important de noter que la rubrique consacrée aux morts accidentelles, présentées par genre de mort, contient très probablement un certain nombre de suicides dissimulés ou mal interprétés. En effet, certains genres de mort semblent suggérer cette possibilité, notamment les noyés, les personnes mortes en tombant d'un lieu élevé, « victimes de l'usage immodéré du vin et de liqueurs alcooliques », ou encore ceux qui sont « morts subitement ». Ce qui pose la question de la fiabilité de ces statistiques pour comptabiliser les suicides.

Ce n'est qu'à partir de l'année 1836 [1838] que les statistiques sur le suicide prendront leur forme définitive, en ajoutant encore un troisième tableau aux deux de l'année précédente : « Motifs présumés des suicides – Mois dans lesquels ils ont eu lieu. » Ces trois tableaux sur le suicide sont déplacés dans l'appendice du *Compte général*⁸⁰, le démarquant ainsi des crimes et des délits qui

77 Farcy 1992, 173.

78 Besnard 2000, 185-218, spéc. note 11.

79 Ici et dans les mentions suivantes, les dates entre crochets se réfèrent à la date de publication.

80 L'appendice rapporte les données concernant le suicide, les morts accidentelles, les grâces et les commutations.

occupent la grande majorité du répertoire, sans l'exclure pour autant de ce contexte juridique. On constate la même hésitation devant le suicide, autant dans le contexte médical que dans le contexte juridique. En effet, pourquoi inclure le suicide dans le *Compte général*, s'il ne s'agit plus d'un acte criminel ? Malgré ce conflit disciplinaire – entre les juristes et les médecins – ces deux champs se rencontrent autour des problèmes sociaux et moraux⁸¹. Et le suicide en représente le maillon idéal. Une justification peut être avancée pour l'inclusion du suicide dans les statistiques judiciaires ; en effet, il s'agit d'un genre de mort qui nécessite une expertise médico-légale pour confirmer qu'il n'y a pas eu d'homicide. Cependant, c'est à partir de 1836 qu'il fut inscrit dans le *Compte général* comme un objet à part entière, et on constate ce tournant dans la qualité des statistiques relatives au suicide.

Les trois tableaux de données sur le suicide ont apporté une riche source d'informations pour les aliénistes, comme on peut le constater dans beaucoup de leurs traités des années 1840 et 1850. Devant le traitement et la prévention du suicide, la question la plus importante concerne les causes du suicide, qui occupent la partie principale et la plus ample des traités médicaux. Or, les causes que ces aliénistes identifient ne correspondent pas toujours aux motifs présentés par le *Compte général*. Il est donc important d'analyser l'usage que les aliénistes ont fait de ces statistiques et comment ils sont parvenus à résoudre ces différences entre les motifs et les causes. En lisant les mémoires présentés pour le Prix Civrieux en 1846 et 1848, on constate qu'un grand nombre de ces auteurs reproduisent

81 Hacking 1990, 76. Au sujet du *Compte général* et de la collaboration médico-légale, Ian Hacking écrit : « The volumes for 1827-30 set forth the material for what Guerry named moral analysis, insofar as it applied to suicide. But there was a question of whether suicide should be published by the ministry of justice – as if suicide were a crime, rather than a disease ! After some wavering the justice ministry permanently assumed suicide under its wing in 1836. This may seem a slap in the face for the medical men : law, rather than medicine, claimed suicide. In fact, something more complex happened. A category of problems – pretty much what we now call 'social problems' – was created to be shared by joint experts, medical and legal. They founded the celebrated *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, commenced in 1829. This was the chief organ for the doctors of alienation, suicide and demented crime » (Hacking 1990, 76.).

exactement les motifs présumés du *Compte général*, à partir desquels ils élaborent leurs théories médicales⁸². Il n'est donc pas sans intérêt de citer ces motifs, répartis en cinq rubriques principales. Je cite ici les motifs énumérés pour l'année 1837 [1839] :

Motifs présumés

I. Misère et revers de fortune

- Misère
- Affaires embarrassées, dettes
- Perte au jeu
- Perte d'emploi
- Perte de procès
- Autres pertes
- Crainte de la misère
- Revers de fortune
- Regret d'avoir disposé de tout ou partie de sa fortune
- Espoir d'une donation, d'un établissement non réalisé

II. Affections de famille

- Chagrin de l'exil
- Douleur causée par la perte de conjoints, d'enfants
- Douleur causée par le départ d'enfants
- Douleur causée par leur ingratitude, leur inconduite
- Chagrin de vivre éloigné de sa famille
- Chagrin de n'être pas reconnu par son père (enfant naturel)
- Chagrin d'enfants maltraités ou grondés par les parents
- Discussions d'intérêt entre parents
- Jalousie entre frère et sœur
- Chagrin de voir une sœur abandonnée par son mari
- Regret de la mort d'un ami
- Chagrins domestiques non autrement spécifiés

III. Amour, jalousie, débauche, inconduite

- Amour contrarié

82 Dans le mémoire qu'il soumet pour le Prix Civrieux de 1848 (no 1), Achille Chéreau examine les statistiques pour les années 1836 à 1843. Le Tertre Vallier, quant à lui, analyse les données pour une période de dix-neuf ans, de 1827 à 1845.

- Jalousie entre époux, entre amants
- Grossesse hors mariage
- Dégoût du mariage, haine de son mari
- Honte d'une mauvaise action ; remords
- Paresse
- Inconduite, débauche
- Ivresse (Accès d')
- Ivrognerie habituelle (abrutissement)

IV. Contrariétés diverses

- Dégoût de sa position sociale
- Désir de se soustraire à des poursuites judiciaires
- Désir de se soustraire à l'exécution d'un jugement
- Désir de se soustraire à des poursuites disciplinaires (Militaires)
- Désir de se soustraire à des railleries
- Désir de se soustraire à la calomnie
- Désir de se soustraire à des souffrances physiques
- Dégoût de la vie
- Mélancolie
- Dégoût du service militaire
- Discussions avec des maîtres, reproches de leur part
- Chagrin de quitter un maître, une maison
- Chagrin de ne pouvoir se procurer des objets de parure, d'avoir perdu ses cheveux

V. Maladies cérébrales

- Aliénation mentale
- Monomanie
- Idiotisme, imbecillité
- Fièvre cérébrale (Accès de)
- Colère (Accès de)
- Exaltation politique
- Terreurs religieuses

À ces cinq rubriques s'ajoutent encore deux autres : les « motifs inconnus », comme dans les *Recherches statistiques*, et les « suicides après assassinat, meurtre, empoisonnement, incendie ». À la différence des *Recherches statistiques*, le *Compte général* propose

beaucoup plus de renseignements sur les motifs, notamment ceux concernant les maladies cérébrales, qui sont d'un intérêt tout particulier pour les médecins. En effet, cette dernière rubrique suit les catégories nosologiques de l'époque et se démarque ainsi du groupe de motifs médicaux présentés par les *Recherches statistiques*.

Cependant, on constate le même problème dans la répartition des objets entre les rubriques que l'on a rencontré dans les *Recherches statistiques*, qui se transforment légèrement au fil du temps. La cinquième rubrique (« Maladies cérébrales ») est très importante, car les sept objets qu'elle contient sont inégaux. Je pense surtout à l'énigmatique inclusion de l'« exaltation politique » et des « terreurs religieuses », mais aussi de la « fièvre cérébrale » et de l'« accès de colère ». Ces deux dernières affections sont souvent citées dans les traités psychiatriques du début du siècle, sans constituer pour autant des genres autonomes de folie. Leur inclusion parmi les maladies cérébrales a pour conséquence d'augmenter l'importance que joue la folie dans le suicide. En parcourant ces tableaux au travers du siècle, les maladies cérébrales représentent toujours le taux le plus élevé de suicides. Ces quatre objets disparaissent progressivement de cette rubrique dans les années 1860 et 1870. Ce qui peut expliquer, du moins en partie, le constat fait par Ernest Vallé, garde des Sceaux, ministre de la Justice et auteur du rapport qui ouvre le *Compte général* pour l'année 1900 : « [L]es suicides attribués à l'aliénation mentale, qui formaient, il y a vingt ans, presque le tiers du total (31 p. 100), n'y entrent plus que pour un peu plus du sixième (17 p. 100). »⁸³ De plus, mettre au même niveau les différents genres d'aliénation mentale et l'aliénation mentale elle-même pose un problème de cohérence et révèle des difficultés de diagnostic. La mélancolie, quant à elle, est répertoriée parmi les « contrariétés diverse », à côté du dégoût de la vie. Cette décision d'exclure la mélancolie des maladies cérébrales suggère l'influence d'Esquirol qui tente de reconceptualiser la mélancolie en termes de *lypémanie*, qui, elle, n'est qu'une variété triste de la monomanie. Je reviendrai sur ce point plus loin. La mélancolie demeure dans cette rubrique

83 Anonyme 1902, xc.

jusqu'à 1846, lorsqu'elle rejoint, après la mort d'Esquirol, les autres « maladies cérébrales ».

Bien que les aliénistes fassent un grand usage des statistiques du *Compte général* et se réfèrent aux motifs présumés qu'il dénombre, ils élaborent leurs propres listes de causes, afin de combler les insuffisances et les lacunes, notamment les divers genres de folie les plus susceptibles de conduire au suicide. Ce qui produit une certaine friction entre ces deux types de répertoires de causes, et entre le champ de la justice et le champ de la médecine. Dans son traité sur le suicide, l'aliéniste et élève de Leuret, Pierre-Égiste Lisle, expose ces conflits disciplinaires et institutionnels autour de l'utilité des statistiques de la justice criminelle sur le suicide. Publié en 1856, ce traité, intitulé justement *Du suicide. Statistique, médecine, histoire et législation*, prolonge le travail qu'il a fait dans les deux mémoires qu'il a soumis à l'Académie nationale de médecine en 1846 et 1848 pour le Prix Civrieux. Faisant lui-même un grand usage des statistiques du *Compte général*, il reconnaît cependant certains problèmes et insuffisances de ces données, tout particulièrement en ce qui concerne les motifs présumés. Il cite le garde des Sceaux et ministre secrétaire d'État de la Justice et des cultes, Félix Barthe, qui explique en 1835 le besoin de rendre compte du suicide comme un objet à part dans le *Compte général* :

J'ai dû m'occuper du suicide, cette maladie qui travaille nos sociétés modernes. Deux nouveaux tableaux présentent sur les individus qui se sont donné la mort, non seulement l'indication du lieu de leur décès, mais de leur sexe, de leur âge, de leur profession, du mois où ils ont accompli leur triste résolution, et de l'instrument ou des moyens dont ils ont fait usage⁸⁴.

Barthe continue, et Lisle le cite :

Des recherches ont été faites sur les causes qui ont déterminé les suicides ; mais les résultats ne reposaient pas sur des bases assez sûres pour que j'aie cru devoir les publier. Rien dans ce compte ne doit être conjectural : tout doit s'appuyer sur des

84 *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1835*, 1837, xxvii, cité par Lisle 1856, 11-12.

données certaines. J'espère pouvoir l'année prochaine publier ce document important⁸⁵.

Et c'est justement ce qu'il a fait dès l'année 1836. Lisle cite encore le ministre, qui admet à la fois l'utilité du tableau des motifs et leurs limites :

Des soins particuliers ont été pris pour que les motifs des suicides fussent recherchés et constatés avec le plus d'exactitude possible. Votre Majesté comprend que la certitude de ce document ne peut être complète. Tel qu'il est, cependant, il renferme des éléments assez sûrs pour être d'un grand intérêt⁸⁶.

Lisle explique sa longue citation de Barthe comme étant une réponse aux « attaques dirigées contre l'utilité et l'exactitude de ces comptes rendus, par des médecins estimables, et entre autres par Esquirol »⁸⁷. Il reconnaît l'insuffisance des renseignements sur l'état physique et moral des suicidés dans le *Compte général*, mais il défend néanmoins l'utilité de ces statistiques pour l'étude du suicide. La plus grande lacune, selon lui, concerne non pas l'étude des motifs, mais l'exclusion des tentatives et des suicides dissimulés par la famille⁸⁸. Ce qui ne permet pas à ses yeux d'apprécier la totalité et la complexité de ce phénomène.

C'est surtout à partir des années 1840 que les aliénistes commencent à baser leurs études sur les statistiques officielles. On peut citer l'ouvrage d'Étoc-Demazy, intitulé *Recherches statistiques sur le suicide, appliquées à l'hygiène publique et à la médecine légale*, qui porte sur le département de la Sarthe, sur la période de 1830 à 1841, et qui puise ses sources non pas dans le *Compte général* mais dans « les procès-verbaux et dans les rapports rédigés par les officiers de police et par les médecins, à l'occasion de chaque suicide, et déposés au parquet du tribunal de première

85 *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1835*, 1837, xxviii, cité par Lisle 1856, 12.

86 *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1836*, 1838, xxvii, cité par Lisle 1856, 12.

87 Lisle 1856, 13.

88 Lisle 1856, 14-15.

instance de l'arrondissement du Mans »⁸⁹. Ces données sont secondées par des « renseignements particuliers » des proches des défunts. Comme Lisle, Étoc-Demazy s'oppose à la critique sévère qu'Esquirol fait de ces sources, tout en avouant que « l'état physique et moral des suicidés n'est pas toujours indiqué, dans les procès-verbaux, avec tout le soin et tous les détails qu'on pourrait attendre des médecins habitués à l'observation des maladies mentales »⁹⁰. Quant aux causes du suicide évoquées dans ces sources, il dit encore :

Dans presque tous les cas, les causes du suicide sont recherchées avec d'autant plus de zèle qu'elles excitent vivement la curiosité des personnes chargées, par la loi, de constater le décès. Lorsqu'elles ne sont pas indiquées, c'est que, sans doute, il n'a pas été possible de les dévoiler. Qui donc, en effet, peut se flatter de toujours bien connaître les véritables motifs du suicide ? et qui pourrait les découvrir mieux que les médecins appelés à constater la mort d'individus qui vivaient non loin d'eux, quelquefois dans la même commune, toujours dans le même canton, et auxquels ils avaient souvent aussi donné leurs soins ; mieux que les juges de paix, ces magistrats de la vie intérieure, dépositaires de la confiance, souvent même des secrets du foyer domestique⁹¹ ?

En 1850, J.-B. Petit soutient sa thèse à la Faculté de médecine de Paris, qu'il intitule *Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide*⁹². Ce travail termine l'étude qu'il n'a pas pu soumettre pour le Prix Civrieux de 1848, et se base sur trois types de sources : le *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France* de 1835 à 1846, les statistiques générales de la France et le rapport sur l'instruction primaire par le ministre de l'Instruction publique. C'est à partir de cette première source qu'il étudie les données démographiques et les causes ou les motifs du suicide, tout en reconnaissant, lui aussi, une grande inégalité dans leur qualité :

89 Étoc-Demazy 1844, 8-9.

90 Étoc-Demazy 1844, 10.

91 Étoc-Demazy 1844, 10-11.

92 Petit 1850.

Bien que tous ces renseignements soient officiels, il ne faut pas en attendre une exactitude bien rigoureuse. En effet, beaucoup d'entre eux sont fournis par des maires de campagne, qui trompent souvent, tantôt par ignorance, tantôt parce qu'ils croient y avoir intérêt⁹³.

L'usage des statistiques par les aliénistes, dès les années 1840, indique non seulement l'accès à de nouveaux renseignements fournis par le *Compte général* à partir de 1836, mais aussi un tournant dans les théories médicales sur le statut psychopathologique du suicide. En effet, à ce même moment, la thèse exclusivement psychiatrique, telle qu'elle a été élaborée par Esquirol et son cercle, cède la place à une approche qui intègre les influences sociales et morales sur la production du suicide. Le traité d'Étoc-Demazy lance un débat parmi les aliénistes sur le statut du suicide, qui a pour résultat le renversement de la position selon laquelle le suicide constitue toujours un acte de folie. On constate dans les études que je viens de citer une opposition explicite à la thèse exclusive d'Esquirol. Des auteurs comme Lisle et Petit reprochent aux aliénistes comme Esquirol de restreindre leurs études sur le suicide aux seuls aliénés qu'ils observent et soignent dans les hôpitaux, ce qui, selon eux, fausse nécessairement leur compréhension de ce phénomène. En critiquant cette position, Lisle écrit dans l'introduction de son traité :

J'y trouvai beaucoup d'assertions sans preuves, des conclusions basées sur des faits incomplets ou trop peu nombreux, voire même des contradictions plus ou moins apparentes, et, par-dessus tout, la preuve que ces honorables écrivains s'étaient bornés à étudier le suicide dans les maisons d'aliénés. Ils n'avaient vu dans la question de la mort volontaire que son côté le plus restreint : les conclusions qu'ils avaient déduites de leurs observations ne s'appliquaient dès lors qu'à un petit nombre de faits et n'avaient pu les conduire qu'à l'erreur⁹⁴.

Petit maintient une position similaire :

93 Petit 1850, 7.

94 Lisle 1856, iv.

S'il n'existe pas de faits *complets médicalement observés*, propres à démontrer qu'un suicide a pu être exécuté sans l'intervention de la folie, cela n'a rien qui doive étonner. Un homme résolu à se donner la mort ne va pas consulter son médecin et lui faire constater son état ; il ne recherchera pas davantage la présence de témoins, qui ne manqueraient probablement pas de s'opposer à son projet⁹⁵.

Enfin, pour clore ce chapitre, j'aimerais encore citer un traité important sur le suicide, qui se fonde sur les statistiques officielles et qui partage également la nouvelle position des aliénistes des années 1840 et 1850. Il s'agit du traité de Brierre de Boismont intitulé *Du suicide et de la folie suicide*, publié en 1856, puis augmenté et réédité en 1865. Comme l'indique le titre de son ouvrage, Brierre de Boismont distingue le suicide pathologique de l'ensemble des morts volontaires, en se fondant sur une étude approfondie des statistiques et d'autres sources. Dans ce traité, comme dans les précédents, on constate des différences et des divergences entre ces motifs énumérés par le *Compte général* et les causes identifiées par les aliénistes. Brierre de Boismont utilise trois sources de données : le dépouillement des procès-verbaux de la justice criminelle de 4595 cas de suicide (entre 1834-1843)⁹⁶, 1328 lettres de suicide et les observations de 862 de ses propres patients⁹⁷. Tout d'abord, les motifs, selon Brierre de Boismont, ne se mesurent pas tous au même niveau, car il les classe en trois groupes : les « motifs *vrais* », les « motifs *exagérés* ou *futiles* » et les « motifs *faux* »⁹⁸.

Rejetant tout « système absolu »⁹⁹, Brierre de Boismont cherche à démontrer que le suicide n'est pas toujours produit par la folie. On constate dans son analyse que la proportion de

95 Petit 1850, 31.

96 Brierre de Boismont (1856, 99, note 1) précise : « L'immense majorité des faits cités sont tirés des documents qui nous avaient été confiés par le parquet, mais il en est un grand nombre qui ont été recueillis par nous ou empruntés à des sources dignes de foi. »

97 Besnard 2000, 186.

98 Brierre de Boismont 1856, x.

99 Brierre de Boismont 1856, 185.

la folie comme cause varie selon les éléments qui la constituent et du degré d'intensité. À la différence des rubriques du *Compte général*, aussi détaillées soient-elles, Brierre de Boismont réorganise les motifs selon ses propres catégories¹⁰⁰. Il regroupe les causes par « analogie » ou rapprochement des objets. Ainsi, les suicides par folie à proprement parler – le groupe quantitativement le plus important – se joignent à l'ennui et au dégoût de la vie, aux caractères susceptibles, à l'hypocondrie et au délire aigu. Il passe donc de 652 cas aux 1089 cas, ou d'un septième à un quart de tous les suicides.

Bien qu'il identifie la folie comme cause dans 652 cas de suicide, il affirme néanmoins qu'il ne suffit pas de s'arrêter sur les cas de folie à proprement parler, car :

[s]i l'on regroupe les suicides déterminés par l'ennui et le dégoût de l'existence, la faiblesse et l'exaltation de l'esprit, l'hypocondrie et la mélancolie, la manie et les hallucinations, les autres espèces de folie, les désordres psychiques dus à l'ivrognerie, on arrive à une proportion considérable¹⁰¹.

Ce chiffre peut augmenter encore si l'on considère que l'importante proportion de suicides, dont les motifs restent inconnus, peut contenir des sujets aliénés¹⁰². L'élargissement de cette liste de causes « psychopathologiques » dépend, selon lui, de la perspective de jugement. Ce qui l'amène à inclure dans cette liste l'ennui de la vie, à la différence d'Esquirol qui rejette le pouvoir suicidogène de cette cause. Pour Brierre de Boismont, il ne suffit pas d'étudier le suicide en médecin, il faut l'étudier aussi en moraliste¹⁰³. On remarque également une ambiguïté dans la classification des chagrins. Autonomes parmi l'ensemble

100 Voir Yampolsky 2019, spéc. figures 1 et 2 dans l'*Annexe 5*.

101 Yampolsky 2019, 136.

102 Yampolsky 2019, 217. Bien qu'il ne s'agisse que d'un septième des cas de suicide par folie, il ajoute que « cette proportion n'est pas la véritable, car il est à présumer que dans le groupe des motifs inconnus, beaucoup de morts violentes doivent être rapportées à la folie ».

103 Yampolsky 2019, 183. Selon Brierre de Boismont, « Esquirol a rejeté l'influence de l'ennui sur le suicide, en cherchant à établir qu'il y avait toujours alors quelque chose de dérangé dans l'esprit, et que les heureux de la terre ne se tuaient jamais par ennui. Cette assertion de notre maître montre qu'il avait plutôt étudié la question en médecin qu'en moraliste. »

des causes, ils figurent aussi parmi les sous-catégories de la folie (« Chagrins ayant amené la folie »), sans qu'il soit précisé de quels genres de chagrins il s'agit, ni de quel genre d'aliénation mentale.

De cet usage des statistiques et des observations par les aliénistes, on peut relever plusieurs éléments récurrents. Tout d'abord, la folie demeure toujours la cause principale du suicide, même si sa proportion par rapport aux autres causes diminue avec le développement des statistiques. On remarque également que les paramètres de la folie varient selon l'auteur, voire chez le même auteur. Ce qui indique plusieurs éléments : les développements des théories psychiatriques, les différences d'approches, l'inscription des facteurs moraux et sociaux dans le cadre médical, mais aussi l'intention de maintenir le suicide dans le domaine médical. Bien qu'il faille aborder le suicide « en médecin » *et* « en moraliste », selon les mots de Brierre de Boismont, il revient en dernière instance au médecin d'incarner ces deux postures.

Les causes du suicide

Les systèmes de classification

Dès lors que le suicide devient un objet médical, les aliénistes et les hygiénistes se chargent d'identifier non seulement les symptômes et les distinctions entre divers types de suicide, mais aussi les différentes causes qui pourraient le produire. Les médecins rassemblent et décrivent les nombreuses causes, lointaines et immédiates, de cet acte, qu'il soit considéré comme une forme de folie, son symptôme, ou comme un acte rationnel. De longues listes de causes occupent une place centrale dans les traités médicaux sur cet objet. En effet, l'étiologie du suicide constitue la part la plus importante des ouvrages. Brierre de Boismont, par exemple, y consacre les 300 premières pages et de loin le plus long chapitre de son ouvrage¹. En portant un tel regard approfondi, les aliénistes élèvent le suicide au rang des pathologies les plus importantes et inquiétantes.

Ces longues listes de causes sont dressées à partir de plusieurs sources : des observations, des statistiques nationales et régionales, d'autres études historiques et contemporaines. On les décrit, on les soutient par des observations de cas, mais aussi on les classe de différentes manières. Comme Brierre de Boismont le souligne, la classification ou la « division » des causes « varie selon les temps et les pays »². Les différentes manières de classer les causes du suicide dépendent des développements de

1 Brierre de Boismont 1865.

2 Brierre de Boismont 1865, 59.

la médecine mentale et des différentes théories psychiatriques, ainsi que de l'influence d'autres enjeux disciplinaires et sociaux, notamment le rôle grandissant de l'hygiène publique, le développement des statistiques, le renouveau catholique parmi les médecins du milieu du siècle, ou encore une pathologisation des comportements, de la déviance et des mœurs.

Or, comme on le verra, la compréhension même du suicide dépend de la manière selon laquelle ces causes sont classifiées au cours du siècle. Ce qui déterminera les moyens thérapeutiques et préventifs qu'élaborent les aliénistes et les hygiénistes. En effet, comme Victor de Moléon l'affirme, en 1841, dans ses *Rapports généraux sur les travaux du Conseil de salubrité de la ville de Paris et du département de la Seine*, il est important d'« éclairer sur les causes physiques et morales, prochaines et éloignées qui disposent et déterminent les hommes à attenter à leur vie : car ce n'est qu'en remontant aux causes que l'on parviendra, s'il y a possibilité, à diminuer ce funeste penchant »³. Comme Marc Renneville le souligne, la nouvelle attention aux motifs et à l'étiologie du suicide émerge suite à une demande des médecins du Conseil de salubrité de Paris, avant les années 1820, auprès du préfet, de pouvoir poursuivre des recherches sur ses causes, afin d'élaborer de meilleures mesures de prévention⁴. La première énumération paraît dans le rapport d'activité de 1826 du Conseil de salubrité. Voici les motifs des suicides, cités dans ce rapport, pour l'année 1826 :

Passions amoureuses ; querelles ou chagrins domestiques	100
Maladies, dégoût de la vie, faiblesse ou aliénation d'esprit	148
Mauvaise conduite, jeu, loterie, crainte de reproche ou de punition	69
Misère, indigence, perte de places, d'emploi, dérangements d'affaires.....	100
Motifs inconnus ⁵	94

L'auteur ajoute que parmi ces 511 « suicides », « 154 ont attenté à leurs jours sans se détruire »⁶.

3 Moléon 1841, 138.

4 Renneville, 2018.

5 Moléon 1828, 378, note 2.

6 Moléon 1828, 378, note 2.

Aussi importante que soit l'étiologie pour la compréhension et la prévention du suicide, les aliénistes font face à une quantité et une diversité de causes vertigineuses. Ce chapitre analysera comment ils ont classifié ces causes et comment ces modes de classification ont influencé la compréhension et la prévention du suicide. Comment donner sens à ces causes si nombreuses et si dissemblables ? Que disent-elles ? Que font-elles comprendre ? Peut-on même en tirer un sens ? On peut relever deux formes majeures d'évolution dans leur classification. La première concerne la pathologie du suicide. En effet, la classification des causes du suicide est déterminée par les différentes conceptions de la folie, qu'il s'agisse d'attribuer cet acte à « une aliénation non spécifique », à « la monomanie suicide », ou de le partager « entre différentes causes »⁷, dont les maladies mentales ne représentent qu'une parmi d'autres. Les premières grandes études psychiatriques sur le suicide, notamment celles de Chevrey (1816), d'Esquirol (1821) et de Falret (1822), abordent l'étiologie à partir du postulat selon lequel le suicide constitue toujours (ou presque toujours) un acte ou un symptôme de la folie. Ils fondent un rapport de causalité entre la folie et le suicide, tout en rapportant ces deux phénomènes à un vaste ensemble d'autres causes qu'ils partagent. La classification des causes chez les auteurs comme Esquirol est loin d'être aussi systématique que celle que l'on verra quelques décennies plus tard. Dès lors que l'on sépare le suicide de la folie et qu'on admet la rationalité possible d'un tel acte – sans pour autant exclure l'existence d'une autre cause pathologique, physique ou morale –, les systèmes de classification reflètent ce changement épistémologique. Les nombreuses causes sont réparties entre le suicide psychopathologique et le suicide rationnel, permettant ainsi de les organiser de manière plus schématique. La seconde forme d'évolution dans la classification des causes est déterminée par l'établissement et la publication régulière des statistiques, tout d'abord par le Conseil de salubrité de Paris avec les premiers dénombrements remontant à 1817, puis par le *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*. À partir des années 1830 tout particulièrement, ces

7 Mucchielli/Renneville 1998, 7.

statistiques constituent pour les aliénistes et les hygiénistes une riche source de données, récoltées des procès-verbaux de la police et des médecins légistes. Ces sources statistiques joueront un rôle fondamental dans les études étiologiques du suicide.

Les causes et leurs synonymes

Une question de terminologie se pose ici. Bien que la plupart des médecins parlent des « causes » du suicide, on constate que d'autres termes sont utilisés comme synonymes, notamment « motif », « mobile », « influence » et « facteur ». Le premier terme, « motif », se rapporte aux sources statistiques, qui sont souvent citées et exploitées par les aliénistes. Sous la plume des médecins, ces mêmes motifs se transforment en causes, c'est-à-dire qu'on passe d'un terme plus général, et souvent juridique, à un terme médical. Cependant, on constate un glissement terminologique à partir des années 1840⁸, lorsque les aliénistes reposent leurs études de plus en plus sur les statistiques officielles et utilisent les termes de « motif » et de « cause » de manière interchangeable, sans jamais en questionner la différence. L'usage de ces deux termes comme synonymes devient systématique dans les traités de Brierré de Boismont (1856) et de Lisle (1856), lorsqu'ils conçoivent le suicide comme un « fait social ». En 1870, Émile Le Roy consacre un chapitre de son traité à l'étiologie, qu'il intitule : « Des causes ou motifs présumés du suicide. »⁹ S'agit-il simplement d'une influence forte des rapports de statistiques, qui, eux, emploient le terme « motif », ou bien encore, ce glissement terminologique ne révèle-t-il pas justement une ambiguïté dans le statut du suicide ? Ces deux explications semblent valides et probables. Cependant, cette synonymie apparaît surtout au moment même où les aliénistes commencent à admettre la possibilité d'un suicide rationnel et libre, et donc non pathologique. Bien que le terme « motif » soit quasiment absent dans les

8 Voir, par exemple, les mémoires soumis à l'Académie nationale de médecine (France) pour le Prix Civrieux en 1846 et 1848, notamment celui de Le Tertre Vallier 1848.

9 Le Roy 1870, voir la table des matières.

dictionnaires de médecine, et cela jusqu'aux années 1870, en 1741, le *Dictionnaire œconomique* de Noël Chomel définit déjà la « cause » comme « le motif & la raison pour lequel & pour laquelle l'action s'intente »¹⁰. Notons, cependant, que l'explication qui suit cette définition est principalement juridique, et non pas médicale. C'est en 1873, dans le *Dictionnaire de médecine* de Littré et de Robin, que le terme « motif » acquiert une définition médicale : « En physiologie psychique, ce qui détermine la volonté. »¹¹ Ce terme réapparaît dans la terminologie médicale au même moment que les frontières entre folie et criminalité sont repensées par les médecins et les criminologues. On peut mentionner les théories de la dégénérescence, du « criminel-né », des perversions morales, par lesquelles la criminalité et les déviances sont naturalisées, rapportées à la constitution, à l'hérédité, aux instincts, mais on peut aussi évoquer les nouveaux appels à des lois répressives contre le suicide par les aliénistes eux-mêmes. En dehors de cette définition médicale tardive, un motif se démarque d'une cause principalement par le rôle de la volonté et de la conscience du sujet, devant ce qui le pousse à commettre un acte comme le suicide. Ceci est sous-entendu dans la définition du *Dictionnaire de Trévoux* : « C'est la raison qui détermine un homme à agir, à faire quelque chose »¹² et dans la première édition du *Dictionnaire de la langue française* de Littré (1873-1874) : « Ce qui pousse à faire une chose », suivi d'un exemple tiré de La Bruyère : « Le motif seul fait le mérite des actions des hommes. »¹³ Le rôle de la volonté devient plus explicite au 20^e siècle, notamment dans la 8^e édition du *Dictionnaire de l'Académie française*, publiée entre 1932 et 1935 : « Ce qui pousse à agir, en parlant de tout élément conscient considéré comme entrant dans la détermination d'un acte volontaire. »¹⁴ Bien que cette insistance sur la volonté consciente ne soit pas encore explicite au cours du 19^e siècle, toutes les définitions du terme de « motif » dans les dictionnaires

10 Anonyme, « Cause », 1741, 91.

11 Anonyme, « Motif », 1873, 988.

12 Anonyme, « Motif », 1771, 72.

13 Anonyme, « Motif », 1874, 641.

14 Anonyme, « Motif », 1935.

de la langue française font comprendre qu'il ne s'agit pas d'un événement ou d'un état que le sujet « subit » malgré lui, mais qui donne au sujet une « raison » pour une telle action. Ainsi, l'usage synonymique de « motif » et de « cause » par les aliénistes, tout particulièrement à partir des années 1840, souligne à nouveau le statut ambigu du suicide, entre la folie et la raison, entre un acte libre – aussi déviant ou immoral qu'il puisse être – et un « acte maladif » ou un symptôme de la folie. Plus rarement, on rencontre l'usage du terme de « mobile »¹⁵ qui, comme « motif » – mais aussi « émotion » –, indique un certain mouvement ou une impulsion à commettre un acte. Cependant, un « mobile » se rapporte également à la « variation dans les goûts, dans les impressions, l'impossibilité d'être, etc. »¹⁶ La distinction implicite, sous la plume des aliénistes, entre « motif » ou « mobile », et « cause » semble donc dépendre surtout de la fonction qu'occupe le sujet de l'action. Dans l'un, il est poussé à agir par une raison, dans l'autre, il devient lui-même l'objet d'un autre facteur.

Mentionnons encore l'usage récurrent du terme « influence » pour parler des causes du suicide. Il s'agit là non seulement des influences environnementales, comme le climat, mais aussi des causes sociales comme l'éducation, les mœurs et en particulier les « vices ». On parle également de l'influence contagieuse¹⁷ des romans, de la musique et du théâtre. Il est rare, cependant, que ce terme soit utilisé pour désigner l'aliénation mentale, à laquelle les aliénistes réservent le terme de « cause ». À la fin du siècle, en se démarquant de tous les aliénistes et les médecins qui le précèdent, le médecin Armand Corre aborde l'étiologie du suicide non plus, ou pas seulement, en termes de « cause », mais en termes de « facteur »¹⁸. Plus précisément, il parle de trois types de facteurs : « individuel », « sociologique » et « cosmique ». Ce terme, qui se rapproche de l'usage que l'on en fait aujourd'hui, marque un tournant épistémologique et disciplinaire, notamment avec l'avènement de la sociologie et donc d'un nouveau regard sur les phénomènes collectifs comme le suicide.

15 Le Roy 1870.

16 L. J. M. (sans doute Louis-Jacques Moreau de la Sarthe) 1821, 158.

17 Virey 1818, 10.

18 Corre 1891.

L'organisation des causes

Pour prévenir le suicide, il faut non seulement identifier les causes, mais encore comprendre le rapport que ces différentes causes entretiennent les unes avec les autres, et avec la maladie elle-même, ou plus précisément avec l'acte du suicide. Les médecins abordent la question de l'étiologie en divisant les causes en différentes catégories. La plupart des définitions médicales de la notion de « cause » identifient et définissent plusieurs groupes, souvent par couples opposés, qui indiquent le niveau de causalité d'une influence externe ou interne sur le développement d'une maladie. Quatre principes généraux dirigent les études étiologiques, qui sont résumés par Hippolyte Brochin en 1888, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre : « 1° la provenance des causes, leur origine intrinsèque ou extrinsèque ; 2° leur puissance d'action ; 3° leur caractère simple ou complexe ; 4° leur action directe ou indirecte. »¹⁹ Ces quatre principes sous-tendent la division des causes en différentes catégories spécifiques. En 1792, l'*Encyclopédie méthodique, médecine* divise les causes des maladies en *prédisposantes* et *occasionnelles*. Selon ce dictionnaire, c'est la « réunion » de ces deux types de causes qui produit la maladie, « ce qu'une seule ne saurait faire »²⁰. Dans le cas du suicide, tout en affirmant que l'aliénation mentale constitue la cause principale, les aliénistes admettent la concurrence de plusieurs autres causes²¹. On parle aussi de *causes éloignées* et de *causes prochaines*, bien que cette division soit moins précise et varie selon l'auteur. Comme Pariset l'explique, le corps et la santé sont en constante modification de par les influences qui nous entourent et agissent sur nous, et qui produisent en nous des états malades²². Il est donc important pour les médecins de considérer le rapport complexe entre les différents types d'influences ou de causes qui produisent le suicide.

Devant la pluralité de causes, les aliénistes cherchent à établir un certain ordre et une priorité. Certains types de causes,

19 Brochin 1888, 346.

20 Mahon 1792, 500.

21 Mahon 1792, 500.

22 Pariset 1812, 368.

souvent en paires opposées comme *prédisposantes* v. *déterminantes*, sont constants au travers des études médicales sur le suicide au cours du siècle. D'autres types sont proposés pour mieux organiser et subdiviser la grande quantité de ces causes. Pariset parle de *causes prochaines*, ou « l'état maladif tout formé », et de *causes éloignées* qui, internes ou externes à l'individu, produisent la cause prochaine. Ces causes éloignées se répartissent entre *causes prédisposantes*, ou « celles qui dépendent de l'organisation », et *causes occasionnelles*, ou « celles qui joignant leur effet à celui de toutes les causes déjà rassemblées, complètent l'état maladif, et provoquent la réaction vitale »²³. Ces causes occasionnelles, comme les professions ou les mauvaises habitudes, ont une influence secondaire. Ce n'est, selon Auguste-François Chomel, « qu'une secousse imprimée à l'économie ; [cette cause] n'a aucun résultat chez l'homme sain ; elle ne fait que hâter, chez celui qui ne l'est pas, l'apparition d'un mal imminent »²⁴.

Le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* de Panckoucke (1821) propose une division plus détaillée des causes en types spécifiques²⁵.

Causes éloignées, ou *prédisposantes*, *procatartiques*, *proégumènes* [*sic*] : elles agissent indirectement.

Causes essentielles, *continentes* ou *prochaines* : elles sont rapprochées et agissent le plus directement.

Causes déterminantes, *excitantes* ou *occasionnelles* : elles sont nécessaires à l'accomplissement de l'effet.

Causes principales : elles jouent le rôle le plus important dans la production de la maladie.

Causes contingentes, *accessoires* ou *accidentelles* : elles ne sont pas nécessaires ou jouent un rôle moindre dans la production de la maladie.

Causes spécifiques : elles produisent toujours le même effet.

Cependant, les causes prédisposantes et les causes déterminantes constituent la division la plus généralement adoptée et

23 Pariset 1812, 375.

24 Chomel 1822, 466-467.

25 Anonyme, « Cause », 1821, 547-554.

la plus détaillée selon les dictionnaires de médecine. Ce que l'on retrouve également le plus souvent dans les études sur le suicide. Ces deux types de causes, tous les deux très nombreux, sont conçus dans un rapport hiérarchique, selon lequel les causes déterminantes (ou spécifiques), rapportées souvent à l'hygiène publique et aux « principes contagieux »²⁶, agissent sur une constitution compromise par une prédisposition. Les causes prédisposantes jouent donc un rôle fondamental dans le développement du suicide ou d'un autre état pathologique, car elles « imprime[nt] à l'économie des modifications particulières, et la prépare à telle ou telle maladie »²⁷. Celles-ci peuvent être « générales », agissant sur plusieurs personnes, comme l'atmosphère (l'air, les saisons)²⁸, ou « individuelle », beaucoup plus nombreuses et variées, et se subdivisent en deux groupes. Les unes concernent « les conditions propres à chaque individu, telles que l'origine, l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, les habitudes, la profession, l'état d'aisance ou de pauvreté, de santé, de convalescence ou de maladie » ; les autres concernent « tous les autres agents [*sic*] morbifiques » rapportés généralement à l'hygiène publique²⁹.

Dans les études médicales du suicide, chaque auteur développe sa propre manière de diviser les causes en différents groupes. La diversité de ces systèmes varie du plus simple, avec une seule liste ou une répartition entre deux groupes, à un système de subdivision très complexe³⁰. Les plus complexes et « arborisés » sont développés durant les années 1840 et 1850, au moment même des débats sur le statut pathologique du suicide. Les groupes les plus récurrents sont les causes prédisposantes, générales, premières ou génératrices, d'un côté, et les causes déterminantes, particulières, occasionnelles ou secondaires, de l'autre.

26 Chomel 1822, 460.

27 Chomel 1822, 459.

28 Chomel 1822, 460.

29 Chomel 1822, 461.

30 Voir Yampolsky 2019, Annexe 6 (Fiches des causes du suicide par auteur), 696-732.

Le physique, le moral et la morale

Considérons une dernière distinction importante qui apparaît dans la plupart des études, celle des causes *physiques* et des causes *morales* du suicide. Les premières réunissent diverses maladies somatiques, qui incluent souvent les maladies mentales, la douleur physique, ou encore des lésions supposées quoique rarement localisées dans les organes. Certaines études incluent parmi les causes physiques des comportements ou des états de vie qui se rapprochent de la morale, comme la misère, la paresse, la gourmandise et le libertinage, conçus ici en termes d'excès ou de perversion des besoins d'exercice physique, de nutrition et de procréation.

Les « causes morales », quant à elles, réunissent un vaste spectre de phénomènes, des diverses passions aux influences des mœurs, des comportements « immoraux » à la nature des relations sociales. Les causes morales s'articulent avec les causes physiques, comme deux versants nécessaires au développement d'une maladie mentale ou du suicide. En effet, toute la conception de la folie – et par extension du suicide – s'y joue, située entre le physique et le moral. Si le pouvoir du physique sur le moral aura souvent été démontré par les médecins, depuis l'Antiquité, qu'il s'agisse des explications humorales ou neurologiques, le rapport inverse demeure plus difficile à saisir. Jusqu'au tournant du 19^e siècle, les médecins préviennent des dangers de l'imagination sur le corps, qui peut créer des dérangements physiques, mais aussi sur l'esprit par les erreurs que l'imagination peut induire³¹. Le pouvoir réciproque du corps et du psychisme devient un objet important pour la conception « anthropologique » de la médecine, qui émerge à la fin du 18^e siècle, et qui tend à ramener la médecine aux différentes fonctions physiques, intellectuelles et morales (la morale) de l'homme³². Développée d'abord par l'école vitaliste de Montpellier³³, notamment Barthez et Boissier de Sauvages, mais aussi Pinel qui y a fait une partie de ses études, c'est à Paris cependant, et tout particulièrement chez les

31 Voir Goldstein 1997b, 29-49.

32 Voir Williams 2002, 67-114.

33 Sur le vitalisme, voir Rey 2000 ; Williams 2003 ; Lavabre-Bertrand 2011.

Idéologues, que cette nouvelle conception de la médecine devient un programme non seulement disciplinaire, mais aussi philosophique, politique et social. Ils inscrivent ainsi les éléments constitutifs de l'homme et de la vie, mais aussi les fonctions comme la sensibilité et les sensations, à l'intérieur d'un champ philosophique plus vaste³⁴. L'une de ces figures les plus marquantes, Pierre-Jean-Georges Cabanis, publie en 1802 un ouvrage intitulé *Rapports du physique et du moral de l'homme*, qui a fortement influencé les premiers aliénistes français³⁵. Cabanis part de la notion de Condillac – héritée de Locke –, selon laquelle toute idée provient des impressions sensibles produites par des objets *extérieurs*. Cabanis se démarque de Condillac en ajoutant une autre source d'impressions morales, qui proviennent de l'*intérieur* de l'homme. Comme Jan Goldstein l'explique, ces « impressions » :

trouvaient leur origine au fond des organes internes et le plus souvent hors de la conscience de l'individu et qui, en atteignant le cerveau, généraient des idées ou des propensions morales tout comme le faisaient les sensations, les impressions du monde extérieur captées par les récepteurs sensoriels. Ces contenus mentaux qui dépendaient des impressions internes [...], Cabanis les appelait « instincts »³⁶.

À partir de la longue controverse sur les liens entre l'âme et le corps, Cabanis annonce, par le titre même de son ouvrage, sa volonté de démontrer l'influence réciproque entre le physique et le moral. Cependant, plusieurs de ses contemporains, notamment Virey et Moreau de la Sarthe, lui reprochent de ne consacrer qu'une quarantaine de pages à l'influence du moral sur le physique³⁷. Cabanis lui-même, inscrit dans une tradition physiologiste, admet cette prédominance du physique dans sa conception des facultés de l'homme, en concluant : « [L]e moral n'est que le physique, considéré sous certains points de vue plus

34 Williams 2002, 76. Voir Goldstein 1997a, 307-351 ; mais aussi Rosen 1946 ; Moravia 1974 ; Huertas 2008.

35 Sur Cabanis et sa pensée, voir Durand 1939 ; Staum 1980 ; Moravia 1981 ; Pigeaud 1986, 47-59 ; Besançon 1997 ; Saad 1997 ; Saad 2016.

36 Goldstein 1997a, 81.

37 Virey 1819a, 271-272 ; Moreau de la Sarthe 1821, 268.

particuliers »³⁸, une conception fortement critiquée à l'époque même de Cabanis par des philosophes et des médecins d'écoles rivales, notamment par Maine de Biran et Julien-Joseph Virey³⁹. En s'opposant aux médecins physiologistes comme Cabanis, Virey défend un courant de pensée spiritualiste, selon lequel « nos facultés morales annoncent un principe d'un ordre supérieur à celui du corps »⁴⁰. Dans sa définition du « moral » pour le *Dictionnaire des sciences médicales* de Panckoucke, Virey critique, en 1819, le rejet par les physiologistes, comme Cabanis justement, de l'existence d'une force spirituelle de l'homme. Reprochant à Cabanis de réduire le moral au système cérébral comme organe⁴¹, Virey définit le moral en termes d'âme, de « cause motrice »⁴² ou de principe supérieur au corps, qui con-stitue non seulement le lieu des affections intellectuelles et affectives, mais aussi la force qui détermine les actions de l'homme. Le moral donne ainsi à l'homme la capacité de dépasser ses besoins et ses instincts « primitifs », comme il le montre avec l'exemple du médecin qui, mû par le « noble courage de l'humanité »⁴³, se sacrifie volontairement pour soigner les pestiférés. « Il faut, conclut-il, une cause supérieure au corps pour dompter le corps. »⁴⁴ Dans cet exemple où l'homme devrait « naturellement », ou par instinct, fuir le danger que représentent les pestiférés, ce « noble courage » du médecin le pousse à agir contre son propre instinct de conservation. D'où cette force supérieure ou cause motrice indépendante du corps, et indépendante des instincts fondamentaux. Plus loin dans sa définition du moral, Virey affirme cette supériorité du moral sur le corps, en prenant l'exemple du suicide : « On ne peut pas concevoir qu'une machine automatique, quelque parfaite qu'on la suppose, prenne le pouvoir de se

38 Cabanis 1805, 39-40. Voir Mrozovski 2013, 421-475 ; Gaille 2017, 75-78. Ce manque de rigueur dans la distinction entre le moral et le physique est relevé par Anonyme, « Moral », 1885, 1013.

39 Voir Maine de Biran 1834 ; sur les débats entre Cabanis et Maine de Biran, voir Colonna d'Istria 1913.

40 Virey 1819a, 272.

41 Virey 1819a, 270-272.

42 Virey 1819a, 272.

43 Virey 1819a, 275.

44 Virey 1819a, 272.

détruire par une détermination de volonté ou de passion, comme l'homme qui se poignarde de désespoir. »⁴⁵ Virey veut démontrer, contre Cabanis et les physiologistes, que le moral peut exercer un pouvoir sur le corps et ses instincts au-delà même de l'instinct de conservation, conçu comme le principe fondamental des fonctions vitales du corps. Il rejette ainsi la conception qui rend confuse la distinction entre le physique et le moral. En considérant le suicide comme un acte qui s'oppose à cet instinct « naturel » ou « inné », Virey le conçoit comme une forme de dérangement moral ou psychique, qui agit sur le corps. Sur le modèle du sacrifice, Virey utilise le suicide pour prouver l'emprise du moral sur le physique.

Or, dans le second volume de son traité, Cabanis réitère sa position de façon encore plus explicite :

Nous ne pouvons donc plus être embarrassés à déterminer le véritable sens de cette expression, *Influence du moral sur le physique* : nous voyons clairement qu'elle désigne cette même influence du système cérébral, comme organe de la pensée et de la volonté sur les autres organes dont son action sympathique est capable d'exciter, de suspendre, et même de *dénaturer* toutes les fonctions. C'est cela ; ce ne peut être rien de plus⁴⁶.

Pour développer cette conception non plus de manière dualiste – entre l'âme et le corps, ou entre le moral et le physique –, mais selon les deux versants de la physiologie⁴⁷, Cabanis annonce dès la première phrase de son ouvrage une appropriation du champ des « moraliste » par celui du médecin : « L'étude de l'homme physique est également intéressante pour le médecin et pour le moraliste : elle est presque également nécessaire à tous les deux. »⁴⁸ Si, autrefois, le moraliste « s'effor[çait] de remonter jusqu'aux opérations plus obscures, qui constituent les fonctions de l'intelligence et les déterminations de la volonté » et « y cherch[ait] les règles qui doivent diriger la vie, et les routes qui conduisent au bonheur », Cabanis, lui-même Idéologue, plaide

45 Virey 1819a, 272.

46 Cabanis 1805, 522-523.

47 Gaille 2017, 76. Voir Boulad-Ayoub 2009.

48 Cabanis 1805, iii.

pour une médecine philosophique, qui inscrit l'aspect moral de l'homme dans son propre champ d'étude⁴⁹. En effet, il cherche à faire rupture avec la division entre ces deux aspects fondamentaux de l'homme, et donc entre deux disciplines :

[...] le moraliste et le médecin marchent toujours encore sur la même ligne. Celui-ci n'acquiert la connaissance complète de *l'homme physique*, qu'en le considérant dans tous les états par lesquels peuvent le faire passer l'action des corps extérieurs, et les modifications de sa propre faculté de sentir ; celui-là se fait des idées d'autant plus étendues et plus justes de *l'homme moral*, qu'il l'a suivi plus attentivement dans toutes les circonstances où le placent les chances de la vie, les événements de l'état social, les divers gouvernements, les lois, et la somme des erreurs, ou des vérités répandues autour de lui⁵⁰.

Or, Cabanis critique cette division entre l'étude de l'homme physique et celle de l'homme moral, en reprochant aux moralistes le « vague des hypothèses métaphysiques »⁵¹, sans fondement scientifique ou empirique.

Par cette nouvelle conception du rapport entre le physique et le moral, il s'agit non seulement d'une nouvelle manière de penser les liens entre l'âme et le corps, mais aussi et surtout d'une redéfinition du rôle disciplinaire de la médecine. Comme Goldstein le souligne, « cette nouvelle médecine de réciprocité psychophysiologique poussait le domaine mental en première ligne, ce que ne faisait pas l'ancienne conception de l'art de guérir »⁵². En effet, la position organiciste des premiers aliénistes se fonde sur cette proximité entre le psychique et le physique. Or, comme l'ambiguïté terminologique et conceptuelle le met en évidence, la notion du *moral* chez ces premiers aliénistes exige que l'on y inscrive une forte dimension de *la morale*. Ce qui confirme l'affirmation de Michel Foucault, puis de Gladys Swain, selon

49 Cabanis 1805, iii.

50 Cabanis 1805, xi-xii.

51 Cabanis 1805, xiii.

52 Goldstein 1997a, 82.

laquelle la nouvelle conception de la folie est déterminée par une intériorisation, et donc une naturalisation, de la morale. En articulant les deux éléments fondamentaux ou les « deux forces motrices »⁵³ de l'homme, le moral et le physique, avec un troisième, celui de la morale, Cabanis et ses disciples inscrivent cette médecine « anthropologique » dans des enjeux sociaux et hygiénistes⁵⁴. Comme le montre Foucault dans *L'Histoire de la folie à l'âge classique*, cette distinction entre le physique et le moral devient opératoire dans la thérapeutique des fous, et tout particulièrement dans le *traitement moral*, justement lorsque la médecine « introduit la folie et sa guérison dans le jeu de la culpabilité » et les relie à la « faute »⁵⁵. Cabanis l'affirme lui-même : « [L]a physiologie, l'analyse des idées et la morale ne sont que les trois branches d'une seule et même science, qui peut s'appeler, à juste titre, *la science de l'homme*. »⁵⁶ Esquirol soutient la même position à propos du champ d'expertise de l'aliéniste, dont le travail doit englober le corps, le psychisme et la morale de l'homme⁵⁷. La morale dans cette science joue un rôle intermédiaire, qui ouvre l'étude de l'homme au-delà de sa corporéité. En ce sens, réduire le moral au cerveau comme organe et aux fonctions cérébrales, et donc au physique, réduit le potentiel thérapeutique de la nouvelle branche médicale, qu'est justement la médecine mentale. Ainsi, lorsque Achille Villette soutient, en 1825, sa thèse à la Faculté de médecine de Paris sur la question du suicide, il souligne l'importance de la morale dans son champ d'étude médicale. Il décrit son objectif de la manière suivante :

53 Cabanis 1805, xxi.

54 Mrozovski 2013, 31.

55 Foucault 1972, 346. Foucault se réfère ici à l'aliéniste belge Joseph Guislain (1797-1860) et à son *Traité sur les phrénopathies* (1833), dans lequel il préconise des moyens thérapeutiques moraux comme « le sentiment de dépendance, les menaces, les paroles sévères, les atteintes portées à l'amour-propre, l'isolement, la réclusion, les punitions (comme le fauteuil rotatoire, la douche brutale, le fauteuil de répression de Rush) et quelquefois la faim et la soif », Foucault 1972, 346, note 2.

56 Cabanis 1805, 7.

57 Esquirol 1805, 5.

Étudier le suicide sous son rapport médical, telle est la tâche que nous nous imposons ; elle est pénible, mais c'est bien le seul point de vue qui nous permette de traiter ce sujet, tout moral d'ailleurs, devant une faculté de médecine⁵⁸.

Selon mon hypothèse, l'articulation de ces deux aspects de l'homme – du moral et du physique – *par le biais de la morale*, permet d'envisager une thérapeutique de la folie, et ce que Pinel appelle à la même époque le « traitement moral ». En effet, Pinel constate lui-même le « préjugé » selon lequel « l'aliénation de l'entendement est en général regardée comme le produit d'une lésion organique du cerveau, et par conséquent comme incurable, ce qui dans un très-grand nombre de cas est contraire aux observations d'anatomie »⁵⁹. Par ce préjugé, « les asyles [*sic*] publics consacrés aux aliénés ont été considérés comme des lieux de réclusion et d'isolement pour des infirmes dangereux et dignes d'être séquestrés de la société »⁶⁰.

La morale comme troisième élément de l'homme apparaît au début du traité de Cabanis. Tout en annonçant, dès sa préface, son étude du physique et du moral de l'homme, il accorde une grande importance à la morale, qu'il divise en morale *publique* et en morale *privée*. La santé même « ne s'obtien[t] que par la pratique de la morale »⁶¹, car « la morale est une partie essentielle de ses [de l'homme] besoins »⁶². L'objectif de cette nouvelle conception de la santé, selon Cabanis et ses contemporains idéologues, est de mettre

la science physique de l'homme, qui est l'unique fondement possible des sciences morales et politiques, au service d'une rénovation de la morale privée et publique, de l'éducation

58 Villette 1825, 7-8.

59 Pinel 1801, 3. Voir Laplassotte 1970, 605.

60 Pinel 1801, 3.

61 Pinel 1801, xxii.

62 Pinel 1801, xxiv.

individuelle et collective, dans le nouvel état social issu de la Révolution⁶³.

Les enjeux disciplinaires et politiques d'un tel programme médical sont clairs. Afin d'agir sur la société, sur ses comportements, ses dérives et ses excès, sur la morale justement, il faut comprendre comment ces « idées relatives à la morale publique », mais aussi à la morale privée et à l'éducation, « entrent dans les têtes et reçoivent leur application » et comment elles « peuvent produire les plus grands effets, soit avantageux, soit funestes » pour la santé⁶⁴. Ainsi, la bonne pratique de la morale dépend de l'état physique et moral (le moral) de l'homme, sur lequel doivent veiller le médecin et l'hygiéniste. La psychiatrie devient alors la discipline qui permet d'étudier non seulement les maladies mentales, mais aussi les valeurs sociales et politiques. Comme l'aliéniste catalan Juan Giné y Partagás (1836-1903) l'affirme :

S'il y a une branche du savoir humain qui reflète les développements moraux et politiques des peuples, aucune n'est aussi manifestement palpable que cette branche de la médecine qui s'occupe des maladies mentales⁶⁵.

Or, la morale joue également un rôle implicite dans cette conception de l'homme, que l'on constate dans l'ambiguïté terminologique. En faisant de la morale « une partie essentielle » des besoins de l'homme, cette conception *inscrit* la morale dans les fonctions du corps et du moral. Cette ambiguïté repose au cœur des théories psychiatriques sur la folie et le suicide, comme on le verra dans leurs manières de classer les causes physiques et morales. Lorsque Cabanis parle de *l'homme moral* et du moraliste qui l'étudie, s'agit-il uniquement du moral, ou des capacités intellectuelles et de la volonté de l'homme, ou bien encore de ses mœurs, de la morale, telles qu'elles déterminent son comportement ? Soulignant la distinction en français de

63 Goetz 2008.

64 Cabanis 1805, xxx.

65 Giné y Partagás 1876, 1. Je traduis. Voir Berrios 1996, 8.

ces deux termes : *le moral* et *la morale*, plusieurs historiens – principalement francophones – ont déjà remarqué⁶⁶ leur chevauchement dans les théories médicales sur l'aliénation mentale et le suicide. Or, cette ambiguïté est passée largement inaperçue parmi les historiens anglophones⁶⁷. En effet, on constate souvent dans les études anglophones une interprétation *du moral* en termes de *la morale*, ce par quoi s'efface une ambiguïté fondamentale pour la conception de la folie au tournant du 19^e siècle. En se référant plus spécifiquement à la seconde édition du *Traité sur l'aliénation mentale* (1809) de Pinel, Louis Charland identifie cinq sens différents du terme « moral » en français :

There are several senses of the term « moral » (*moral*) that can be discerned in Pinel's work. First there is « *moral* » in the sense of « *le moral* », meaning what is psychological or mental (*mentale*) as opposed to what is physical (*physique*). That usage is enshrined in the title of Cabanis' famous work, *Rapport du physique et du moral*. The other major sense of « *moral* » that Pinel uses has to do with ethics and « *la morale* ». A third sense of the term « *moral* » is arguably involved in the reference to « moral facultie » (*facultés morales*). Moreover, there is also a fourth possible sense ; for example, when a reference is made to « moral affection » (*affections morales*), meaning affective posits like passions, emotions and feelings. Finally, fifth, in this context it is common to find the general expression « moral science » (*sciences morales*). No wonder there is such confusion. Note that these ambiguities also occur in English, for example, in the work of Hume⁶⁸.

66 Voir Postel 1981, 190-191 ; Foucault 1972, 346-347 ; Goldstein 1997a, 265-306. Voir également Goldstein 1987. Goldstein montre la concurrence entre le champ psychiatrique et le champ religieux dans le traitement des malades mentaux. Elle donne, entre autres, l'exemple du religieux Joseph-Xavier Tissot (dit Frère Hilarion, 1780-1864) qui, dans son *Mémoire en faveur des aliénés* (1837), distingue le « traitement moral religieux » du « traitement moral philosophique » (Goldstein 1997a, 277). La pratique de la « consolation » elle-même, préconisée activement par les aliénistes, prend racines, comme Goldstein le montre, dans une longue tradition religieuse, et plus précisément chrétienne. Voir également Pigeaud 2001, 278-281. Sur les différents sens du terme « moral », voir Charland 2010, spéc. 51 ; 2008 ; 2007, spéc. 75-78 ; Jones 1996, vii-xv ; Grange 1961 ; Louis-Courvoisier 2000 ; élias 2014, 37-43.

67 Charland 2010, 39.

68 Charland 2010, 51.

Ce chevauchement, en français, s'amplifie par l'usage de ces termes en tant qu'adjectif – par exemple : *le traitement moral* et les *affections morales*, produites par les passions, les émotions et les sentiments –, ce qui peut porter à confusion lorsque l'adjectif s'accorde avec son substantif. Cette distinction, mais aussi l'ambiguïté produite par l'accord grammatical, disparaît dans certaines langues. En anglais, par exemple, l'adjectif *moral* revient à la moralité (*morality*), qui s'oppose au sens premier du *moral*, défendu par les médecins et les aliénistes. En effet, les traductions anglaises des ouvrages médicaux français introduisent une confusion, voire une erreur de compréhension. En ce sens, les expressions comme « le traitement moral » et « le moral » traduites par *moral treatment* et *the moral* sont surdéterminées par une interprétation « moraliste ». Outre ce glissement conceptuel entre les deux langues, on constate un « malaise » devant ce terme dans certaines traductions anglaises, notamment celle de l'ouvrage de Cabanis – *On the relations between the physical and the moral aspects of man* –, dans laquelle le passage où Cabanis compare l'*homme physique* et l'*homme moral*, cité plus haut, le second est traduit par « the ethical man »⁶⁹. En assimilant l'homme moral à l'éthique, la traduction – et la compréhension qui peut en découler – obscurcit non seulement la distinction entre le moral et la morale, aussi ambiguë qu'elle soit dans le texte français, mais aussi la proximité entre le physique et le moral conçue par Cabanis. En un sens, *moraliser le moral* revient à réduire les trois branches de la science de l'homme (le physique, le moral et la morale) à deux (le physique et la morale), et donc à effacer la porosité, voire la confusion conceptuelle qui réside au cœur de ce trio chez Cabanis. Parmi les cas présentés par Cabanis pour démontrer l'influence du physique sur le moral, citons-en seulement un qui présente parfaitement l'articulation entre ces trois aspects de l'individu et l'influence implicite mais déterminante qu'exerce la morale sur la conception des deux autres aspects :

69 Cabanis 1981, 7-8.

Je me borne à citer la nymphomanie, maladie étonnante par la simplicité de sa cause, qui pour l'ordinaire est l'inflammation lente des ovaires et de la matrice ; maladie dégradante par ses effets, qui transforment la fille la plus timide en une bacchante, et la pudeur la plus délicate en une audace furieuse, dont n'approche même pas l'effronterie de la prostitution⁷⁰.

Par ce cas, Cabanis veut démontrer qu'une affection physique peut dégrader *le moral* de la femme. Cependant, la dimension morale (la morale) est ici flagrante, car en comparant la femme à une prostituée, ou plutôt en faisant de sa nymphomanie un comportement plus grave encore que la prostitution, Cabanis fait de son comportement *immoral* un élément constitutif de son *moral* et de son caractère. Autrement dit, l'altération du moral par le physique, altère également les mœurs de la malade. Ce cas n'est pas unique dans l'étude de l'aliénation mentale des femmes à cette époque. Au travers de la lecture des traités et des articles médicaux, on parcourt d'innombrables cas d'aliénées dont les affections psychiques sont attribuées aux désordres physiologiques, spécifiquement liés à la sexualité féminine. Comme Esquirol l'explique dans son article sur le suicide, si ce n'est pas l'amour qui pousse les femmes à se suicider, ce sont les troubles de la menstruation⁷¹. En effet, la régularité des menstrues est systématiquement mentionnée dans les cas de folie et de suicide des femmes, représentant ainsi un facteur fondamental non seulement de leur état physique, mais aussi psychique⁷². Dans un cas, une fille de 16 ans tente de se suicider suite à une tentative de viol par son père⁷³. Esquirol donne une longue description des troubles physiques qui apparaissent par la suite, et enfin le « traitement », comme elle le décrit elle-même, qu'elle s'impose ensuite par la prostitution. Le cas se termine par sa guérison, survenue grâce à la grossesse et au mariage. Dans

70 Cabanis 1805, 500.

71 Esquirol 1838, t. 1, 585.

72 Voir également le cas rapporté par Esquirol (Esquirol 1838, t. 1, 558-559), dans lequel la description de la menstruation ponctue le récit et constitue le symptôme principal de l'aliénation de la malade suicidaire.

73 Esquirol 1838, t. 1, 538-540.

ce cas rapporté par Esquirol, comme dans celui de Cabanis, la morale permet d'articuler le psychisme et le corps dans leurs désordres et leur guérison éventuelle.

On constate ce même glissement entre le moral et la morale dans les écrits d'autres aliénistes. Dans sa thèse en médecine sur les passions, publiée en 1805, Esquirol distingue le *traitement moral* de l'*hygiène morale*, sans préciser pour autant le double sens de l'adjectif. Le traitement moral « c'est l'application des facultés de l'entendement, des affections morales, au traitement de l'aliénation mentale ; tout le reste, poursuit Esquirol, appartient à l'hygiène morale ou aux médicaments »⁷⁴. Qu'il s'agisse d'une évidence pour les médecins de l'époque, cela n'efface pas pour autant l'ambivalence sémantique du terme « moral ». Si le moral est défini par les « facultés de l'entendement »⁷⁵, de la volonté et de l'intelligence, ou de l'âme⁷⁶, l'hygiène morale porte davantage sur les rapports sociaux, comme la famille, l'éducation, le travail, et d'autres normes sociales. Or, en démontrant comment les passions, nées de différents types de besoins, produisent l'aliénation mentale, Esquirol divise ces besoins en deux groupes bien distincts et hiérarchisés. D'un côté, les besoins « premier » comme l'amour, la colère, la terreur et la vengeance, qui déterminent les instincts de conservation et de reproduction. D'un autre côté, les besoins « secondaires », « fruits du développement de nos facultés intellectuelles » ou du moral⁷⁷. Il s'agit là, entre autres, de l'ambition, de l'avarice, de la « soif des richesses », de « l'orgueil de la célébrité », du « point d'honneur » et d'« autres *passions* qui sont nées de nos rapports sociaux »⁷⁸. Si les premiers besoins correspondent aux grandes catégories affectives, les seconds sont fortement déterminés par la morale elle-même. Les études étiologiques du suicide, mais aussi de la folie, témoignent de cette inscription des arguments moraux, voire religieux, dans le cadre médical⁷⁹. Ce qui permet à Julien-Joseph Virey de comparer le

74 Esquirol 1805, 9.

75 Esquirol 1805, 9.

76 Moreau de la Sarthe 1821, 250.

77 Esquirol 1805, 14.

78 Esquirol 1805, 14.

79 Voir Mucchielli/Renneville 1998, 7.

relâchement des mœurs à un suicide, lorsqu'il écrit : « Quiconque cède, en riant, à ses vices, à ses intempérances, exerce sur ses organes le même suicide que quiconque avale un poison ou se frappe d'un poignard. »⁸⁰

Ces glissements conceptuels et terminologiques dans les théories médicales et psychiatriques du tournant du siècle sont au cœur d'une de mes hypothèses principales. C'est justement par cette ambiguïté entre le physique et le moral, mais aussi entre le moral et la morale, que la psychiatrie a pu s'ériger en discipline médicale, affirmer ses capacités thérapeutiques, et s'imposer par ses enjeux hygiénistes sur les plans politique, juridique et social. Ainsi, en intégrant la morale à son domaine d'expertise, la psychiatrie a pu s'approprier des comportements déviants et problématiques pour la société⁸¹. Et c'est ainsi qu'elle s'est également approprié le suicide.

L'étiologie du suicide, entre le physique, le moral et la morale

L'analyse approfondie des différents systèmes de classification des causes du suicide au cours du 19^e siècle met en évidence le rôle déterminant qu'ils jouent dans la compréhension du suicide comme objet médical, et dans son traitement. L'on verra que ces systèmes de classification des causes et la compréhension du suicide s'inscrivent directement dans le développement des nouvelles théories psychiatriques. On constate surtout deux grandes périodes au 19^e siècle dans l'approche médicale sur le suicide. L'une, du tournant du siècle jusqu'aux années 1840, lorsque les aliénistes abordent tout suicide comme un symptôme ou un acte de folie. L'autre, à partir des années 1840, est représentée par un grand nombre d'études médicales qui admettent l'existence d'un suicide non pathologique. Cette position plus nuancée et plus complexe sur le suicide coïncide avec une nouvelle approche

80 Virey 1831, 88.

81 Lantéri-Laura 1981, 347.

de la folie, qui passe d'une conception unitaire de l'aliénation mentale à une conception différenciée des maladies mentales.

L'étiologie du suicide avant les années 1840

Comprendre pourquoi certains se suicident et d'autres non, malgré des expériences et des parcours de vie similaires, a préoccupé les médecins depuis que le suicide est devenu un objet médical. Outre ces causes prédisposantes comme l'hérédité, les tempéraments, les âges, les sexes, les climats et les saisons, les aliénistes récoltent des causes déterminantes et occasionnelles, qui contribuent à augmenter le risque du passage à l'acte. Celles-ci embrassent un vaste ensemble de facteurs, qui vont des différents types de maladie (psychique ou somatique) aux causes sociales et morales⁸². L'analyse de ces études étiologiques met en évidence qu'aucune cause, qu'elle soit prédisposante, déterminante, occasionnelle, physique, morale (aux deux sens du terme), ou autre, ne suffit à elle seule à produire le suicide. Si l'aliénation mentale constitue la cause la plus importante du suicide, les aliénistes reconnaissent cependant que la plupart des fous ne se suicident pas, et qu'ainsi le simple fait d'être malade mental ne garantit aucunement l'éventualité de cet acte. Il en va de même pour les autres causes. Comme Esquirol l'affirme : « L'impulsion au suicide est plus ou moins violente, plus ou moins instantanée, suivant mille causes dépendantes de l'âge, du sexe, du tempérament, des habitudes, des professions, de l'irritabilité de l'individu, et de mille autres circonstances qui échappent à notre observation. »⁸³

Selon les profils décrits par les aliénistes, le seul fait d'être un homme, âgé d'une quarantaine d'années, vivant dans un pays du Nord, constitue un terrain prédisposant, qui rend l'individu sensible aux causes occasionnelles et secondaires, telles la perte de fortune, l'amour contrarié, la colère ou la passion du jeu, en somme un ensemble de passions qui peuvent assaillir un sujet

82 Voir Kushner 1991, 39-51.

83 Esquirol 1838, t. 1, 596.

déjà affaibli. Si aucune cause à elle seule ne peut suffire à produire un suicide, les aliénistes s'évertuent d'en dresser un grand inventaire, afin d'identifier ensuite le rapport qu'elles entretiennent. En effet, pour les aliénistes, remonter à la cause d'un suicide revient à faire une « enquête quasi-policrière » et historique du cas⁸⁴, comme on peut le constater dans les registres des asiles. Ainsi, l'étiologie du suicide est conçue d'abord et avant tout comme un enchaînement ou un rapport entre plusieurs groupes de facteurs, que les médecins peuvent reconstituer, à la manière justement d'un détective qui reconstitue un crime⁸⁵.

Jusqu'à l'ouvrage de Falret de 1822, le rapport causal entre le suicide et l'aliénation mentale prévaut sur un grand nombre de causes occasionnelles. Ainsi, Chevrey en 1816 et Esquirol en 1821, qui défendent tous deux un lien direct entre suicide et folie, offrent des systèmes de classification des causes relativement simples et généraux, comparés à ceux de Falret et surtout de la génération suivante d'aliénistes. Chevrey fait la distinction entre deux groupes de causes : les causes générales et les causes particulières. En comparant les causes de ces deux groupes, on constate que leur répartition se recoupe, notamment avec l'exemple de la religion et de la misère. Si les causes « particulières » se veulent plus précises et individuelles, il ne s'agit, à vrai dire, que d'une qualification de causes « générales ». Esquirol, quant à lui, précise sa division des causes en distinguant d'abord le *suicide chronique* du *suicide aigu* qui, lui, se démarque au niveau étiologique par des circonstances bien particulières, comme la perte de l'honneur ou de la fortune. Outre ces deux circonstances, l'ensemble des suicides partage les mêmes groupes de causes : les maladies mentales, l'hérédité, qui peut aussi produire une maladie mentale, et un ensemble d'autres causes. Ce dernier groupe réunit des types de causes très différentes : les causes prédisposantes comme le climat, les âges et les sexes ; les causes morales (la morale) comme l'éducation, l'onanisme, la dépravation des mœurs et l'abandon des pratiques religieuses ; des causes sociales, comme les circonstances politiques ; et enfin

84 Fagot-Largeault 2010, 98.

85 Fagot-Largeault 2010, 97-98. Fagot-Largeault emprunte cette analogie criminologique à Evans 1976.

des maladies et des affections somatiques, comme la douleur, la pellagre et l'absence de menstrues. Cependant, l'organisation des causes chez Esquirol reste sommaire. Devant sa thèse principale, selon laquelle le suicide est presque toujours un symptôme de l'aliénation mentale, Esquirol fait de la folie un groupe de causes à part. Il défend cette valorisation de la folie comme cause du suicide par ses observations cliniques. Ce que certains aliénistes du milieu du siècle, comme Pierre-Égiste Lisle (1856), lui reprocheront en fondant davantage leurs études sur les statistiques officielles. Avant que ces statistiques deviennent, pour les aliénistes, une source incontournable de motifs et d'autres facteurs déterminants du suicide, Esquirol réfute leur utilité et leur exactitude, leur préférant l'observation médicale des cas⁸⁶.

Falret (1822) fut le premier à proposer une classification plus complexe et ordonnée des causes du suicide. Il y consacre même la grande majorité de son ouvrage, soutenue par de nombreuses observations cliniques. En divisant les causes du suicide en quatre classes – *prédisposantes*, *occasionnelles directes*, *occasionnelles indirectes* et *générales* –, Falret propose pour la première fois une répartition globale et claire des différents types de causes, qui embrassent toutes les sources constitutives, morales, sociales et environnementales du suicide. En ce sens, les unes concernent principalement la constitution de l'individu et lui sont donc internes, certaines portent sur le comportement et les mœurs, d'autres proviennent de différentes maladies et d'abus de substances nocives, et d'autres encore sont déterminées par des phénomènes sociaux plus larges, comme les événements politiques ou les dogmes et les pratiques religieux⁸⁷.

Bien que certaines causes du suicide traversent le temps et les cultures, d'autres évoluent et reflètent un moment précis de l'histoire, avec ses déterminations culturelles, politiques, économiques, sociales, morales et religieuses. Ce qui exige une exploration continue des causes du suicide, telles qu'elles proviennent d'un moment et d'un lieu donnés de l'histoire. Falret soutient cet argument, passant en revue les « causes génératrices » du

86 Esquirol 1838, t. 1, 576.

87 Falret 1822, 5-6.

suicide chez différents peuples et cultures. Cependant, depuis sa perspective médicale, il concentre son étude sur deux classes de causes principales : les *causes prédisposantes* et les *causes occasionnelles directes*. À la manière d'autres aliénistes avant et après lui, Falret relie ces deux classes dans un rapport de dépendance, par lequel les unes (prédisposantes) créent un terrain fragile et sensible aux influences des autres (occasionnelles directes). Malgré ce système de classification plus précis, on est amené à questionner la répartition de certaines causes, notamment de celles qui concernent les habitudes culturelles et morales, comme l'inclusion de la lecture des romans, l'écoute de la musique, la fréquentation des spectacles et la pratique de l'onanisme parmi les causes prédisposantes. En effet, quelques années plus tard, toutes ces causes seront rattachées aux causes déterminantes ou occasionnelles, et rapprochées des effets de la civilisation et des mœurs.

Il faudra attendre presque vingt ans jusqu'à la prochaine grande étude sur le suicide, publiée par Jean-Baptiste Cazauvieilh en 1840. Mais avant d'aborder celle-ci, j'aimerais mentionner un article publié par le célèbre juriste Faustin Hélie en 1837. Bien qu'il ne soit pas médecin, Hélie considère néanmoins le suicide comme une « maladie morale » et adopte les mêmes catégories générales de causes que les médecins, c'est-à-dire les passions, les maladies de l'âme ou la folie, les maladies morales comme le dégoût de la vie, l'ennui et la mélancolie, ainsi que la religion et les institutions humaines. Sans détailler ces cinq types de causes, ni les énumérer, Hélie accorde beaucoup d'importance aux différents degrés d'affection mentale, allant des passions aux maladies mentales avérées, en passant par des affections psychiques intermédiaires qui ont la capacité de pousser l'individu à l'aliénation mentale et au suicide. Les deux autres causes – la religion et les institutions humaines – sont, elles aussi, repérées par les aliénistes comme des influences importantes sur le psychisme de l'individu et comme ayant la capacité de pousser une personne à se donner la mort. Par ce texte, on peut voir une certaine entente entre les contextes juridique et médical sur le statut et l'étiologie du suicide.

Mais revenons au texte de Cazauvieilh, lui-même aliéniste, interne à la Salpêtrière, puis médecin de l'Hospice de

Liancourt-Oise dès 1827. Si la grande majorité des aliénistes avant et après ce traité considère la civilisation et l'industrialisation dans les grandes villes comme les causes les plus conséquentes dans la production du suicide, Cazauvieilh démontre la prépondérance du suicide parmi les habitants de la campagne⁸⁸. Il cherche à renverser « l'erreur générale qui consiste à croire que le suicide est très-rare dans les campagnes »⁸⁹, allant ainsi à l'encontre de la plupart des théories psychiatriques sur le suicide⁹⁰. Ce qui l'amène à énoncer l'objectif de son traité : prouver que « le suicide est généralement aussi fréquent dans les campagnes où les besoins de la civilisation se sont propagés que dans les villes »⁹¹. Son second but est de rapprocher les trois objets de son étude : le suicide, l'aliénation mentale et le crime, qui partagent les mêmes causes morales. Ainsi, selon la prédisposition de l'individu, « l'ambition et la cupidité, la jalousie, la débauche, l'adultère, les dissensions et chagrins domestiques, les discussions d'intérêt, l'amour contrarié, le concubinage, la haine et la vengeance, peuvent également conduire au crime, à la folie ou au suicide »⁹². Ce qui amène Cazauvieilh à diviser les causes du suicide en deux classes : les causes prédisposantes et les causes secondaires ou occasionnelles. Il distingue « trois espèces de prédispositions : 1^o les prédispositions transmises aux individus ou *héréditaires* ; 2^o les prédispositions nées avec les individus ou *natives* ; 3^o et les prédispositions *acquises* »⁹³ qui, elles, se développent « par l'influence des causes physiques et morales »⁹⁴. Les causes morales qui influencent ce dernier type de prédispositions comprennent, entre autres, l'« ignorance profonde », les préjugés et les superstitions. Les causes secondaires ou occasionnelles, quant à elles, se répartissent en deux groupes : les « causes morales » et d'« autres causes », qui sont généralement morales elles aussi. On constate un recoupement

88 Cazauvieilh 1840.

89 Cazauvieilh 1840, 1.

90 Voir, par exemple, Falret 1822, 1.

91 Cazauvieilh 1840, 3.

92 Cazauvieilh 1840, 3-4.

93 Cazauvieilh 1840, 17.

94 Cazauvieilh 1840, 24-25.

entre ces deux groupes, notamment par la présence de diverses passions, mélangées à des comportements et à d'autres causes que de nombreux aliénistes rapportent, on l'a vu, aux causes prédisposantes, comme les âges, les sexes et l'instruction. Par sa classification des causes, Cazauvieilh présente deux groupes qui semblent inégaux dans leur description et leurs détails. En effet, sous la rubrique des causes occasionnelles, il réunit un grand nombre d'influences affectives, physiques, sociales et morales. Les causes prédisposantes, en revanche, sont présentées tout autrement. Il s'agit là d'indiquer le fonctionnement par lequel l'individu est disposé à subir les effets des causes secondaires. Selon lui, comme pour d'autres aliénistes, il est erroné de tenter d'expliquer un suicide par une cause occasionnelle, le plus souvent jugée trop légère ou passagère pour conduire l'individu à un tel acte. Il faut que les facultés intellectuelles et affectives soient suffisamment altérées, formant un état de prédisposition, pour que l'individu puisse se donner la mort. Et c'est dans le cerveau qu'il faut rechercher ces prédispositions⁹⁵. Identifier la prédisposition d'un individu au suicide ou à l'aliénation mentale permet aux aliénistes de suggérer une capacité de prédire l'éventualité du suicide. En effet, la folie et les tentatives de suicide dans la famille sont souvent repérées dans les observations et les registres des hôpitaux psychiatriques à cette époque⁹⁶.

Or, la prédisposition à la folie ou au suicide ne garantit pas nécessairement le passage à l'acte ni le développement de la folie. Cazauvieilh conclut que la prévention du suicide réside d'abord et avant tout dans des mesures qui portent sur les causes occasionnelles et non pas sur les causes prédisposantes⁹⁷. Par des moyens médicaux qui peuvent améliorer la santé, d'un côté, et par l'hygiène publique et l'éducation morale, de l'autre, la

95 Cazauvieilh 1840, 15-17.

96 Voir, par exemple, le cas de Théodore François Leval, matricule 12970 (entré en 1848 et sorti en 1853), Registres d'observations, Bicêtre, 6 R 1, AP-HP ; ou celui de Magdelaine, matricule 14091 (entrée à Bicêtre en 1849 et transférée en 1854), Registres d'observations, 5^e division, 2^e section, dirigée par Moreau de Tours, Bicêtre, 6 R 2, AP-HP. Voir encore le cas de L. D., rapporté par Cazauvieilh 1840, 21.

97 Cazauvieilh 1840, 21.

personne prédisposée au suicide peut ainsi échapper au passage à l'acte. En ce sens, les causes prédisposantes présentent une limite à l'action préventive et thérapeutique possible de la médecine et de l'administration. La grande majorité des causes occasionnelles concerne la morale, le comportement et les passions, qui agissent sur le moral et compromettent l'individu déjà vulnérabilisé par sa prédisposition. Une telle inscription de la morale parmi les causes du suicide présente des possibilités thérapeutiques et préventives, principalement par l'hygiène publique et morale, et offre donc à la médecine un objet concret d'action⁹⁸. Elle sera d'autant plus importante à partir des années 1840, lorsque les aliénistes acceptent l'existence d'un suicide qui n'est pas produit par la folie, mais qui demeure néanmoins dans le cadre de la médecine.

Dans ses trois mémoires sur le suicide⁹⁹, le philosophe Claude-Joseph Tissot montre sa grande familiarité avec les études médicales et psychiatriques de son époque sur la question du suicide et sur l'aliénation mentale, qu'il inscrit dans une réflexion philosophique et morale. Dans son étude de 1840, Tissot affirme que le suicide constitue une « maladie morale », produite par des causes complexes et concurrentes¹⁰⁰. Il divise les causes en quatre classes : 1^o les causes éloignées négatives et 2^o les causes éloignées positives, d'un côté, et 3^o les causes prochaines physiques et 4^o les causes prochaines morales, de l'autre. La première classe se réduit principalement à la religion et à la morale, ou plutôt à un manque de pratiques, de croyances et de valeurs, dont la présence devrait normalement rattacher l'individu à la vie. L'absence de cause positive constitue donc une cause négative. Autrement dit, l'absence de causes pour vivre représente à elle seule une cause du suicide. Les causes éloignées positives se divisent en causes morales et en causes physiques. On constate donc à nouveau un certain chevauchement du moral et de la morale, que Tissot décrit au sein du premier groupe (causes morales), réunissant la civilisation, l'oisiveté, les mauvaises lectures et la débauche, qui concernent plutôt la morale, et l'imagination

98 Mucchielli/Renneville 1998, 7.

99 Tissot, C.-J. 1840 ; 1846 ; 1848.

100 Tissot, C.-J. 1840, 10.

dérégulée, directement liée à la question du moral. Ce chevauchement non seulement reproduit le vieux jugement moral sur cet acte, mais il permet également d'inscrire la moralité et le comportement dans le cadre médical, tout particulièrement à partir des années 1840. Les causes physiques, quant à elles, regroupent diverses maladies, non seulement somatiques, mais aussi l'aliénation mentale, la lypémanie et le *spleen*. En incluant les maladies mentales parmi les causes physiques, Tissot réduit donc les causes morales à la morale. À la différence de ces deux classes de causes éloignées, ou prédisposantes, les causes prochaines physiques et morales agissent immédiatement et sont surtout relatives aux influences sociales, aux comportements et aux mœurs, mais aussi aux passions et aux émotions. Les causes physiques relèvent des conditions de vie, des souffrances et de la peur de la douleur. Les causes morales, quant à elles, se divisent en deux groupes : les causes personnelles et les causes publiques. Les premières concernent les mœurs, la morale et certaines passions, comme la vertu et l'honneur (privé), la honte, la fierté, l'amour et la piété filiale. Les secondes portent davantage sur le rapport avec autrui et la société en général, notamment l'honneur public, la vengeance d'une honte pour la patrie et le désespoir d'autrui. Dans son mémoire de 1846 pour le Prix Civrieux, Tissot élimine ce dernier groupe de causes (*causes prochaines morales publiques*) qui, selon lui, ne constituent pas vraiment des causes, car il s'agit là d'actes de dévouement, « puisque l'agent veut en définitive le bien public, et que sa mort n'est que le moyen nécessaire pour atteindre ce noble but »¹⁰¹.

La différence majeure entre son ouvrage de 1840 et son mémoire de 1846 pour le Prix Civrieux tient à son changement de position sur le statut pathologique du suicide. Ce changement a lieu au cœur d'un débat médical sur la pathologie de cet acte. Jusqu'au milieu des années 1840, le suicide est considéré comme étant toujours une maladie ou un symptôme d'aliénation mentale. Dans son mémoire de 1846, Tissot met en évidence un certain manque de rigueur dans la qualification de cet acte comme une forme de psychopathologie¹⁰². Lorsqu'il affirme qu'une maladie

101 Tissot, C.-J. 1846 (Prix Civrieux, no 5), 24.

102 Tissot, C.-J. 1846, 144.

morale requiert un remède moral, il entend par là d'abord et avant tout « notre constitution morale, politique et religieuse », qui peut agir sur notre volonté. Car le suicide, selon Tissot, est un acte *volontaire* et ne peut donc pas être rapporté à une aliénation mentale complète, qui ferait de cet acte un accident, ou un suicide « matériel ». Il se réfère, en effet, à Falret qui pose cette distinction déjà en 1822. Ainsi, Tissot critique les études psychiatriques qui refusent de reconnaître au suicide la liberté de l'individu¹⁰³. Il s'agit plutôt d'un acte égoïste et donc *immoral*, qui s'oppose au sacrifice pour le bien collectif, au dévouement ou au martyre¹⁰⁴. Il critique également l'inexactitude de la notion de « cause » dans les études médicales, qui a amené les aliénistes à confondre les vraies causes du suicide avec différents types d'influences¹⁰⁵. Dire que le suicide provient toujours de la folie, selon Tissot, efface la responsabilité morale de l'individu devant cet acte, qui pour lui est moral de part en part¹⁰⁶.

En affirmant la justesse des lois qui ont dépénalisé le suicide, Tissot souligne encore l'immoralité de cet acte, « qui n'appartient pas au droit, mais à la morale »¹⁰⁷. En effet, la majorité des causes éloignées, ou prédisposantes, concerne la morale et les croyances religieuses. Si le suicide est un acte qui relève d'abord et avant tout de *la morale*, Tissot montre comment cette cause se transforme en un problème qui concerne *le moral*. Selon lui, le suicide est « plutôt la conséquence du vice que du crime, plus encore du malheur que du vice, et, plus que tout le reste, d'un malheur dont la conscience est exagérée par une imagination cultivée, par une réflexion habituelle et un sentiment exalté »¹⁰⁸. Ainsi, pour traiter et prévenir le suicide, il ne suffit pas de s'arrêter au traitement de la folie. Même dans les cas où la folie est une cause du suicide, il faut « s'élev[er] jusqu'aux causes morales qui amènent l'exaltation ou le trouble de l'esprit par les passions »,

103 Tissot, C.-J. 1846, 11.

104 Tissot, C.-J. 1846, 12.

105 Tissot, C.-J. 1846, 21-22.

106 Tissot, C.-J. 1846, 55.

107 Tissot, C.-J. 1846, 84.

108 Tissot, C.-J. 1846, 73.

et qui remontent « à la religion et à la morale »¹⁰⁹. Ce qui est également remarqué par d'autres aliénistes, comme Esquirol, même s'ils continuent d'affirmer que le suicide constitue toujours un symptôme de l'aliénation mentale. En d'autres termes, pour Tissot, la morale et la religion constituent les principales causes éloignées ou prédisposantes du suicide. Toutes les autres causes, notamment l'aliénation mentale, ne sont que secondaires.

Durant la première moitié du siècle, certains auteurs suggèrent déjà le rôle décisif de la morale dans la production du suicide et rejettent son statut pathologique. Ainsi, en 1826, l'auteur de l'article « suicide » pour le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* de Panckoucke attribue la cause de la plupart des suicides à « un mélange de courage physique et de lâcheté morale »¹¹⁰. Le médecin de Charenton Louis-Joseph Ramon, quant à lui, inscrit le suicide dans le domaine de la morale et non plus de la médecine. Il s'agit pour lui d'abord et avant tout d'une erreur, d'un acte immoral, et non d'une maladie à proprement parler¹¹¹. Comme Tissot, Ramon affirme qu'il est erroné de s'arrêter à l'aliénation mentale, s'agissant de la mélancolie ou de la monomanie, pour arriver à la cause du suicide. Selon lui, il faut remonter à *la véritable cause* du suicide qui, elle, réside dans « la nature des opinions philosophiques adoptées par les individus »¹¹². Ce qui lui permet de conclure, à la différence de la plupart des aliénistes, que « le suicide n'est souvent qu'un dernier acte de raison »¹¹³. Cette considération va à l'encontre notamment de Georget, de Falret et de Bourdin¹¹⁴, qui considèrent le suicide comme « le premier acte de délire » ou de folie¹¹⁵.

La nécessité de remonter aux véritables causes du suicide est affirmée également par le fameux juriste et avocat à la Cour royale de Paris, élias Regnault, qui consacre une brève étude au suicide. Il y critique les aliénistes qui font du suicide un acte de

109 Tissot, C.-J. 1846, 97.

110 Anonyme, « Suicide », 1826, 489.

111 Ramon 1830, 164.

112 Ramon 1830, 166.

113 Ramon 1830, 166.

114 Georget 1820, 113 ; Falret 1822, 138 ; Bourdin 1845, 8.

115 Georget 1820, 113.

folie, et par là, il remet en question non seulement la validité de leurs théories, mais aussi leur prétention à être les mieux disposés à prévenir cet acte. Selon lui, les causes morales et sociales sont à l'origine d'un éventuel état de folie et du suicide. En s'opposant à la théorie de l'irritation de Broussais, par laquelle ce dernier explique la folie, Regnault affirme : « Vous me dites que c'est l'irritation, ce malaise physique, qui a causé le dégoût de la vie. Moi je prétends que c'est le dégoût de la vie, ce malaise moral, qui a causé l'irritation. »¹¹⁶ Il rejette l'idée selon laquelle les causes occasionnelles constituent des motifs légers, des prétextes, qu'il met sur le premier plan. Par là, il renverse le fondement même de la thèse psychiatrique des lésions ou des prédispositions physiologiques comme cause principale du suicide. Selon lui, il s'agit là d'une supposition qui ne prouve en rien l'antériorité de l'irritation ou d'une quelconque autre lésion¹¹⁷. Regnault met le doigt sur l'ambiguïté entre le physique et le moral dans les traités psychiatriques de l'époque. Les aliénistes vont s'emparer de cette ambiguïté pour introduire une dimension morale (la morale) dans la notion du moral :

J'avoue que je ne comprends pas une pareille distinction de la part de celui qui a composé un livre tout exprès pour prouver que la *cause morale* n'était autre chose que *l'impulsion organique*. Comment a-t-il pu parler d'une *aberration* purement *intellectuelle* lorsque pour lui tous les actes *intellectuels* sont des actes *cérébraux* ?¹¹⁸

Pour Regnault, la cause principale du suicide tient aux « progrès des connaissances intellectuelles »¹¹⁹. Ce point distingue l'être humain des animaux qui, eux, ne se suicident pas. L'homme, étant « éminemment actif et libre, a pu pousser son activité jusqu'à la destruction de soi-même »¹²⁰. En effet, Regnault conçoit le suicide comme un acte spécifiquement humain et libre : « Il n'y a qu'un seul acte où l'homme puisse se montrer plus libre

116 Regnault 1830, 76. Voir également Broussais 1828.

117 Regnault 1830, 77.

118 Regnault 1830, 78.

119 Regnault 1830, 67.

120 Regnault 1830, 66.

que dans le meurtre. C'est le suicide »¹²¹. S'il considère le suicide comme un acte de liberté, et non pas comme le produit de la folie, il ne le considère pas non plus comme un acte immoral. Plus précisément, il fait une distinction rigoureuse entre les causes immorales qui pourraient pousser l'homme à se donner la mort, d'un côté, et le remords qui l'y conduit, de l'autre. Bien au contraire, le passage à l'acte, selon lui, représente un signe de vertu par lequel l'individu se punit pour son immoralité. Ainsi, à la différence des aliénistes, qui voient dans le suicide une prolongation de l'immoralité, qu'ont pu causer certaines prédispositions, Regnault le considère comme une ultime rec-tification de la morale par l'individu lui-même :

On peut objecter que le suicide étant la suite d'une conduite irrégulière, que la plupart des gens qui se sont tués étant sans principes, il faut par conséquent attribuer cet acte à l'immoralité. Je dois d'abord déclarer que j'écarte ici les considérations religieuses, parce que la religion, qui seule peut réprimer efficacement les écarts de la pensée humaine, a droit de se montrer plus exigeante que la société. Mais, examinant la question sous le point de vue purement social, je dis qu'il y a autre chose que de l'immoralité, dans cette leçon du vice qui se punit soi-même. En effet, si on avait secoué toute morale, qu'importerait d'avoir éloigné l'opinion des autres ou sa propre satisfaction. *Le remords suppose toujours une idée de vertu. Le suicide qui en est la dernière expression, loin d'être l'absence des principes, est au contraire un grand hommage aux principes : c'est une éclatante réparation : car l'immoralité a bien pu amener cette douleur de l'âme qui porte au suicide ; mais cette douleur n'est pas immorale.* La pensée qui a conduit au vice n'est pas la même que celle qui conduit à la punition du vice par la destruction. Entre deux scélérats qui ont commis le même crime, celui qui cède au remords par le suicide, est plus près de la vertu, que celui qui poursuit sa carrière d'infamie¹²².

En se démarquant des aliénistes comme Esquirol et Falret, Regnault considère le suicide comme un acte de liberté morale, motivé par des raisons, ou des motifs, qui peuvent le justifier. Pour Regnault donc, il ne s'agit ni d'un acte de folie, ni d'un crime, mais bien d'un acte libre, que la société aurait tort de

121 Regnault 1830, 66.

122 Regnault 1830, 68-69. Je souligne.

punir car l'homme se punit déjà lui-même. À la différence des aliénistes, Regnault met en valeur les causes occasionnelles ou déterminantes. Comme on l'a vu plus haut, selon les aliénistes, cette multiplicité de causes occasionnelles ne peut agir que sur un terrain déjà compromis par la prédisposition à la folie ou au suicide. L'amour contrarié, le revers de fortune, les passions constituent le « complément nécessaire des causes prédisposantes »¹²³, mais ces causes occasionnelles ne suffisent pas à elles seules à produire le suicide. Or, pour Regnault, ces causes sont fondamentales, car elles contiennent souvent de bonnes raisons qui ont la capacité de pousser l'individu souffrant au suicide.

Si, au début du 19^e siècle, l'aliénation mentale est constatée dans presque tous les cas de suicide, remarquons aussi que la folie et le suicide partagent souvent les mêmes causes¹²⁴. Il suffit de lire à nouveau les deux articles d'Esquirol sur la folie (1816) et le suicide (1821), dans le *Dictionnaire des sciences médicales* de Panckoucke, pour remarquer les ressemblances étiologiques de ces deux phénomènes. Cette analogie étiologique entre la folie et le suicide a permis aux aliénistes de justifier la médicalisation totale de la mort volontaire. Or, à partir des années 1840, les aliénistes adoptent une position nuancée sur le suicide. Comme Pierre-Égiste Lisle l'affirme, l'erreur de point de vue des premiers aliénistes comme Esquirol, selon lequel tous les suicides sont causés par l'aliénation mentale, se construit sur des observations limitées au contexte asilaire, où tous les individus suicidaires sont justement fous. Ainsi, « les conclusions qu'ils [les premiers aliénistes] avaient déduites de leurs observations ne s'appliquaient dès lors qu'à un petit nombre de faits et n'avaient pu les conduire qu'à l'erreur »¹²⁵. Ce qui exclut un grand nombre de cas de suicide qui échappent au regard médical, car ils ne sont jamais admis à l'hôpital psychiatrique. Il critique également Falret, qui « n'essaye même pas de démontrer que le suicide est toujours un signe de folie. Pour lui, c'est un fait irrévocablement acquis à la science. »¹²⁶

123 Lisle 1856, 16.

124 Mucchielli/Renneville 1998, 7.

125 Lisle 1856, iv. Voir également Lisle 1856, 109.

126 Lisle 1856, 114.

De même que les passions peuvent amener aux crimes, commis volontairement, de même « la haine de la vie et le désespoir sont justifiés par des motifs graves, sérieux et compatibles avec l'intégrité de la raison »¹²⁷. Lisle est un des premiers aliénistes à critiquer ce postulat et le parti pris des premiers aliénistes sur la pathologie du suicide. Ainsi, dans son mémoire pour le Prix Civrieux de 1848, il insère une épigraphe qui affirme que « [l]e suicide n'est pas toujours un acte de folie ». Lorsqu'en 1856 il publie un ouvrage issu de ce mémoire, il va plus loin encore, en incluant un « erratum très important » : « Une grave faute d'imprimerie s'est glissée dans le titre-courant de la page 106 à la page 177. Celui-ci porte : Le suicide n'est pas *toujours* une forme de la folie. Le lecteur est prié de le rectifier ainsi : Le suicide n'est pas une forme de la folie. » La prudence initiale de la première formulation rejoint l'affirmation d'Esquirol, selon laquelle le suicide est *presque toujours* un symptôme de l'aliénation mentale, et contredit la nouvelle position de Lisle.

Bien que l'aliénation mentale et le suicide partagent la plupart des mêmes causes, le fait d'être aliéné est loin de garantir le passage à l'acte. Comme Mucchielli et Renneville le soulignent, pour les aliénistes tels qu'Esquirol, Falret et Bourdin, la cause originelle du suicide ne repose pas dans l'aliénation mentale, mais bien dans les causes déterminantes que partagent ces deux phénomènes¹²⁸. Or, ce même argument sera utilisé par la génération suivante pour prouver que le suicide ne constitue pas toujours un acte de folie. Ce qui portera les nouveaux aliénistes à redéfinir la classification des causes du suicide, ainsi que le rôle du médecin envers cet acte. Dès lors, l'aliénation mentale figurera comme une cause parmi beaucoup d'autres.

La remise en cause de la pathologie du suicide

Au milieu des années 1840, les aliénistes commencent à remettre en question le rapport constant entre la folie et le suicide, tel

127 Lisle 1856, 158.

128 Mucchielli/Renneville 1998, 7.

qu'il a été défendu par Esquirol¹²⁹. Ce questionnement donne lieu à un débat vigoureux dans les publications spécialisées¹³⁰, notamment dans les *Annales médico-psychologiques*¹³¹, la première revue psychiatrique, fondée en 1843, avant l'établissement de la Société médico-psychologique en 1852¹³², et dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Plusieurs facteurs contribuent à l'avènement de ce débat et du changement de posture psychiatrique sur la question du suicide, notamment l'usage de plus en plus répandu et systématique des statistiques officielles, ainsi que le rôle progressivement élargi des aliénistes au niveau non seulement politique, juridique et administratif, mais aussi social. Comme Carbonel le démontre dans son étude sur les débuts psychiatriques et asilaires en Normandie au 19^e siècle, les statistiques morales ont servi à renforcer et « légitimer le rôle social des psychiatres » et à élargir leur champ d'expertise – une question de débat dans les *Annales médico-psychologiques*, dès leur création, notamment mené par Baillarger¹³³. Ceci amène les aliénistes à redéfinir la classification des causes du suicide et à accorder une plus grande importance aux liens entre le suicide et la morale. On pourra, dès lors et jusqu'à un certain point, considérer la morale sans l'assimiler au moral, ni établir un rapport direct entre ces deux concepts. Cette séparation entre

129 Kushner 1986, 44.

130 Sur le rôle de la presse et des publications spécialisées dans les querelles et les controverses scientifiques, voir Wachsmann 2003 ; Bodenmann/Rey 2013 ; Steinke 2013.

131 Cette revue est dirigée d'abord par Jules Baillarger (1809-1890), Laurent Cerise (1807-1869) et François Achille Longet (1811-1871). Il s'agit de la première publication consacrée entièrement aux questions liées à la folie et qui réunit les aliénistes français les plus importants de l'époque. Elle contient un très grand nombre d'études originales sur le suicide, notamment celles de Briere de Boismont, avant qu'il les réunisse en un ouvrage. Elle accueille de nombreux débats sur des questions psychiatriques, non seulement sur le suicide en 1844-1846, mais aussi sur la question des hallucinations, du non-restraint, des colonies pour les aliénés, ou encore de la folie raisonnante. Voir Ritti 1902 ; Nicolas, en ligne.

132 Bien que la fondation de cette société ait été annoncé déjà en 1847, sa première séance de travail n'a eu lieu que le 28 juin 1852 ; Voir Nicolas, en ligne. Ce retard est dû en grande partie aux événements de 1848. Sur l'histoire de cette société, voir Coffin 1998 ; Haustgen 2012, 408-414.

133 Carbonel 2005, 1 et 14. Voir Baillarger 1846, 163-168.

le moral, ou le psychique, et la morale, de par l'élargissement du champ psychiatrique, amènera donc à un appauvrissement de la notion du moral, comme on le constate au tournant du 20^e siècle. Ainsi, la 21^e édition du *Dictionnaire de médecine* de Littré et Gilbert propose des définitions distinctes du moral et de la morale. Il définit le premier terme par la négative, en une seule phrase énigmatique : « Ensemble des actions du cerveau qui ne se rapportent ni à la motricité ni à la sensibilité, c'est-à-dire des facultés morales. »¹³⁴

Le débat sur la pathologie du suicide est lancé en 1844, avec la publication du traité de Gustave Étoc-Demazy (1806-1893), chef de l'Asile de la Sarthe, au Mans, intitulé *Recherches statistiques sur le suicide, appliquées à l'hygiène publique et à la médecine légale*. À ma connaissance, il fut le premier aliéniste à remettre en question la thèse d'Esquirol, soutenue par tous les aliénistes avant 1844. Peut-on se suicider et conserver toute sa raison et sa liberté morale ? Telle fut la question posée par Étoc-Demazy, à laquelle il répond affirmativement. Certes, la mort d'Esquirol aura facilité la remise en question de ses thèses, notamment sa critique de l'utilité des statistiques officielles. Étoc-Demazy s'étonne de la « sévérité avec laquelle M. Esquirol a jugé les procès-verbaux »¹³⁵ qui constituent le *Compte général* et d'autres sources statistiques. Malgré les réticences des premiers aliénistes envers la fiabilité des statistiques, l'usage des statistiques morales devient de plus en plus systématique, surtout à partir des années 1840. Étoc-Demazy base son étude – concentrée sur l'arrondissement du Mans, dans le département de la Sarthe, entre 1830 et 1841 – sur les procès-verbaux et les rapports rédigés par les officiers de police et par les médecins, « déposés au parquet du tribunal de première instance de l'arrondissement du Mans »¹³⁶. Des lacunes dans ces documents officiels sont comblées par des « renseignements particuliers », lui permettant d'arriver à « la vérité ». Étoc-Demazy admet que ces documents officiels n'indiquent pas toujours « l'état physique et moral des suicidés [...] avec tout le soin et tous les détails qu'on pourrait attendre des

134 Anonyme, « Moral », 1908, 1061.

135 Étoc-Demazy 1844, 9. Voir Esquirol 1838, t. 1, 576. Voir Carbonel 2005, 14-15.

136 Étoc-Demazy 1844, 8-9.

médecins à l'observation des maladies mentales »¹³⁷. Cependant, aussi imparfaits soient-ils, ces documents représentent, selon lui, une source fondamentale pour étudier les causes du suicide¹³⁸. L'expertise médicale appelée pour constater la mort d'un suicidé ne peut qu'éclairer les motifs et les causes qui ont conduit ces individus à la mort volontaire. Étoc-Demazy justifie également l'usage des documents officiels et développe sa critique d'Esquirol jusqu'à renverser le postulat du célèbre aliéniste. Étant donné que les « médecins ne sont consultés que pour les individus chez lesquels le penchant au suicide est le résultat de la folie ; ils ne sont guères [*sic*] à même d'étudier les autres »¹³⁹.

Cette affirmation est décisive. Elle marque le début d'une nouvelle approche méthodologique dans les études sur le suicide, qui ne se contentera plus d'étudier les patients aliénés. Elle indique également une prise de position par laquelle la médecine s'ouvre au-delà de l'hôpital, et se penche sur la société tout entière. Ce tournant est déjà manifeste dans les mémoires soumis à l'Académie nationale de médecine pour le Prix Civrieux en 1846 et 1848, ainsi que dans la plupart des thèses de médecine et des études publiées après le traité d'Étoc-Demazy.

Après avoir passé en revue les différentes conditions prédisposantes du suicide dans l'arrondissement du Mans, Étoc-Demazy examine les nombreuses causes du suicide et explique son système de classification¹⁴⁰. Il les divise en deux groupes : les causes prédisposantes et les causes déterminantes, et commence par ce dernier groupe. Bien qu'il reconnaisse les analogies entre le suicide et la folie, notamment en matière de causes, il rejette « l'identité » de ces deux phénomènes : « J'ai la conviction que très souvent les suicides sont aliénés : je ne puis croire qu'ils le soient toujours. »¹⁴¹ Il s'oppose explicitement, et de manière répétée, à Esquirol et aux aliénistes qui le soutiennent :

[N]ous ne saurions admettre que la mort volontaire, par elle-même, par elle seule, puisse être toujours considérée comme un signe d'aliénation mentale.

137 Étoc-Demazy 1844, 10.

138 Étoc-Demazy 1844, 11-12.

139 Étoc-Demazy 1844, 14.

140 Étoc-Demazy 1844, 163-199.

141 Étoc-Demazy 1844, 169.

On ne voit pas, en effet, une liaison nécessaire entre l'existence de la folie et l'action d'un homme qui se tue pour ne pas survivre à la perte de son honneur ; pour soustraire sa tête à l'échafaud ; pour échapper à la misère causée par les désordres de sa conduite, à des chagrins domestiques que chaque jour renouvelle, à des douleurs, à des infirmités dont il ne voit le terme que dans la mort. Le suicide repose, dans ces cas, sur des faits réels, et non sur des aberrations semblables à celles qui caractérisent la folie¹⁴².

Dire qu'un individu se suicide par revers de fortune, par chagrins domestiques, par misère ou débauche serait une « condamnation morale » des suicides non fous¹⁴³. En ce sens, le suicide produit par les passions ne suppose pas qu'il y ait nécessairement trouble de la raison ou de la volonté. Tout en reconnaissant la difficulté de déterminer les « véritables » causes du suicide, Étoc-Demazy propose une liste de causes déterminantes, compilées à partir de témoignages des proches et de lettres de suicide. Ces renseignements intimes lui permettent de connaître les causes probables de la mort¹⁴⁴. La plupart de ces causes déterminantes sont les mêmes que les motifs présumés présentés par le *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*. Elles réunissent certaines passions et émotions, des comportements immoraux, les conséquences des mouvements et des événements sociaux, des souffrances physiques, ainsi que l'aliénation mentale. Sur les 77 cas de suicide analysés dont les causes sont connues, Étoc-Demazy identifie l'aliénation mentale dans 28 cas, soit un tiers. Il admet que ce chiffre est sans doute approximatif, car la folie passe parfois inaperçue et les limites entre folie et raison sont difficiles à identifier¹⁴⁵. Toutefois, la folie représente la cause la plus importante. Dans ces cas, « la folie présentait les caractères du délire partiel, avec prédominance d'affections tristes, des passions dépressives »¹⁴⁶. Le suicidaire aliéné conserve sa volonté, mais cette volonté est « fondée sur des motifs imaginaires, sur

142 Étoc-Demazy 1844, 171.

143 Étoc-Demazy 1844, 175.

144 Étoc-Demazy 1844, 175.

145 Étoc-Demazy 1844, 167.

146 Étoc-Demazy 1844, 167.

des conceptions délirantes, sur des aberrations du jugement »¹⁴⁷. Sans la volonté, il ne s'agirait pas d'un suicide, mais d'un accident. Il refuse cependant de voir la folie dans tous les cas de suicide. En effet, la folie ne peut expliquer le suicide des « grandes intelligences associées à de grandes passions, minées par la haine, par la jalousie, par les mécomptes de l'ambition et de la fortune »¹⁴⁸. Ces causes ont suffi à les pousser au suicide, sans qu'ils tombent pour autant dans l'aliénation mentale. L'aliéniste Pierre-Égiste Lisle est du même avis, écrivant en 1856 : « [I]l me répugnait singulièrement de regarder comme des fous tant de grands hommes de l'antiquité, qui, à l'exemple de Caton ou de Brutus, s'étaient donné la mort. »¹⁴⁹

Étoc-Demazy identifie trois formes de mort de soi-même : 1) celle qui est causée directement par « la violence des passions, que nous ne saurions assimiler à l'égarment de la raison », 2) celle qui exclut la volonté et qui est souvent considérée comme un accident, et enfin 3) la mort volontaire qui résulte de la folie¹⁵⁰. La force et le développement de l'instinct de conservation varient selon l'individu et selon la force des passions qui s'y opposent. Le manque de cet instinct, qu'il désigne par « amour de la vie », représente une des causes prédisposantes du suicide¹⁵¹. Si les passions sont plus fortes que l'instinct de conservation, l'homme peut se suicider sans que cela implique « nécessairement l'existence de la folie »¹⁵². Entre le *moi* de l'homme et sa vie, la passion intervient comme un « tiers avec lequel ce *moi* ne peut plus se réconcilier ; il y a un être nouveau, plus fort que le penchant qui l'attache à la vie : il y a la misère, le remords, le déshonneur, les souffrances, et tout ce qui tend à faire naître le dégoût de la vie »¹⁵³. Dans ces cas où « la douleur l'emporte sur l'amour de la vie », le suicide est « sans doute une action que la morale condamne, que la pitié seule pardonne ; mais cette action n'est pas en

147 Étoc-Demazy 1844, 168.

148 Étoc-Demazy 1844, 175.

149 Lisle 1856, iii.

150 Étoc-Demazy 1844, 179-180.

151 Étoc-Demazy 1844, 181. Voir également Chéreau 1848 (Prix Civrieux, no 1), 171.

152 Étoc-Demazy 1844, 182.

153 Étoc-Demazy 1844, 182.

elle-même un signe de folie : elle n'est pas incompatible avec le libre usage de la raison »¹⁵⁴. Dans son analyse élogieuse de l'ouvrage d'Étoc-Demazy, Brière de Boismont partage entièrement cette opinion et avance des cas plus précis de suicide non aliéné :

Un père de famille vieux et infirme voit son fils sur le point d'être atteint par la conscription : il se tue pour lui procurer le bénéfice de la loi. Un malheureux, entraîné par de fausses spéculations, perd une fortune considérable. En présence de la misère qui va le saisir, une ressource désespérée se présente à lui ; il hésite, tremble ; mais la fatalité l'emporte, et une signature est contrefaite. Pendant plusieurs années le crime reste inconnu ; mais enfin celui dans les mains duquel se trouve le papier fatal juge qu'il est temps de s'en servir, sa détermination est irrévocable. Le criminel mesure toutes les conséquences de sa faute : la flétrissure qui l'attend est certaine ; sa femme, ses enfants vont être déshonorés. Il se met à son bureau, raconte en peu de mots sa situation terrible, sa détermination, et saisissant un pistolet, il se brûle la cervelle¹⁵⁵.

Or, à elles seules, les passions ne suffisent pas à pousser une personne au suicide, car ces mêmes circonstances, ou causes déterminantes, peuvent affecter beaucoup d'individus, sans qu'ils ne pensent jamais à se donner la mort. Selon Étoc-Demazy, « il faut qu'il préexiste des différences, des dispositions particulières qui les empêchent d'éprouver les mêmes effets par l'action des mêmes causes. Ces modifications prédisposantes sont, en général, difficiles à saisir ; leurs causes elles-mêmes sont fort peu connues. »¹⁵⁶ Plus précisément, il identifie sept causes prédisposantes. Outre le manque d'amour de la vie, les six autres causes portent sur le statut social et les conditions générales de la vie de l'individu. En ce sens, sa division des causes s'organise généralement entre les causes « sociales et externes » et les causes psychologiques et intimes. Bien que ces causes puissent produire un trouble de la raison, il ne s'agit pas là d'une condition nécessaire, comme on peut le voir chez des aliénistes de la première moitié du siècle.

154 Étoc-Demazy 1844, 183-184.

155 Brière de Boismont 1844a, 499.

156 Étoc-Demazy 1844, 185.

Le débat sur la pathologie du suicide

Un débat sur la pathologie du suicide a lieu entre 1845 et 1847, à l'occasion de la publication du mémoire de Bourdin, intitulé *Du suicide considéré comme maladie*¹⁵⁷. Il commence son traité en affirmant que : « Le suicide est une monomanie. »¹⁵⁸ Il est difficile de savoir si Bourdin avait lu le traité d'Étoc-Demazy, paru seulement une année avant et qu'il ne mentionne pas. Cependant, il critique l'« opinion universelle qui considère le suicide non pas comme une maladie, mais comme un vice, un crime, et, dans certains cas, comme un trait d'héroïsme »¹⁵⁹. Cette opinion ne concerne certainement pas les aliénistes qui écrivent sur cette question jusqu'au début des années 1840. Dans le champ médical, Bourdin désigne seulement « quelques-uns de mes adversaires », selon lesquels « dans certains cas, il n'y a pas le moindre trouble cérébral »¹⁶⁰. Une opinion erronée, qu'il attribue à leurs craintes, leur inattention, la routine, la préoccupation d'esprit, ou encore leur conviction sincère. Comme beaucoup d'autres aliénistes avant et après lui, Bourdin divise les causes en prédisposantes et déterminantes. Il subdivise ces dernières en causes morales – les plus nombreuses – et en causes physiques. Comme chez les autres aliénistes, les causes prédisposantes sont nécessaires pour permettre l'action des causes déterminantes. Cependant, dans le but de prouver la pathologie du suicide, il explique le processus par lequel ces causes prédisposantes – notamment l'hérédité, l'éducation vicieuse et la civilisation – compromettent la santé psychique de l'individu et augmentent le pouvoir des passions, ainsi que des comportements et des troubles qui agissent directement sur le corps (l'abus d'alcool, les excès vénériens, l'onanisme, les troubles de la menstruation). Les causes prédisposantes « produisent une excitation cérébrale considérable, qui prédispose au trouble de la raison, et permet l'action facile des causes » déterminantes¹⁶¹. Les causes déterminantes, quant à

157 Bourdin 1845.

158 Bourdin 1845, 7.

159 Bourdin 1845, 7.

160 Bourdin 1845, 9.

161 Bourdin 1845, 57.

elles, « s'accompagnent d'une excitation mentale qui va bientôt jusqu'au dérangement complet des facultés cérébrales, prélude obligé de tous les suicides »¹⁶². La prédisposition au suicide (par l'hérédité, l'éducation vicieuse, les mauvaises croyances, la civilisation, etc.) renforce les causes déterminantes, comme les passions et les causes physiques. Dans cet état,

[les passions] agissent sur la raison qu'elles bouleversent ; sur la mémoire, sur la réflexion qu'elles éteignent ; sur la liberté morale qu'elles détruisent ; sur les instincts qu'elles pervertissent ou paralysent ; sur les facultés intellectuelles et morales qu'elles anéantissent ; en un mot, elles troublent si profondément le système cérébro-ganglionnaire, qu'elles transforment pour ainsi dire l'homme et le pervertissent à un point extrême. À un degré élevé toutes les aberrations mentales sont possibles¹⁶³.

La parution de ce mémoire donne lieu à de vives réactions parmi les aliénistes, principalement dans les *Annales médico-psychologiques*¹⁶⁴. Lors de la séance du 28 avril 1845, la Société médico-pratique de Paris ouvre un débat sur la thèse principale de Bourdin, selon laquelle le suicide est toujours le fait d'une aliénation mentale¹⁶⁵. La plupart des aliénistes rejettent cette position exclusive de Bourdin. Lors de cette séance, seul Belhomme la défend, tandis que Cerise la critique fortement, car il « la regarde comme contraire à l'observation clinique, à la psychologie, à la morale et au sens commun »¹⁶⁶. Une année plus tard, la Société reviendra sur cette question après plusieurs échanges entre Bourdin, Étoc-Demazy et Brière de Boismont.

En 1846, Étoc-Demazy publie un long article dans les *Annales médico-psychologiques*, intitulé « Sur la folie dans la production du suicide »¹⁶⁷, dans lequel il critique la position de Bourdin, ainsi que celle de Jacques-Joseph Moreau de Tours¹⁶⁸. En

162 Bourdin 1845, 49.

163 Bourdin 1845, 64.

164 Voir Mucchielli/Renneville 1998 ; Renneville 2018.

165 Anonyme, 1845, 294-295.

166 Anonyme, 1845, 294.

167 Étoc-Demazy 1846, 338-362.

168 Moreau de Tours, J.-J. 1846, 287-288. Voir la réponse d'Étoc-Demazy 1846, 356. Voir également Lisle 1856, 164-165.

s'adressant à la communauté psychiatrique, Étoc-Demazy affirme qu'il faut se garder « de rien exagérer, et de vouloir agrandir, sans raison et sans mesure, le champ déjà si vaste des aberrations mentales »¹⁶⁹. Il critique la notion selon laquelle les individus qui se suicident « agissent dans l'intention *formelle et exclusive* de se donner la mort »¹⁷⁰. Bien qu'il reconnaisse l'intention et donc la volonté des suicidaires, il nie son aspect exclusif car, dit-il, « [l]a mort pour eux est un moyen ; elle n'est pas un but »¹⁷¹. Les suicidaires passent à l'acte pour une tout autre raison que la mort, par exemple, pour échapper aux douleurs ou aux souffrances. Ainsi, ils ne doivent pas être considérés, selon Étoc-Demazy, comme des aliénés. Seuls ceux qui ont la mort pour but devraient être considérés comme tels¹⁷². Considérer tout suicide comme un acte de folie revient, selon lui, à ranger parmi les fous les femmes saintes qui préfèrent conserver leur pudeur, Lucrèce qui veut sauver son honneur, Vatel qui fut le cuisinier du grand Condé et qui s'est tué par honte de ne pouvoir assurer le repas qu'il avait prévu, ou encore les soldats qui se tuent pour échapper à l'ennemi, mais aussi les tentatives de suicide de Napoléon¹⁷³. À la différence d'Étoc-Demazy, Bourdin refuse de voir le suicide dans ces cas historiques. Pour lui, il s'agit d'un sacrifice, d'un acte d'honneur, ce qui est en contradiction avec la folie. Pour Étoc-Demazy, en revanche, le raisonnement de Bourdin est erroné. Ces cas ne relèvent d'un suicide que si l'on accepte l'existence du suicide non pathologique. Dans le numéro suivant des *Annales médico-psychologiques*, Bourdin publie une réponse explicite à la critique d'Étoc-Demazy¹⁷⁴, dans laquelle il réitère sa position sur le suicide en analysant les différents arguments médicaux. Cependant, l'argumentation de ces deux médecins contient également une dimension politique et religieuse, qui devient un objet de controverse. Peut-on considérer comme aliénées les « femmes saintes » qui se donnent la mort pour

169 Étoc-Demazy 1846, 338.

170 Étoc-Demazy 1846, 341.

171 Étoc-Demazy 1846, 341.

172 Étoc-Demazy 1846, 342.

173 Étoc-Demazy 1846, 343.

174 Bourdin 1846b.

préservent leur pudeur ? Comment interpréter la suicidalité de Napoléon ? Était-il aliéné ou est-il justement la preuve que le suicide n'est pas toujours pathologique ? Bourdin, pour sa part, remet en question l'histoire même de la tentative de Napoléon, : « Je ne saurais cependant vous abandonner un pareil homme et laisser son nom inscrit dans les fastes de l'aliénation mentale. »¹⁷⁵ Curieux raisonnement, qui ne semble être motivé que par une prise de position politique. Une prise de position, cependant, qui agit sur sa théorisation du suicide.

Ce même numéro des *Annales médico-psychologiques* (1846) contient un résumé du débat entre Bourdin, d'un côté, et Étoc-Demazy et Brierre de Boismont, de l'autre¹⁷⁶. Sans chercher à assimiler le suicide aux crimes, Brierre de Boismont refuse de voir dans tous les cas de suicide l'absence du libre arbitre¹⁷⁷. Selon lui, abrégé une existence vécue dans « les privations, les douleurs, la misère et l'isolement » ne constitue pas un acte de folie¹⁷⁸. Bien qu'il reconnaisse que « beaucoup de suicides ont accompli leur fatale résolution dans un état de folie », Brierre de Boismont affirme qu'« il en est aussi qui ont agi d'après de mûres réflexions, parce que la vie leur était devenue insupportable »¹⁷⁹. La critique que Brierre de Boismont exprime envers Bourdin est sans appel. Le traité de Bourdin « manque [...] de cette allure qui dénote l'expérience. C'est, pour dire toute ma pensée, un paradoxe présenté avec une certaine vivacité, mais qui ne se glissera jamais dans la science. »¹⁸⁰ Cette même année, Bourdin envoie une lettre aux rédacteurs des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, dans laquelle il réplique aux critiques de Brierre de Boismont¹⁸¹. Selon Bourdin, Brierre de Boismont se trompe lorsqu'il croit que les causes déterminantes, comme « le défaut d'éducation religieuse, la misère, les passions, les maladies, les

175 Bourdin 1846b, 51.

176 Lunier 1846.

177 Brierre de Boismont, 1846, 424.

178 Brierre de Boismont, 1846, 425.

179 Brierre de Boismont, 1846, 426.

180 Brierre de Boismont, 1846, 441.

181 Bourdin 1846a.

vices, les mauvaises habitudes »¹⁸², peuvent expliquer le suicide, car il s'agit là non pas de causes véritables mais de « prétexte[s] ». Bourdin refuse de voir dans les croyances communes et dans l'état de la civilisation une cause suffisamment forte pour pousser l'individu au suicide. Selon lui, le « suicide est une forme de folie qui se manifeste et se termine quelquefois en une seconde. Saisissant l'homme au milieu de sa vie la plus calme, et désormais le dévorant sans cesse, cette cruelle maladie peut faire les plus grands ravages sans que l'intelligence ait fléchi, sans que la moralité ait été dépravée. »¹⁸³ L'aliénation d'un tel individu, sain d'esprit et de comportement moral *en apparence*, ne peut se trouver que par l'examen de « l'histoire complète du malade »¹⁸⁴.

Ce qui se joue dans ce débat entre la position exclusive de Bourdin et de ses prédécesseurs, d'un côté, et, de l'autre, celle des aliénistes comme Étoc-Demazy, Brierre de Boismont et tous ceux qui vont les suivre, concerne le rôle que l'aliéniste joue dans l'appréciation des causes sociales et morales (la morale). Pour la nouvelle génération d'aliénistes, il n'est plus nécessaire de ramener le suicide à la folie, car leur champ d'expertise s'étend plus explicitement vers les comportements déviants et immoraux. Cette position élargie est clairement présentée dans un numéro des *Annales médico-psychologiques* publié en 1853. Dans l'introduction, les rédacteurs – Baillarger, Brierre de Boismont et Cerise – présentent les quatre axes à partir desquels la Société médico-psychologique et sa revue abordent l'aliénation mentale : (1) la pathologie, (2) la médecine légale, (3) les asiles d'aliénés et (4) la philosophie, la morale et l'histoire¹⁸⁵. Le suicide est rattaché à ce dernier axe.

La Société médico-pratique de Paris statue une fois de plus sur l'existence du suicide non pathologique, lors de sa séance du 2 avril 1846, clôturant par là le débat. Si certains prenaient encore le parti de Bourdin en 1845, notamment Belhomme en 1846, les membres de la Société rejettent sa position absolue

182 Bourdin 1846a, 466.

183 Bourdin 1846a, 467.

184 Bourdin 1846a, 469.

185 Baillarger/Brierre de Boismont/Cerise, 1853, vi-viii.

sur la pathologie du suicide. C'est Belhomme lui-même qui lit le mémoire de Bourdin et « combat l'opinion de ce médecin comme trop exclusive »¹⁸⁶. Belhomme « admet des exceptions » à la pathologie du suicide, une opinion qui est partagée également par Fouquier, Masson et Dancel¹⁸⁷.

Ce débat et le Prix Civrieux au milieu des années 1840 produisent un tournant épistémologique dans les théories médicales du suicide. Ils inspirent plusieurs médecins et aliénistes à étudier cette question non plus comme une maladie mais comme un « fait social »¹⁸⁸. L'un de ces médecins fut Albert Des Étangs, qui publie en 1857 un article dans lequel il résume parfaitement la nouvelle position médicale sur le suicide :

Livrés spécialement à l'étude des affections mentales et toujours aux prises avec des malades dont la raison a subi des atteintes plus ou moins graves, ces médecins, qui sont assurément au premier rang de la science, ont peine à s'imaginer que les suicides si multipliés, qui dans les villes et les campagnes échappent à leur observation, puissent différer essentiellement de ceux dont ils sont témoins à Bicêtre, à Charenton, à la Salpêtrière ou dans leurs établissements privés : de telle sorte, qu'appuyés sur l'autorité d'Esquirol, ils arrivent à n'envisager le meurtre de soi-même que comme un acte insensé, dépourvu de toute liberté morale, et qu'ils n'y voient dès lors qu'une indication médicale à remplir, savoir, de prévenir les attentats de ce genre par une surveillance sévère et des soins éclairés. Or, nous obéissons à une tendance absolument contraire, et si pour eux le suicide n'est qu'un fait pathologique, purement individuel, qui ne doit pas franchir l'enceinte d'une maison de santé, c'est pour nous, avant toute chose, un fait social où l'individu n'intervient pour ainsi dire que pour donner une forme plus arrêtée, plus précise à des souffrances générales, souffrances morales et matérielles qui accusent hautement les vices de nos institutions et l'impuissance de nos lois¹⁸⁹.

186 Anonyme 1846, 132.

187 Anonyme 1846, 132. Je n'ai trouvé qu'un seul compte rendu de l'ouvrage de Bourdin qui défend sa position : Auber 1846, 36.

188 Des Étangs 1857, 3. Voir également Des Étangs 1860.

189 Des Étangs 1857, 3.

Comme on le verra plus loin, les efforts médicaux contre le suicide s'ouvrirent au-delà du cadre asilaire, en s'alliant avec d'autres champs de savoir. Si le suicide concerne aussi bien des individus qui ne sont pas aliénés que les patients dans les asiles, il est alors nécessaire d'élaborer de nouvelles mesures de prévention, celles qui répondent aux « vices de nos institutions » et à « l'impuissance de nos lois ». Des Étangs ne minimise pas pour autant le rôle que le médecin doit jouer dans l'appréciation et la prévention du suicide, car sa compétence doit porter sur toute la « nature de l'homme »¹⁹⁰.

Des théories aux statistiques morales

L'originalité du traité d'Étoc-Demazy de 1844 repose non seulement dans sa thèse nuancée sur la pathologie du suicide, mais aussi dans sa défense des statistiques comme source fondamentale pour comprendre cet acte. Ces statistiques, on l'a vu, commencent à repérer, dès 1836, les « motifs présumés » du suicide qui devient un objet de statistiques à part entière. Le *Compte général* identifie 51 motifs, répartis en cinq catégories : 1° la misère et les revers de fortune ; 2° les affections de famille ; 3° l'amour, la jalousie, la débauche et l'inconduite ; 4° les contrariétés diverses ; et 5° les maladies cérébrales. Ces cinq catégories sont accompagnées de deux autres, souvent délaissées par les aliénistes : 6° les suicides après meurtre, vol, empoisonnement, incendie, tentative d'assassinat, etc. ; et 7° les causes inconnues, qui sont, elles, très nombreuses. Bien que les maladies cérébrales, dont l'aliénation mentale, représentent la catégorie de motifs la plus importante, elles sont loin d'être la seule cause du suicide, du moins selon ces statistiques. Pierre-Égiste Lisle souligne l'importance des statistiques dans l'étude médicale du suicide :

[I] n'est plus permis de nos jours de rechercher la vérité dans des théories pures, dans de vaines abstractions ou des hypothèses gratuites. L'observation rigoureuse des faits est devenue, à juste

190 Des Étangs 1857, 6-7.

titre, le point de départ et la base de toutes nos connaissances. De ce *positivisme* éclairé, qui forme le principal caractère de notre époque, est née l'application de la statistique à la médecine et à l'étude des questions morales et politiques¹⁹¹.

Seules l'observation et les statistiques peuvent mener à une meilleure compréhension du suicide, et renverser les préjugés et les postulats qui dominaient au début du siècle dans les études médicales du suicide. La source principale pour Lisle, comme pour beaucoup d'autres aliénistes, fut le *Compte général*, tout particulièrement pour les renseignements sur les causes¹⁹². Ces statistiques permettent d'étudier le suicide « non plus comme une maladie individuelle dont rien ne [prouve] l'existence, mais comme un fait général malheureusement trop commun »¹⁹³. Séparer cet acte de la folie et l'aborder comme un « fait général » de la société permet d'en faire un acte comme un autre, mais aussi de porter plus d'attention aux causes sociales, aux influences de la civilisation, de la politique, de l'économie, des croyances, et des mœurs en général, comme autant de sources d'un « malaise profond et caché qui [...] ronge [nos sociétés modernes] jusque dans leurs éléments les plus sains »¹⁹⁴.

Une telle valorisation des statistiques officielles dans l'étude médicale du suicide est explicitée dans d'autres mémoires et traités. Dans son mémoire pour le prix Civrieux de 1848, Achille Chéreau consacre 11 chapitres aux causes du suicide, qu'il base sur le *Compte général*. Il reproduit les décomptes de cette source avec les mêmes tableaux et les cinq mêmes catégories de motifs. Le mémoire du médecin militaire d'Amiens Le Tertre Vallier comporte de très nombreux tableaux dressés, eux aussi, à partir des statistiques du *Compte général*¹⁹⁵. Tout en reconnaissant la vue « synoptique » que ces statistiques peuvent apporter sur le suicide, il souligne néanmoins leur « authenticité incontestable » et leur « immense valeur » dans cette étude. À la différence

191 Lisle 1856, 3. Voir Lisle 1846 (Prix Civrieux, no 11), 1.

192 Lisle 1856, v.

193 Lisle 1856, v.

194 Lisle 1856, v.

195 Le Tertre-Vallier 1848 (Prix Civrieux, no 7), n.p.

d'autres aliénistes, Le Tertre Vallier utilise les statistiques des motifs présumés et d'autres circonstances du suicide, afin d'établir non seulement les différentes catégories de causes, mais aussi des catégories de suicide, par exemple, le suicide social, le suicide moral, le suicide politique, le suicide judiciaire, ou encore le suicide physio-pathologique. Selon le genre de causes, c'est le suicide lui-même qui est redéfini en un nouvel objet¹⁹⁶. Devant ce qui distingue ces genres de suicide, il faut des moyens thérapeutiques appropriés, car la médecine seule ne suffit pas à répondre à ce problème de société. Comme on le verra, Le Tertre Vallier propose cinq types de moyens thérapeutiques et préventifs : législatifs, administratifs, moraux, religieux et enfin médicaux. Il décrit en détail non seulement les mesures médicales qui peuvent être adoptées, mais aussi les mesures propres aux quatre autres domaines. Et c'est là, justement, que se situent les enjeux psychiatriques. Il ne s'agit plus d'étudier et donc de soigner uniquement les fous suicidaires dans les asiles, mais d'élargir son champ de savoir et de manœuvre en dehors des murs de l'hôpital et d'intervenir non seulement dans d'autres contextes de réclusion ou d'isolement, comme la prison ou dans l'armée¹⁹⁷, mais dans tout milieu social. Ainsi, sur la base des statistiques concernant les professions des suicidés, les médecins font appel à des améliorations des conditions de travail. Celles qui portent sur l'état civil permettent d'aborder la question de la famille, et des contrariétés et des chagrins qu'elle peut produire. La misère et la condition économique des suicidés les amènent à se pencher sur l'influence de la civilisation et de l'industrialisation. Enfin, la débauche, l'inconduite, le jeu et d'autres causes liées à la moralité ouvrent un champ lié à l'éducation morale, à la religion et à d'autres mesures d'hygiène publique.

196 Soixante ans plus tard, Durkheim (1897) se démarquera des thèses psychiatriques et individualisantes sur le suicide, en distinguant quatre types de suicide : le suicide égoïste, le suicide altruiste, le suicide anémique et le suicide fataliste.

197 Sur le rôle des aliénistes dans le contexte pénitentiaire, voir Lélut 1844, 213-232 ; Ferrus 1850 ; Guérard 1853 ; Pietra Santa 1853 ; Sauze 1855 ; Du Camp 1869 ; Lecour 1875a et 1875b ; Motet 1879. Sur le suicide dans l'armée, voir Ebrard 1870, 376-382 ; Foley 1880, 18-33 ; Mesnier 1881 ; Arnould 1893, 21-30. La question du suicide dans l'armée est abordée par de nombreux aliénistes, notamment en rapport à sa capacité de se propager par contagion ou par imitation. Voir Guignard 2014 ; Guignard 2018 ; Guignard/Guillemain/Tison 2013.

Malgré l'utilité de ces statistiques, les médecins de la seconde moitié du siècle reconnaissent les erreurs qu'elles peuvent contenir et la difficulté à apprécier les véritables causes du suicide. En 1870, Émile Le Roy, médecin légiste du Tribunal de Meaux, énonce cette méfiance :

Plus d'une fois j'ai pu juger par moi-même, ayant le cadavre sous les yeux, et les parents, amis, autorités, à mes côtés, combien il est difficile d'assigner la véritable cause [...]. Cela donne la mesure de la réserve avec laquelle il faut accepter la classification du suicide par causes, contenue dans les comptes-rendus de la justice criminelle en France¹⁹⁸.

Des Étangs, quant à lui, évoque la difficulté de connaître non seulement les causes du suicide, mais aussi son taux exact, due à la dissimulation du suicide, aux précautions entreprises par les suicidés, ou encore à la complicité des familles afin de protéger l'honneur ou les intérêts personnels¹⁹⁹. Brierre de Boismont lui-même reconnaît l'intérêt mais aussi les limites des statistiques officielles. Ainsi, il soutient les 4595 procès-verbaux qu'il étudie par deux autres sources de données : 1328 lettres de suicide et 862 observations de ses propres patients.

Les nouvelles classifications des causes

Malgré la reconnaissance de leurs limites, ces statistiques représentent néanmoins une source fondamentale pour les aliénistes et les hygiénistes. Elles apportent des données concrètes sur une échelle régionale ou nationale à leurs études et leur permettent d'élargir leur champ d'action. Dès lors, la proportion du suicide par aliénation mentale diminue de manière significative, en rapport à d'autres causes sociales et morales. Ce constat et cette nouvelle conception du suicide portent les aliénistes à repenser la classification des causes de cet acte. Pour certains, les « motifs

198 Le Roy 1870, 143.

199 Des Étangs 1857, 8-9. Sur l'inexactitude des statistiques et la dissimulation du suicide par les proches, voir Kushner 1991, 93-118.

présumés » repérés dans le *Compte général* constituent les causes déterminantes, tandis que les causes prédisposantes contiennent des influences plus générales comme l'hérédité, les sexes, les âges, l'état civil, mais aussi des influences sociales comme l'éducation, les professions et la moralité. D'autres, comme Le Roy (1870), rejettent cette division classique entre les causes. Armand Corre (1891), quant à lui, divise les causes en « facteurs individuels », « facteurs sociologiques » et « facteurs cosmiques ». Ces reconfigurations des causes jouent un rôle déterminant dans l'appréciation de cet acte et de sa dimension pathologique.

En effet, la conception non pathologique du suicide est possible non seulement grâce aux statistiques, mais aussi grâce à une nouvelle manière de considérer le rapport que les causes entretiennent les unes avec les autres. De plus, « l'appréciation » que le suicidé lui-même fait du motif de sa mort commence à jouer un rôle important, comme on le constate dans le traité de Brierre de Boismont qui fait des lettres de suicide une de ses sources de données les plus importantes. En ce sens, on passe de la conception des premiers aliénistes, selon laquelle le rapport entre les causes prédisposantes et les causes déterminantes produit un état de folie, à une conception selon laquelle les facteurs prédisposants augmentent le pouvoir des causes occasionnelles sans produire nécessairement un trouble de la raison ou de la volonté. Selon Lisle, l'erreur des premiers aliénistes repose sur leur interprétation des causes du suicide et de la folie. Pour lui, le simple fait que ces deux phénomènes partagent les mêmes causes ne signifie pas pour autant que le suicide doit être ramené toujours à la folie²⁰⁰. Il s'agit désormais de déterminer comment les différentes causes agissent sur l'individu.

Cependant, la folie demeure la cause la plus importante dans les statistiques et les classifications des causes par les aliénistes. Brierre de Boismont voit la folie dans presque un quart des suicides²⁰¹ ; J.-B. Petit et Étoc-Demazy l'identifient dans un tiers des cas. Pour comprendre comment les aliénistes arrivent à ces taux différents de suicide par aliénation mentale, il est

200 Lisle 1856, 107-108.

201 Brierre de Boismont 1850d, 718.

important d'analyser comment ils organisent ces causes et les divisent en catégories distinctes. Quels sont les critères pour délimiter ces catégories ? Quel rôle joue cette délimitation sur le taux de suicide selon le type de cause ? Comme on le verra, la définition et la délimitation de ces catégories jouent bel et bien un rôle déterminant dans la compréhension de cet acte. À partir de là, j'aimerais montrer que la division de ces catégories étiologiques est problématique, en ceci qu'elle surdétermine le sens que l'on peut tirer des statistiques et l'usage que l'on peut en faire en matière de soins et de prévention.

Après les débats survenus durant les années 1840, les aliénistes sont tous plus ou moins d'accord sur l'existence d'un suicide libre, accompli sans dérangement de l'esprit. Sans passer en revue tous les traités et mémoires de la seconde moitié du siècle, j'en analyserai trois qui ont été importants dans le développement du savoir psychiatrique sur le suicide. Il s'agit de trois traités publiés au milieu des années 1850, celui de Brierre de Boismont (1856, 2^e éd. 1865), celui de Lisle (1856) et enfin celui de Bertrand (1857)²⁰². Ces recherches remontent aux années 1840, à l'époque des débats justement²⁰³. Comme dans beaucoup d'autres études sur le suicide, les causes sociales et morales (la morale) deviennent centrales, en dépit des causes psychologiques (le moral) et physiques. De plus, ces trois médecins divisent le suicide en deux types distincts, l'un libre et l'autre involontaire ou aliéné. Ce qui influence leur manière d'étudier et de classer les causes.

Le traité de Brierre de Boismont développe la réflexion la plus approfondie sur l'étiologie du suicide et les facteurs qui en déterminent la compréhension. En effet, pour Brierre de Boismont, la question des causes est centrale et il met le doigt sur les changements de conception que la classification et la

202 Brierre de Boismont 1856 et 1865 ; Lisle 1856 ; Bertrand 1857.

203 Des parties de son ouvrage ont d'abord paru dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, entre les années 1848 et 1851. Voir notamment Brierre de Boismont 1848 ; 1849a ; 1849b ; 1849c ; 1850a ; 1852 ; 1855. L'ouvrage de Pierre-Égiste Lisle est issu du mémoire (no 10) qu'il soumet en 1848 pour le Prix Civrieux de l'Académie de médecine de Paris. Louis Bertrand a participé au Prix Civrieux en 1846 et en 1848. Ces deux mémoires sont à l'origine de son ouvrage de 1857.

catégorisation des causes peuvent avoir. Comme le titre de son traité l'indique – *Du suicide et de la folie suicide* –, il distingue deux types de suicide, l'un qui est libre et qui ne relève pas de l'aliénation mentale, l'autre qui résulte directement de la folie et qu'il nomme « folie suicide ». Ainsi, il faut aborder les causes en fonction de ces deux types de suicide bien distincts. Presque la moitié de son long traité est consacrée à l'étude des causes, qu'il énumère, décrit avec beaucoup de précision et accompagne d'observations. Il propose deux systèmes de classification, tout en remarquant les transformations possibles de ces systèmes²⁰⁴. Bien qu'il reconnaisse les différents systèmes de classification, « selon les temps et les pays », Brierre de Boismont en critique certains, qu'il trouve erronés, notamment celui de Des Étangs, car il répartit les causes entre celles qui relèvent du social et celles qui portent exclusivement sur les affections physiques²⁰⁵.

Le premier système de classification proposé par Brierre de Boismont suit le modèle de ses prédécesseurs, selon lequel les causes du suicide, prises dans leur ensemble, se divisent en causes prédisposantes et en causes déterminantes. Les premières contiennent l'influence des facteurs liés à la constitution de l'individu comme l'âge, le sexe et l'hérédité, mais aussi des causes sociales comme les professions, l'instruction, l'état civil et la situation économique de l'individu. À la différence de certains aliénistes, Brierre de Boismont inclut parmi les causes prédisposantes la moralité et les comportements liés aux mœurs, comme l'ivrognerie, le concubinage, l'adultère, le jeu et le vol. Les actes immoraux acquièrent ici un plus grand pouvoir d'action sur la constitution même de l'individu, un point de vue qui émerge en force à cette époque avec les premières études sur la dégénérescence, et plus tard sur la perversion et l'innéité de la criminalité. Définies par leur action lente sur l'homme, les causes prédisposantes, et tout particulièrement la moralité, deviennent plus difficiles à prévenir. Mais ce sont surtout les causes déterminantes qui occupent l'attention de cet aliéniste. Selon le premier système de classification, Brierre de Boismont

204 Brierre de Boismont 1865, 58-59.

205 Brierre de Boismont 1865, 59.

attribue toutes les causes déterminantes aux passions et à l'influence de la douleur. Il les subdivise en dix groupes, qui peuvent intervenir aussi bien dans le suicide moral ou « philosophique » que dans le suicide par folie. Ces dix groupes suivent plus ou moins les motifs présumés repérés par le *Compte général*. Seuls deux groupes portent directement sur les maladies et les différents types de folie. Enfin, le groupe qui concerne l'aliénation contient un spectre large d'affections mentales, qui vont de la folie au caractère triste, au dégoût de la vie et au *tædium vitae*. Brierre de Boismont détaille chacun des éléments contenus dans un seul groupe. Ainsi, le groupe qui concerne les maladies contient un ensemble de troubles somatiques très variés. Il en va de même pour le dégoût de la vie, qui se manifeste dans des états très différents comme la rêverie, l'ennui, la mélancolie, ou encore l'amour, la peur, et divers chagrins. À la différence de son second système de classification, qui divise les causes entre le suicide libre et la folie suicide, la présentation de toutes les causes déterminantes en un ensemble permet à Brierre de Boismont d'avancer une hypothèse précise. Quelle que soit la cause, ou le motif – Brierre de Boismont utilise ces deux termes de manière interchangeable –, c'est l'appréciation de ce motif par le suicidaire qui compte. Ainsi, les motifs peuvent être *vrais*, *exagérés* ou *futiles*, ou *faux*. En effet, les dernières lettres écrites par ces suicidaires lui permettent de déceler l'appréciation ou la raison que ces individus ont pu donner à leur acte²⁰⁶. Considérer l'appréciation des motifs par le suicidaire représente un changement de paradigme dans la compréhension de cet acte. Comme on le verra plus loin, cette considération est adoptée également par Lisle et Bertrand.

Soucieux de trouver une bonne manière de classer les causes, Brierre de Boismont reconnaît l'aspect pratique mais « artificiel » de la division des causes en prédisposantes et déterminantes²⁰⁷. Insatisfait par ces systèmes, Brierre de Boismont en propose un autre, qui répartit les causes en deux types de suicide : celui qui est produit par des gens raisonnables et la

206 Brierre de Boismont 1856, x. Voir Artières 2000.

207 Brierre de Boismont 1856, 56, note 1.

folie-suicide des aliénés. Les causes du premier contiennent toutes les passions qui peuvent conduire l'individu à se donner la mort, comme les désirs, les regrets, l'ivrognerie, la misère, divers chagrins, le jeu, les motifs politiques et littéraires, ou « tous les excitants ordinaires de la vie »²⁰⁸. Dans le suicide lucide, les motifs sont « réels » et cet acte constitue un *crime* contre Dieu, contre la société et contre la morale²⁰⁹. Les causes de la folie-suicide regroupent différentes maladies, notamment les hallucinations, les illusions, divers types de délire et des impulsions, des maladies somatiques, ainsi que l'hérédité. Selon Brierre de Boismont, les motifs du suicide pathologique sont « chimériques ». Afin de comprendre les causes de la folie-suicide, il faut donc étudier les causes de la folie. Or, on constate une ambiguïté dans l'argumentation de Brierre de Boismont. Bien qu'il souligne l'importance de l'appréciation des causes par l'aliéné lui-même et la détermination de leur nature réelle ou chimérique, il finit néanmoins par répartir les causes de telle manière que la folie-suicide est produite d'abord et avant tout par diverses maladies. Cette répartition est adoptée par Lisle, mais remise en question l'année suivante par Louis Bertrand.

La même année, Lisle publie son propre traité sur le suicide²¹⁰. Comme Brierre de Boismont, il reconnaît deux types de suicide, l'un « libre » et l'autre « involontaire ». Selon lui, le type de suicide détermine le rôle et la nature des motifs ou des causes. Dans le suicide libre, volontaire et spontané, les motifs sont réels, tandis que dans le suicide involontaire et « fatal », les motifs sont imaginaires, futiles, ce sont des terreurs chimériques, des hallucinations, ou des illusions malades, « qui obscurcissent la raison, oppriment la volonté, et pervertissent les sentiments et les instincts les plus vivaces »²¹¹. Ce type de suicide est produit par une maladie, ou plutôt par « plusieurs maladies très différentes les unes des autres, qui ont toutes un caractère commun, le trouble de la raison »²¹². Dans ces cas, « l'acte du suicide n'est

208 Brierre de Boismont 1856, x.

209 Brierre de Boismont 1856, 332.

210 Lisle 1856.

211 Lisle 1856, 175.

212 Lisle 1856, 175-176.

en réalité qu'un symptôme, et ne constitue pas par lui-même une affection particulière »²¹³. Selon lui, la prévention du suicide réside non pas dans l'étude du suicide lui-même, un simple fait dans le cas du suicide libre et un symptôme dans le cas du suicide involontaire, mais dans l'étude des causes. Il divise lui aussi les causes en prédisposantes et déterminantes²¹⁴. Parmi les causes prédisposantes, on retrouve non seulement les saisons, les âges et les sexes, mais aussi les professions, l'instruction – notamment l'éducation morale – et la civilisation. Comme beaucoup d'autres aliénistes, il implique le niveau d'instruction dans la production du suicide. En ce sens, plus l'individu est éduqué, plus il a tendance au suicide. Cependant, il précise que ce n'est pas l'éducation en soi qui est à blâmer, mais « la direction vicieuse qui lui a été donnée depuis le commencement du siècle », et donc les devoirs et la moralité qu'elle est censée transmettre²¹⁵. Les causes déterminantes, prochaines ou immédiates sont divisées en six groupes, qui suivent la classification des motifs présumés dans le *Compte général*.

Lisle soutient l'opinion de Briere de Boismont, selon laquelle la médecine doit s'occuper d'abord et avant tout de ce dernier type de causes. Sur la base de l'action que les causes peuvent avoir sur la raison du suicidaire, Lisle répartit ensuite les cinq premiers groupes de causes déterminantes entre le suicide libre et le suicide involontaire. Dans le premier, les causes sont compatibles avec la raison, dans le second, elles détruisent la volonté. Ce qui détermine le rôle du médecin et de l'hygiéniste dans la prévention du suicide. Les causes ou les motifs du suicide involontaire se réduisent principalement aux maladies psychiques et somatiques.

L'importance des causes morales (la morale) devient d'autant plus évidente dans le traité de Bertrand, publié en 1857²¹⁶. Il divise son étude en quatre livres, dans lesquels il aborde le suicide selon plusieurs perspectives ; il s'agit de la crimina-

213 Lisle 1856, 176.

214 Lisle 1856, 16.

215 Lisle 1856, 81-82.

216 Bertrand 1857.

lité du suicide (Livre 1), du suicide libre (Livre 2), du suicide maniaque (Livre 3) et du suicide considéré dans ses rapports avec la médecine légale (Livre 4). Comme Briere de Boismont et Lisle, Bertrand distingue entre le suicide libre et le suicide maniaque ou involontaire. Le premier est chronique, commis avec connaissance, réflexion, volonté et liberté. Il est souvent précédé ou accompagné de troubles nerveux, sans être pour autant un acte d'aliénés ou de personnes en délire. Le suicide maniaque se distingue du suicide libre par le type d'appréciation des motifs que fournit l'individu, considérés comme étant erronés ou imaginaires.

Chez Bertrand, comme chez Lisle et Briere de Boismont, la moralité d'un acte comme le suicide joue un rôle important dans sa compréhension et son traitement médical. Lorsqu'il parle de la « criminalité » du suicide, il s'agit principalement d'une « condamnation » morale et religieuse. Il propose néanmoins de nouvelles lois répressives contre le suicide, comme moyen de prévention. Selon lui, le suicide constitue un crime envers la divinité et l'humanité. Cette atteinte à la vie morale et religieuse de l'individu et de la société devient alors l'argument principal pour la prévention du suicide libre. On constate une redéfinition explicite du cadre d'expertise et de pratique de la médecine vis-à-vis des comportements considérés comme étant immoraux. Si le suicide ne constitue pas toujours un acte de délire, il s'agit toutefois d'un acte immoral qu'il faut réprimer et prévenir par des moyens d'hygiène morale et publique, notamment par les secours qu'offrent « la raison, l'éducation et surtout les dogmes éminemment consolateurs du christianisme »²¹⁷.

Aux deux types principaux de suicide – le suicide libre et le suicide maniaque – Bertrand en ajoute encore deux autres : le « suicide de transition » et la monomanie suicide. Il considère ce dernier type pathologique séparément, avec pour cause soit la perversion organique, soit la perversion instinctive. Quant au suicide de transition, il se situe entre le suicide libre et le suicide maniaque « provoqué par l'explosion subite des

217 Bertrand 1857, 60.

passions »²¹⁸. Selon lui, la passion constitue « le passage de la raison à la folie »²¹⁹.

Le système de classification des causes proposé par Bertrand est singulier en ce qu'il considère l'irréligion comme la *cause première* ou *génératrice* du suicide. Celle-ci prévaut sur toutes les autres causes, prédisposantes ou déterminantes, physiques ou morales. Plus précisément, la cause première du suicide est l'irréligion, le matérialisme, la recherche du bonheur individuel ou l'indifférence. Bien que la croyance et les pratiques religieuses aient souvent été valorisées par les aliénistes, Bertrand est le premier à les élever au niveau de la cause principale de *tout* suicide. Non seulement l'irréligion est considérée comme cause principale, mais on constate un accord entre les médecins et les religieux sur le rôle préventif que l'Église peut jouer dans le cas de la sépulture des suicidés. Cet accord se manifeste dans les écrits mêmes des aliénistes²²⁰. En effet, le traité de Bertrand est préfacé par l'archevêque de Reims Mgr Gousset, qui plaide pour une prévention morale et religieuse du suicide. D'autres aliénistes du Second Empire, comme Étoc-Demazy, Cazauvieilh et Brière de Boismont, se fondent sur des principes religieux et se réfèrent à des écrits d'ecclésiastiques pour distinguer le suicide libre du suicide des fous. En ce sens, s'il existe un suicide non aliéné, il résulte d'un relâchement des croyances et des pratiques religieuses. La prise en charge des suicidaires par des familles croyantes, la confession et la privation de la sépulture religieuse deviennent alors des moyens préventifs importants, selon certains aliénistes très croyants du milieu du siècle²²¹.

Pour Bertrand, la croyance religieuse constitue une défense ou une protection contre les adversités – ou les causes secondaires –, et sans laquelle l'individu « ne trouve plus partout que les peines, les dégoûts et les misères inhérentes à la vie humaine »²²². Parmi les causes prédisposantes qui sont souvent citées,

218 Bertrand 1857, 208.

219 Bertrand 1857, 208.

220 Voir Guillemain 2012.

221 Bertrand 1857, 208.

222 Bertrand 1857, 208.

comme l'âge, le sexe, l'état civil et les professions, Bertrand mentionne encore l'instruction et l'imitation. Ensuite, il énumère les causes déterminantes, physiques et morales. Deux groupes de causes physiques sont considérés. L'un concerne différentes maladies douloureuses ou incurables, l'autre en revanche réunit des comportements qui ne concernent le corps que secondairement, principalement la misère, que Bertrand définit comme « le manque absolu des choses les plus nécessaires à l'entretien de la vie »²²³. Ainsi, la misère comme cause physique représente ici non seulement le manque de biens, mais aussi et surtout l'atteinte au corps et à la vie que cette privation extrême occasionne. La misère elle-même est parfois le produit de comportements qui se rapprochent des « péchés », notamment la paresse, la gourmandise et le libertinage, mais aussi la passion du jeu²²⁴. Des causes similaires se retrouvent parmi les causes morales, comme la chasteté et le revers de fortune. Comment expliquer ce dédoublement des causes morales (la morale) dans ces deux groupes de causes déterminantes ? S'agit-il d'une indécision sur leur nature ou sur leur pouvoir d'action à la fois sur le physique et le moral de l'individu ? De quel genre de causes s'agit-il dans le groupe « causes morales » ? À nouveau, est-il question du moral ou de la morale ? La distinction n'est pas simple et Bertrand semble réunir les deux sens en un seul groupe. La fusion entre le moral et la morale est particulièrement manifeste dans la chasteté comme cause morale. Sans se référer directement à l'histoire des filles de Milet de Plutarque, Bertrand mentionne quelques exemples antiques et chrétiens, dans lesquels des jeunes femmes se donnent la mort par peur de perdre leur chasteté. Il parle de la vertu et des valeurs chrétiennes, d'un côté, et de la peur, de la crainte et des penchants, de l'autre.

Or, quelle que soit la cause – physique ou morale – des souffrances de l'individu, pour Bertrand, seul le christianisme peut l'aider à éviter le désespoir des passions et à « garantir sa vie contre ses propres fureurs »²²⁵. Il en va de même pour le suicide

223 Bertrand 1857, 110..

224 Bertrand 1857, 110-116..

225 Bertrand 1857, 143.

libre et pour le suicide maniaque. Selon Bertrand, la religiosité du suicidaire aliéné est d'autant plus importante que « la moralité de l'acte » d'un tel individu est difficile à déterminer²²⁶. Ce qui souligne encore davantage, à mon sens, l'ambiguïté entre le moral et la morale. Plus que tout autre aliéniste, Bertrand insiste sur l'importance de la moralité dans le passage à l'acte et le motif qui y amène. Tout repose donc dans l'appréciation des motifs, et ainsi dans la moralité qui conduit l'individu à se donner la mort.

Des causes aux théories du suicide

Le repérage et l'analyse des différents systèmes de classification des causes du suicide nous permettent de questionner le rapport entre ces différents systèmes et les théories psychiatriques et médicales au cours du 19^e siècle. Ces systèmes deviennent de plus en plus complexes. On passe d'une liste simple, qui réunit l'ensemble des causes en une ou deux catégories, notamment chez Chevreuil et Esquirol, à des systèmes plus différenciés et arborisés, comme on peut le voir chez Debreyne²²⁷, Brierre de Boismont et Lisle. À partir des années 1870, la subdivision des causes en différentes catégories cède de nouveau à une approche plus simplifiée, notamment chez Le Roy (1870), qui réunit tous les motifs présumés cités par le *Compte général* en une liste, sans les organiser, ni les hiérarchiser, mais aussi chez Ebrard, Mesnier et Corre²²⁸.

D'une étude à l'autre, les listes des nombreuses causes demeurent semblables. Comment comprendre ce grand nombre de causes ? Comment les organiser ? Chaque aliéniste les énumère et les analyse à sa manière, cependant, on peut reconnaître certaines priorités dans ces systèmes de classification. Comme on l'a vu, elles dépendent largement de la position médicale et sociale dominante sur le suicide, qu'il s'agisse d'en prouver systématiquement la pathologie, ou de différencier le suicide pathologique et le suicide libre ou volontaire. En effet, la

classification des causes révèle les enjeux disciplinaires de chaque époque. Affirmer que le suicide est toujours un symptôme de l'aliénation mentale, auquel seule la médecine peut répondre, émerge au moment où la médecine mentale, mais aussi l'hygiène publique qui y joue un rôle fondamental, cherchent à se légitimer comme disciplines médicales autonomes. Rappelons l'affirmation de Pinel selon laquelle seule la médecine dispose d'outils nécessaires pour comprendre et traiter le suicide.

La définition d'une catégorie de causes joue un rôle déterminant sur l'importance accordée par les aliénistes à l'influence de la folie dans la production du suicide. On constate que les médecins adoptent généralement les catégories proposées par le *Compte général*, notamment : 1^o misère et revers de fortune ; 2^o affections de famille ; 3^o amour, jalousie, débauche, inconduite ; 4^o contrariétés diverses ; 5^o maladies cérébrales ; et enfin 6^o motifs inconnus. Certaines années, le *Compte général* contient encore une septième catégorie qui concerne les suicides après assassinat, meurtre, empoisonnement et incendie. Chacune de ces catégories réunit un ensemble de causes ou de motifs plus spécifiques, qui se modifient légèrement au cours des années. L'aspect changeant de ces catégories de motifs influence par conséquent le taux de suicide par rapport au genre de cause ou de motif.

Bien que de nombreux aliénistes adoptent ces catégories telles quelles dans leurs systèmes de classification, d'autres les réorganisent selon leurs propres approches. Certains, comme Tissot, incluent les « maladies cérébrales » parmi les « causes physiques », tandis que d'autres, comme Debreyne, ajoutent aux causes liées à la folie d'autres influences comme la grossesse et l'excès d'études. Étoc-Demazy, quant à lui, répartit ces causes déterminantes en 12 groupes (sans compter les causes inconnues), en réorganisant et en redéfinissant entièrement les catégories qui se trouvent dans le *Compte général*, sur lequel il se base. En proposant 12 groupes de causes, au lieu des six des statistiques officielles, Étoc-Demazy diminue l'importance de l'aliénation mentale comme groupe distinct. De plus, la prédominance de la catégorie « misère et revers de fortune » dans le *Compte général* est ici réduite par une répartition des causes spécifiques de cette catégorie entre plusieurs groupes. Ainsi, le premier

226 Bertrand 1857, 204.

227 Debreyne 1847.

228 Ebrard 1870 ; Mesnier 1881 ; Corre 1891.

groupe contient « ruine » et « misère », le cinquième concerne les « revers de fortune », et le sixième la « perte d'emploi ». Répartir ces causes liées à la misère entre plusieurs groupes modifie nécessairement le taux de suicide qui se rapporte à ce genre de cause, et détermine par conséquent la compréhension de cet acte.

Or, aucun médecin n'aura mieux étudié que Brierre de Boismont les conséquences que ces systèmes de classification des causes auront eues sur la compréhension du suicide – et donc sur la réponse médicale et sociale à ce problème de société. Comme on l'a vu plus haut, la classification des causes et la définition des catégories qui les réunissent non seulement modifient la proportion de chaque groupe de causes dans la production du suicide, mais elles déterminent également la compréhension de ce phénomène. Outre les deux systèmes de classification que l'on vient d'examiner, par types de causes (prédisposantes et déterminantes), d'un côté, et par genre de suicide (libre et aliéné), de l'autre, Brierre de Boismont analyse le rôle que ces classifications jouent sur les proportions représentées par les catégories. Le premier système qu'il propose, adopté par la plupart des aliénistes, comporte dix groupes de causes déterminantes. Or, ces dix groupes sont le résultat d'une concentration de 20 groupes plus précis. Sur la base de son étude des 4595 cas de suicide, Brierre de Boismont expose les 20 causes déterminantes – il s'agit en réalité de groupes qui contiennent un ensemble de causes semblables – en « ordre numérique » et « proportionnel ». La folie figure en tête de liste, avec 652 cas sur 4595, soit 14 %. Cependant, Brierre de Boismont juge peu instructif ce genre de classification, car la division de certaines causes similaires en groupes distincts, comme les « chagrins domestiques », les « chagrins en général, contrariétés », ou encore les différentes causes économiques (la misère, l'embarras d'argent, le revers de fortune), ne permettent pas d'avoir une compréhension assez claire des influences qui poussent l'individu à se donner la mort. Ce qui l'amène à répartir ces vingt causes en dix groupes par analogie ou similitude, donnant ainsi une compréhension plus précise des causes.

TABLEAU GENERAL DES CAUSES SIMPLES

1° *Ordre numérique et ordre proportionnel.*

	Ordre numérique.	Ordre proportionnel.
1. Folie.....	652	7,04
2. Ivrognerie.....	530	8,66
3. Maladies.....	405	11,34
4. Chagrins domestiques.....	361	12,72
5. Chagrins, contrariétés.....	311	14,77
6. Amour.....	306	15,01
7. Pauvreté, misère.....	282	16,28
8. Embarras d'argent, revers de fortune, cupidité.....	277	16,58
9. Dégoût, ennui de la vie.....	237	28,71
10. Caractère faible, exalté, triste, hypo- chondrie.....	145	31,68
11. Remords, crainte de déshonneur, des poursuites judiciaires.....	134	34,29
12. Inconduite.....	121	37,97
13. Paresse.....	56	82,05
14. Délire aigu.....	55	83,54
15. Jalousie.....	54	85,09
16. Jeu.....	44	104,43
17. Manque d'ouvrage.....	43	106,86
18. Orgueil, vanité.....	26	176,73
19. Motifs divers (1).....	38	120,92
20. Motifs inconnus.....	518 (2)	8,87
	<hr/>	<hr/>
	4,595	

Figure 1. Alexandre Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*, 1856, 100.

ORDRE DE REGROUPEMENT ET D'ANALOGIE AVEC LA PROPORTION
RELATIVE DES CAUSES AU CHIFFRE TOTAL

	Ordre de groupement.		Ordre proportionnel.
1. Ivrognerie.....	530	}	1,309 3,51
Pauvreté, misère.....	282		
Embarras d'argent, revers de fortune, cupidité.....	277		
Inconduite.....	121		
Paresse.....	56		
Manque d'ouvrage.....	43		
2. Folie.....	632	}	1,089 4,54
Ennui, dégoût de la vie.....	237		
Caractère faible, exalté, triste, hypo- chondrie.....	143		
Délire aigu.....	55		
3. Chagrins domestiques.....	361	}	672 6,85
Chagrins, contrariétés.....	311		
4. Maladies.....	405	405	11,34
5. Amour.....	306	}	360 12,76
Jalousie.....	54		
6. Remords, crainte de déshonneur, des poursuites judiciaires.....	134	134	34,29
7. Jeu.....	44	44	104,43
8. Orgueil, vanité.....	26	26	176,73
9. Motifs divers.....	38	38	120,92
10. Motifs inconnus.....	518	518	8,87
		<u>4.595</u>	

Figure 2. Alexandre Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*, 1856, 101.

LA CATÉGORIE « FOLIE » EN DÉTAIL

Monomanies suicide et homicide.....	131
Craintes des ennemis, peur de la police.....	69
Chagrins ayant amené la folie.....	52
Monomanies dues à diverses idées.....	39
Folies à la suite de maladies.....	28
Nostalgie.....	13
Folies à la suite de couches.....	13
Folies sous l'influence du temps critique.....	13
Hallucinations.....	12
Peur de la folie.....	5
Folies à la suite de l'épilepsie.....	5
Démence.....	4
Craintes, peurs non désignées.....	3
Folies dues à la masturbation.....	2
Folie par imitation.....	1
Folie à la suite de blessures.....	1
Folie due à l'action du blanc de céruse.....	1
Folies sans indication.....	260
	<u>652</u>

Figure 3. La catégorie « Folie » en détail, Alexandre Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*, 1856, 139.

Cette répartition des causes n'est pas sans poser certains problèmes de cohérence, d'ambiguïté ou de répétition. Mentionnons, par exemple, l'inclusion de l'ivrognerie parmi les causes économiques, comme la misère et le revers de fortune. Considérée par de nombreux aliénistes comme la cause ou le résultat de ces causes économiques, mais aussi comme une des causes de la folie, l'ivrognerie figure ici au même niveau que la misère et la pauvreté. Plus encore, l'ivrognerie est une des causes prédisposantes, en tant que problème de « moralité ». Ce qui correspond tout à fait à la volonté, de la part de Brierre de Boismont et de certains autres aliénistes de son époque, de naturaliser la morale et de l'inscrire dans la constitution même de l'individu. Brierre de Boismont détaille par « groupement » et par « analogie » ces dix groupes, présentés en ordre décroissant et accompagnés de statistiques. Or, ce regroupement modifie l'ordre des causes et fait des problèmes économiques la cause la plus importante, suivie de la folie et des problèmes de caractère. La folie est présentée ici en termes plus larges, comprenant non seulement l'aliénation mentale à proprement parler, mais aussi d'autres affections proches :

Si l'on groupe les suicides déterminés par l'ennui et le dégoût de l'existence, la faiblesse, la dépression et l'exaltation de l'esprit, l'hypochondrie et la mélancolie, la manie et les hallucinations, les autres espèces de folie, les désordres psychiques dus à l'ivrognerie, on arrive à une proportion considérable²²⁹.

Par conséquent, le nombre de cas de suicide par folie ou par causes morales augmente considérablement, de 652 cas ou 14 % à 1089 cas ou 24 %, comparé à 28 % ou aux 1309 cas de suicide pour causes économiques et d'ivrognerie. Par cette réorganisation et ce regroupement des différentes causes, Brierre de Boismont montre clairement l'influence que joue leur classification sur la compréhension du suicide et sur les actions préventives qu'il exige. Les causes économiques prédominent donc, même si on rapporte à la folie au sens propre d'autres affections et comportements. Cette approche étiologique permet de

229 Brierre de Boismont 1865, 213.

rompre avec la première position psychiatrique sur le suicide, qui était basée sur un postulat²³⁰.

Bien que ces groupements par analogie proposent une vision plus ordonnée des causes du suicide, ils laissent certains doutes sur la division des huit autres groupes de causes. Si Brierre de Boismont isole divers chagrins en un groupe spécifique, pourquoi exclut-il certaines autres causes de ce groupe, comme l'amour et la jalousie ? N'y a-t-il pas un lien entre les causes économiques et le groupe dédié exclusivement au jeu ? N'existe-il pas des similitudes entre le groupe composé d'orgueil et de vanité, d'un côté, et le « caractère exalté » contenu parmi les causes liées à la folie, de l'autre, ou bien entre le sixième groupe (remords, craintes du déshonneur, des poursuites judiciaires) et le huitième groupe (orgueil et vanité) ? Enfin, mentionnons le groupe de causes souvent ignoré par les aliénistes qui concerne les « motifs inconnus », pourtant presque aussi important dans son taux (518 cas ou 11 %) que la folie à proprement parler.

Brierre de Boismont accompagne la liste des dix groupes de causes déterminantes de listes plus détaillées. Ainsi, le groupe « maladie » contient une liste très variée de maladies somatiques, comme la phtisie pulmonaire, la cécité, la pellagre et la maladie des mers polaires. Ce procédé étant le même pour d'autres groupes de causes, on constate cependant une ambiguïté dans la nature des éléments qui les composent. Ainsi, le « dégoût de la vie », comme une des causes du groupe rapporté à la folie, contient non pas des types de dégoût de la vie, comme c'est le cas dans le groupe « maladie », mais bien plutôt ce qu'il faudrait nommer des causes de cette cause. Il s'agit, entre autres, de la rêverie, de l'ennui, de la mélancolie, mais aussi de la misère, des chagrins en général et des chagrins domestiques, de l'amour, de la vanité et de la jalousie. Cette ambiguïté remet en question les éléments soumis à l'analyse et à la comparaison. En effet, Brierre de Boismont semble ici mettre au même niveau des éléments incomparables, c'est-à-dire les types de cause (les diverses maladies) avec les causes d'une cause. Remarquons encore que la plupart de ces causes du dégoût de la vie sont les

230 Brierre de Boismont 1865, 213.

mêmes que celles qui se trouvent parmi les dix groupes principaux de causes du suicide. Ce qui nous ramène au constat des premiers aliénistes, comme Esquirol, selon lequel le suicide et la folie partagent souvent les mêmes causes. Ici, par exemple, la misère, les chagrins et la jalousie peuvent produire le suicide directement, de même qu'ils peuvent mener au dégoût de la vie qui, pour beaucoup d'aliénistes, n'est qu'une forme de folie, ou un état de folie approchant. Il s'agit ici d'une certaine confusion entre les niveaux de causes, et donc d'une porosité entre ces groupes. Par ce geste d'analyse détaillée, Brierre de Boismont semble compromettre sa propre volonté de distinguer le suicide libre et la folie-suicide, et donc de démontrer que le suicide n'est pas toujours le résultat de la folie.

GROUPES 8 ET 9 DES CAUSES DÉTERMINANTES

Maladies

(groupe 8 des causes déterminantes)

- phtisie pulmonaire
- cécité, maladies cancéreuses, paralysies, maladies de l'estomac, du foie, céphalalgie, maladies vénériennes, maladies des voies urinaires, affections du cœur
- mutilation des organes génitaux
- pertes séminales
- troubles de la menstruation
- douleur subite
- chlorose
- pellagre
- maladie de Panama
- maladie des mers polaires

Dégoût de la vie

(groupe 9 des causes déterminantes)

- par rêverie, ennui, découragement, mélancolie, désespérance
- affaiblissement des forces, maladies
- misère
- chagrins en général
- chagrins domestiques
- amour
- vanité
- peur
- jalousie

Figure 4. Groupes 8 et 9 des causes déterminantes, Alexandre Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*, 1856.

Comme pour les maladies somatiques, Brierre de Boismont propose une liste des genres d'aliénation mentale qui causent le suicide. Outre les genres principaux de folie, comme la monomanie et la démence, les autres genres qui poussent au suicide sont désignés par leur rapport à une cause spécifique. Citons, par exemple, « folies à la suite de l'épilepsie », « folie par imitation », « folie due à l'action du blanc de céruse », « folies sous l'influence du temps critique »²³¹ ou « folies dues à la masturbation ». Or, à cette liste de « genre » d'aliénation mentale, Brierre de Boismont joint d'autres éléments, relevant non pas de la folie, mais des émotions qui sont censées indiquer un trouble psychique ou une prémisse de la folie. Il s'agit de « craintes des ennemis » et de « peur de la police », de « chagrins ayant amené la folie », de « peur de la folie », ou encore de « craintes » et de « peurs non désignées »²³². Comment comparer ici les genres de folie avec ces autres causes, qui en soi ne sont pas nécessairement pathologiques ? Bien que cette liste reflète les 652 cas de suicide causés par la folie au sens strict, Brierre de Boismont remarque qu'elle est sans doute incomplète et que d'autres cas y ont probablement échappé²³³. La rigueur de ce regroupement des causes devient encore plus problématique lorsque Brierre de Boismont y ajoute d'autres désordres et des causes voisines de l'aliénation. Par sa volonté de systématiser et d'ordonner le vaste ensemble de causes en des groupes plus succincts, il a produit de nouveaux problèmes de cohérence et de compréhension.

Un des problèmes majeurs, à mon sens, concerne la comparaison entre la folie comme cause principale du suicide et les autres groupes de causes – un problème qui touche les études étiologiques de tous les aliénistes. En délimitant des catégories de causes du suicide, l'on est mené à questionner la différence d'ampleur de ces catégories. Prenons, pour exemple, le système de classification de Brierre de Boismont. Les statistiques qu'il

231 L'expression « le temps critique » se réfère ici à la menstruation.

232 Outre ces différents genres d'aliénation mentale, notons que plus d'un tiers des cas (260 cas sur 652) causés par l'aliénation mentale est attribué à des « folies sans indication », et donc sans diagnostic précis au-delà de la classe de pathologie.

233 Brierre de Boismont 1865, 217.

rapporte pour les dix groupes de causes montrent bien l'importance quantitative des groupes comme « la folie » et « les causes économiques », comparée au nombre de cas limités dans les groupes comme « le jeu » et « l'orgueil et la vanité ». Quelle validité y a-t-il à mettre au même niveau un acte singulier comme le jeu et toute une classe de maladies que représente la folie, et à laquelle les aliénistes ont souvent ajouté des affections voisines, comme le *tedium vitae*, l'ennui et le dégoût de la vie ? Ce genre de groupements inégaux n'est pas sans conséquences, car il a permis de renforcer l'idée selon laquelle la folie constitue la cause ou une des causes principales du suicide. Figurant souvent en chef de listes, la folie recouvre les autres causes, qui relèvent le plus souvent de comportements, d'actions individuelles, d'événements sociaux et politiques, et d'autres facteurs sociaux. Si les causes économiques figurent tout en haut de la liste chez Brierre de Boismont, elles suivent de très près les causes psychopathologiques. Dans ce cas, la prédominance des causes économiques provient de la manière selon laquelle cet aliéniste les a réunies. En effet, si l'on exclut de ce groupe l'ivrognerie – la cause la plus importante de ce groupe –, ainsi que l'inconduite et la paresse, les causes strictement économiques perdent leur importance étiologique, face à d'autres groupes. La conclusion que les aliénistes et les hygiénistes peuvent tirer de ces systèmes de classification dépend donc fortement de la délimitation des catégories de causes, mais aussi de la mise au même niveau de ces catégories, dont l'ampleur est difficilement comparable.

Les causes sociales et morales du suicide

Afin de démontrer que le suicide n'est pas toujours produit par la folie, les aliénistes de la seconde moitié du 19^e siècle fondent leurs analyses sur l'étude des causes sociales et morales de cet acte. La moralité figure non seulement parmi les causes déterminantes, dépendantes du comportement, des événements et d'autres influences sociales, mais aussi, comme on l'a vu chez Brierre de Boismont, parmi les causes prédisposantes. La morale et les circonstances de la vie produisant de la souffrance, comme

la misère, deviennent ainsi les facteurs principaux du suicide. En 1862, le médecin de Limoges Jean-Baptiste-Prospér Brun-Séchaud adopte cette position, lorsqu'il affirme que « [d]ans tous les cas de suicide, l'aliénation mentale n'est que l'exception dans un acte réprouvé et contre nature »²³⁴. Selon lui, le suicide est produit d'abord et avant tout par la misère, suivi d'espérances déçues ou d'orgueil trompé, et des souffrances physiques, morales ou affectives. Ces causes « tiennent le plus souvent à l'imprévoyance, au dédain, à l'oubli des devoirs, et quelquefois à un orgueil déplacé »²³⁵. Or, aussi lointaine que soit l'influence de l'aliénation mentale dans la production du suicide, c'est à la médecine, et surtout à la médecine mentale, qu'il revient de l'étudier²³⁶. La position de Brun-Séchaud est claire : il faut non pas faire du suicide un objet pathologique, mais plutôt étendre les paramètres de manœuvre « médico-social[e] »²³⁷, ou hygiéniste, jusqu'aux souffrants et malheureux de la société.

Quel que soit le niveau de rigueur dans la division des causes, il est important de constater que les causes sociales, morales et religieuses prédominent dans cette seconde moitié du siècle, indiquant par là un déplacement de l'attention médicale vers les problèmes sociaux, qui jouera un rôle important dans le développement des mesures thérapeutiques et préventives. Avant de conclure ce chapitre, j'analyserai deux facteurs sociaux importants dans les études psychiatriques du suicide, le rôle de la civilisation et la question des genres.

La civilisation

Cette prédominance des causes sociales et morales – notamment la civilisation, l'éducation, la religion, mais aussi la lecture, l'imitation et la contagion –, découle d'un intérêt déjà développé par les premiers aliénistes. On peut remonter à Esquirol,

234 Brun-Séchaud 1862, 23.

235 Brun-Séchaud 1862, 19.

236 Brun-Séchaud 1862, 20.

237 Brun-Séchaud 1859, 15.

lorsqu'il affirme en 1821 l'importance de la civilisation, de l'éducation et de la religion dans la production du suicide. Citons Esquirol, qui démontre le processus par lequel ces influences sociales amènent au suicide :

Plus la civilisation est développée, plus le cerveau est excité, plus la susceptibilité est active, plus les besoins augmentent, plus les désirs sont impérieux, plus les causes de chagrin se multiplient, plus les aliénations mentales sont fréquentes, plus il doit y avoir de suicides²³⁸.

Trois décennies plus tard, Brierre de Boismont tente d'expliquer ce rapport entre suicide et civilisation dans un article, qu'il ouvre justement par la question suivante : « La civilisation augmente-t-elle le nombre de suicides ? »²³⁹ De nombreux aliénistes, mais aussi des statisticiens, des criminologues et des économistes étudient l'influence de la civilisation et des mœurs sur la production du suicide et d'autres comportements considérés comme pervers ou criminels²⁴⁰. Les statistiques morales développées par Guerry et Quetelet offrent une nouvelle et importante source de données pour confirmer ce lien. Le constat principal, qu'Esquirol soutient et qu'adoptent d'autres aliénistes, confirme que le taux de suicide dépend directement du développement de la civilisation. La vie urbaine, considérée comme un lieu où la civilisation est à son sommet d'intensité et de développement, représente également un lieu de surpopulation, de problèmes de salubrité des logements et des lieux de travail²⁴¹, mais aussi d'accès aux plaisirs considérés comme néfastes et immoraux, d'« énervation de nos mœurs », de « progrès du luxe » et de « complications croissantes des relations civiles et sociales »²⁴². Bien que le lien entre le suicide et les grandes villes ait déjà été remarqué depuis plusieurs siècles, il arrive à son apogée au début du 19^e siècle²⁴³. Citons l'explication qu'en donne l'aliéniste Renaudin :

238 Esquirol 1821, 248.

239 Brierre de Boismont 1855, 146.

240 Voir Kushner 1993, 461-490 ; Brancaccio/Engstrom/Lederer 2013, 607-619 ; Brancaccio 2013, 700-715 ; Scull 2015 ; Brancaccio/Lederer 2018.

241 Voir Le Roux 2010, 103-119.

242 Krügelstein 1841, 152.

243 Ratcliff 1992 ; Kushner 2009, spéc. 20-27.

L'immigration des campagnes dans les villes, l'abandon des travaux agricoles, les progrès de l'agiotage, la recherche d'emplois publics devenant un jour insuffisants quand l'avancement ne couronne pas des efforts stériles, la préférence accordée aux travaux de l'industrie ou aux chances aléatoires du commerce, enfin le nombre toujours croissant des faillites, tels sont les faits dont les conseils généraux eux-mêmes se plaignent chaque année, en refusant de voir leur intime connexion avec la multiplicité de ces drames intimes qui se dénouent soit par le suicide, soit par le séjour dans un asile d'aliénés²⁴⁴.

La civilisation représente pour les médecins un facteur majeur d'aliénation sociale et mentale, mais aussi de suicide. L'un des seuls aliénistes à proposer un point de vue plus nuancé sur ce rapport entre le niveau de civilisation dans les grandes villes et le suicide fut Cazauvieilh, qui montre que la mort volontaire est tout aussi répandue à la campagne. Et les statistiques officielles confirment cette réalité. En effet, le suicide dans le milieu rural a été largement négligé, au profit du contexte urbain. Les aliénistes attribuent le suicide urbain le plus souvent aux effets néfastes de l'industrialisation et de la modernité, et aux déclins des mœurs et des valeurs traditionnelles que ces effets produisent.

L'étude du suicide dans son rapport à la civilisation à partir des statistiques morales conduit les médecins à élaborer une analyse de la suicidalité selon les nations et les régions. « La civilisation varie selon les continents et les contrées, remarque Brierre de Boismont, [...] elle n'est plus la même entre peuples voisins. »²⁴⁵ Paradoxalement, le suicide devient un indicateur du progrès et de la civilisation des nations et des peuples. En effet, pour Brierre de Boismont, la « meilleure civilisation », c'est la civilisation chrétienne de l'Europe²⁴⁶. Cette approche jouit d'un intérêt particulier durant la seconde moitié du 19^e siècle, notamment dans les études de l'économiste allemand Adolf Wagner, des aliénistes italiens Enrico Morselli et Cesare Lombroso, jusqu'à l'ouvrage d'Émile Durkheim sur le suicide²⁴⁷. Selon eux, le

244 Renaudin 1860, 122, cité par Carbonel 2009b, 35.

245 Brierre de Boismont 1855, 147.

246 Brierre de Boismont 1855, 147.

247 Brancaccio/Lederer 2018. Voir également Nye 1984.

déclin des valeurs morales traditionnelles, comme les croyances religieuses et les valeurs de la famille, si souvent rapporté à l'augmentation du taux de suicide, est considéré comme le résultat d'une civilisation développée. Celle-ci produit des biens matériels, une éducation et un savoir plus raffinés, ainsi qu'un rapport plus égalitaire entre les individus, mais aussi des excès de plaisirs, des désirs déçus et de l'ennui. Certains incriminent l'individualisme et la compétition, qui souvent produisent la déception et la frustration devant l'échec, dont les effets néfastes sont renforcés par l'affaiblissement du pouvoir religieux et des liens de famille²⁴⁸. Autant de causes du suicide, mais aussi de la folie, que l'on trouve sans cesse dans les études médicales.

Avec son « progrès » et ses atouts, la civilisation apporte un ensemble de problèmes. Comme Brierre de Boismont l'explique, la « meilleure civilisation » est celle qui produit le plus de « fous, de suicides, de criminels, de naissances illégitimes et de mendiants »²⁴⁹. Pour beaucoup d'aliénistes, il y va d'une confluence de facteurs : des « excitants » moraux et sociaux qui produisent des problèmes identitaires et qui vont à l'encontre des mœurs traditionnelles, qu'ils considèrent comme autant de valeurs protectrices à l'époque prérévolutionnaire. Devant ses facteurs moraux, l'individu est démuné, en grande partie à cause d'une éducation qui ne lui permet plus de faire face à ces nouveaux problèmes.

Les aliénistes, comme le médecin et prêtre Pierre-Jean Corneille Debreyne, critiquent l'« éducation *efféminée*, molle et voluptueuse, sans principes religieux », qui peut produire un sentiment de satiété, de dégoût et d'ennui, et enfin mener au suicide²⁵⁰. L'effémination des hommes s'oppose ici fortement aux valeurs traditionnelles des genres. Or, les arguments par lesquels les aliénistes justifient la prépondérance du suicide des hommes, à la différence des femmes, reposent sur d'anciennes explications stéréotypées des différences de sexes, entre la force, le courage, l'action de l'homme et la mollesse, la sensibilité, la soumission de

248 Brouc 1836, 257.

249 Brierre de Boismont 1855, 150.

250 Debreyne 1847, 67-68. Je souligne.

la femme. L'effémination ou le ramollissement de l'homme, créés par les nouvelles conditions sociales, lui dérobe tous les moyens de lutter contre les difficultés, les désirs, les passions et les pulsions. Cette interprétation psychiatrique d'une différence des genres émerge d'une prise en charge médicale du suicide, comme produit des passions et des troubles affectifs, que Margaret Higonnet décrit comme une « féminisation du suicide »²⁵¹.

La « féminisation » du suicide et les valeurs morales genrées

La grande différence entre le taux de suicide des hommes et celui des femmes amène les aliénistes à questionner les facteurs protecteurs chez les femmes. Pourquoi les femmes se suicident-elles moins que les hommes ? Qu'est-ce qui les protège ? Bien que les femmes soient considérées comme étant « plus exposées aux maladies mentales », selon Esquirol, la « nature » des femmes ne les dispose pas à des maladies qui produisent le suicide²⁵². Par sa constitution spécifiquement féminine, la femme échappe donc à la corrélation tant revendiquée entre folie et suicide. Esquirol explique cette exception par la nature sensible, molle, timide, tendre et croyante de la femme :

Quoique les femmes soient plus exposées aux maladies mentales que les hommes, cependant le suicide est moins fréquent parmi elles. Les observations de tous les pays sont d'accord à cet égard. L'exaltation de leur sensibilité, les élans de leur imagination, l'exagération de leur tendresse, leurs attachements religieux produisent en elles des maladies opposées au suicide, dont elles sont d'ailleurs éloignées par la mollesse de leur caractère et leur timidité naturelle ; elles ont des vapeurs, des maux de nerfs ; elles deviennent aliénées ; elles se tuent plus rarement que les hommes, et le plus souvent c'est l'amour qui les pousse à cet égarement ou bien la lypémanie. Les jeunes filles qui ne sont pas menstruées, et les jeunes femmes qui le sont mal, tombent dans la langueur et se suicident, suivant la remarque d'Hippocrate²⁵³.

251 Higonnet, M. 1985, 105. Voir également Galin 2022.

252 Esquirol 1838, t. 1, 583-584.

253 Esquirol 1838, t. 1, 584-585.

Soulignons le paradoxe de l'argumentation. Il porte sur le double usage de la mollesse pour expliquer à la fois la suicidalité des hommes et la protection des femmes contre le suicide. Selon une étymologie populaire, en effet, on aurait assimilé *mulier* à *molice*²⁵⁴. Si la mollesse protège les femmes d'un acte qui, selon les termes des médecins, exige une certaine force physique et psychique, pourquoi cette mollesse produite par l'éducation ne protégerait-elle pas les hommes ? L'argument qui justifie cette différence est non seulement moral, mais il est surtout naturalisé par les médecins. Emporté par ses passions, l'homme résiste moins à l'impulsion d'abrèger ses souffrances, tandis que la femme manque de force et cède plus vite aux passions et aux souffrances qu'elle encourt et subit par sa « nature ». Autrement dit, l'explication la plus fréquente des différences de taux de suicide entre les hommes et les femmes consiste à reproduire l'argument traditionnel des deux natures différentes, et donc à opposer celle de l'homme, qui agit, à celle de la femme, qui subit et supporte. Brière de Boismont explique cette différence par les facteurs protecteurs chez la femme, notamment sa « constitution faible et délicate », mais aussi « le sentiment de la famille » et « le principe religieux » plus puissant²⁵⁵.

Or, si la femme manque de la résolution et de l'énergie « nécessaire » pour passer à l'acte, selon les mots d'Ebrard, la mollesse favorisée par la vie urbaine augmente chez elle le risque de suicide²⁵⁶. Cazauvieilh défend un tout autre point de vue, selon lequel le risque de suicide chez la femme, et tout particulièrement chez celle qui vit en milieu rural, augmente justement parce qu'elle se rapproche de la nature de l'homme. Selon lui, les habitants de la campagne sont protégés de l'influence néfaste de la civilisation par leur proximité à la nature, une vie que les

254 « [D]e même, écrit Lactance, femme (*mulier*), selon l'interprétation de Varron, vient de « mollesse », une lettre ayant été changée et retranchée, comme s'il y avait *mollier* », Lactance 1974, 183. Étymologie que l'on retrouve encore chez Jean Wier [1569] 2021, 259 et notes 488-489.

255 Brière de Boismont 1865, 23-24. Voir également Ebrard 1870, 285.

256 Ebrard 1870, 286..

médecins considèrent comme étant plus primitive. Cazauvieilh montre que la différence entre les hommes et les femmes vivant à la campagne est moins grande :

[Les femmes de la campagne] ont le système nerveux moins développé, plus de force musculaire, un plus grand besoin d'une alimentation abondante ; mais leurs sens sont émoussés, leurs facultés affectives moins actives, ce qui les rapproche davantage de la constitution de l'homme²⁵⁷.

Il parle même d'une « fusion entre les sexes »²⁵⁸, qui se manifeste dans le rapprochement des taux de suicide entre les hommes et les femmes. Le suicide plus fréquent des femmes en milieu rural est dû non seulement aux causes morales ou économiques, mais à la « modification de leur organisation » qui les rapproche de celle des hommes. Ainsi, leur organisation masculinisée « leur donne le caractère, les habitudes, les mœurs, les désirs, les besoins et les penchants de l'homme »²⁵⁹.

Si les femmes sont protégées du suicide par leur « timidité naturelle », elles le sont également, selon les aliénistes, par leur statut de conjointe et de mère. En effet, la rareté du suicide chez les femmes est attribuée non seulement à leur « nature » douce et sensible, à leur timidité, à leur résignation et à leur religiosité, mais aussi à la protection due à leur rôle de mère, de par leur biologie et leur instinct²⁶⁰. Ce point de vue amène les aliénistes à considérer avec fascination les cas d'homicide-suicide commis par des femmes qui tuent leurs propres enfants avant de se tuer elles-mêmes. Esquirol rapporte le cas d'une patiente qui lui a été confiée en 1816, après de nombreuses tentatives de tuer ses enfants. Dans un des cas les plus longs de son chapitre sur le suicide²⁶¹, Esquirol décrit en détail la vie maternelle de Madame R..., la mélancolie et le désir de se suicider à la suite de l'accouchement ou de l'allaitement et sa relation contrariée avec ses enfants. Suite à la naissance de son quatrième enfant, elle

257 Cazauvieilh 1840, 34-35.

258 Cazauvieilh 1840, 36.

259 Cazauvieilh 1840, 36.

260 Kushner 2009, 27-28.

261 Esquirol 1838, t. 1, 564-569.

« devint triste, impatiente, difficile avec son mari ; on l'entendait se plaindre d'avoir des enfants »²⁶². Dans ce récit, Esquirol met en scène une lutte entre le désir meurtrier et suicidaire de sa patiente, d'un côté, et son désir de s'éloigner de ses enfants afin de les protéger, de l'autre. Après cinq mois de soins, elle rentre chez sa famille, guérie. Dans tout ce récit, une seule phrase apporte une autre perspective sur ce cas étrange d'infanticide désiré, une explication de son état antérieur rapportée par la patiente elle-même. Un an après sa sortie de l'hôpital, son mari décède subitement, la laissant dans une « douleur excessive », des « occupations étrangères à ses habitudes », des « affaires d'intérêt » à régler, et une « diminution des moyens d'existence ». Craignant une rechute, Esquirol remarque son étonnement devant l'état de santé de son ancienne patiente face à ces adversités. Comme elle l'explique plus tard à son médecin, « jusque-là, elle avait senti qu'il manquait quelque chose à la plénitude et à l'activité de ses facultés. »²⁶³ Bien que Esquirol mentionne l'explication donnée par cette femme, qui se démarque de la sienne et de celles que d'autres aliénistes ont données dans des cas similaires, il ne la problématise pas ni n'apporte aucune réflexion supplémentaire. Reconnaître le manque de « plénitude » et d'« activité » des facultés de la femme, au-delà de son rôle maternel, irait à l'encontre de ses capacités limitées de raisonner qu'on lui assigne habituellement. Au sujet du suicide des femmes, Brierre de Boismont parle, quant à lui, de leur « mobilité de sentiments qui ne leur permet pas de s'arrêter longtemps aux mêmes choses ».²⁶⁴ Quoiqu'elles soient « sensibles au plus haut degré, elles vivent surtout par l'imagination, tandis que le raisonnement leur fait souvent défaut »²⁶⁵.

La convergence de la « nature » de la femme et des conditions culturelles, qui la relèguent à ce statut de conjointe et de mère bienveillante, traverse le discours de tous les aliénistes qui abordent ce sujet²⁶⁶. Selon mon hypothèse, il y va d'un même

262 Esquirol 1838, t. 1, 564.

263 Esquirol 1838, t. 1, 568.

264 Brierre de Boismont 1865, 26.

265 Brierre de Boismont 1865, 26.

266 Voir Kushner 2009.

processus que pour le chevauchement entre le moral et la morale, par lequel la morale et les valeurs sociales sont internalisées, rendues propres aux fonctions biologiques du moral. Selon les médecins de cette époque, la femme dispose de capacités innées à supporter les frustrations et les adversités qu'elle rencontre dans sa vie, et qui ne la touchent que rarement dès lors qu'elle se réalise comme mère et que « sa fonction sociale est accomplie »²⁶⁷. C'est l'opinion de Foley, qui situe son argumentation entre le manque « d'énergie, de courage et de volonté » chez la femme, ou son aspect naturel, d'un côté, et le sentiment de responsabilité et de devoirs envers sa famille, ou sa dimension culturelle, de l'autre²⁶⁸. Foley résume cette distinction de causes par les « influences morales » chez la femme et « les épreuves d'ordre matériel » chez l'homme²⁶⁹. Cette distinction est reflétée dans les observations cliniques rapportées par les aliénistes. On peut citer Jacques Joseph Moreau de Tours qui décrit, en 1845, le suicide d'une femme qui tue ses deux enfants avant de se poignarder elle-même :

Elle attribua le désespoir qui l'avait poussée à des actes aussi atroces à l'inhumanité du père de ses enfants qui les avait délaissés, et en même temps à la crainte qu'elle éprouvait de donner naissance à un troisième enfant²⁷⁰.

Les aliénistes constatent en effet que le suicide des hommes et des femmes se distingue par les causes et les motifs qui les produisent. Ces causes sont généralement matérielles ou intellectuelles chez les hommes et affectives ou morales chez les femmes. Les hommes sont plus affectés par les ambitions professionnelles et financières, tandis que les femmes sont atteintes par « l'amour, la séduction, l'abandon, l'isolement loin de la famille »²⁷¹, en somme par les chagrins domestiques et par l'amour contrarié. En revanche, comme Kushner le montre, l'augmentation du taux de suicide des femmes est parfois attribuée

267 Foley 1880, 26.

268 Foley 1880, 26.

269 Foley 1880, 32.

270 Moreau de Tours, J.-J. 1845, 114.

271 Foley 1880, 24. Voir Kushner 1991, 99 ; Shepherd 2014, 166 ; Jaworski 2016 ; Galpin 2022.

au fait qu'elles participent de plus en plus aux « activités masculines », et donc à leurs nouvelles fonctions sociales et aux troubles que celles-ci peuvent produire²⁷². La réponse des aliénistes à ce constat consiste à conseiller aux femmes d'éviter de telles activités et de maintenir leurs rôles traditionnels. Citons en entier le cas extraordinaire d'une femme suicidaire, rapporté par Esquirol dans son article de 1821, puis développé et mis à jour dans sa réédition de 1838 :

Une demoiselle, âgée de seize ans, fut sur le point d'être violée par son père ; elle en éprouva tant d'horreur, qu'elle eut de fortes convulsions. Le surlendemain elle avala en une fois, une potion opiacée préparée pour plusieurs jours. Les accidents qui suivirent furent très graves, et cette jeune personne resta sujette à des attaques de nerfs, très rapprochées et très violentes. Deux ans après, fatiguée de cet état, elle avala quinze grains de tartre émétique : elle vomit beaucoup ; les convulsions augmentèrent. Mademoiselle R... fut envoyée à Paris, elle était âgée de dix-neuf ans : elle était d'une taille élevée ; elle avait de l'embonpoint, le teint vermeil ; cependant elle éprouvait continuellement les souffrances et les convulsions les plus variées et les plus singulières ; elle était successivement aveugle, sourde ou muette, incapable de marcher ou d'avalier. Cet état persistait pendant quelques heures, pendant un jour et même pendant deux jours ; quelquefois sa langue sortait de deux pouces hors de la bouche, se tuméfiait ; dans d'autres instants, la malade ne pouvait avaler, quelques efforts qu'elle fit : elle a passé sept jours, une fois, sans pouvoir rien prendre. Je l'ai vue tomber de toute sa hauteur sur un parquet, tantôt sur le dos, tantôt sur la face ; je l'ai vue tourner sur elle-même pendant une heure sans qu'il fût possible à quatre personnes de l'empêcher.

J'avais appliqué un vésicatoire à la jambe gauche, lorsque mademoiselle R... devenait aveugle, sourde, muette, ou sans mouvement, l'application d'une seule goutte de vinaigre sur les plaies du vésicatoire lui rendait subitement la vue, l'ouïe, la parole ou le mouvement. Après quinze jours ce moyen s'usa. Tout le monde jugeait que cette malade était hystérique. On parlait si souvent à cette demoiselle du bien que lui ferait le

272 Kushner 1991, 100.

mariage, qu'enfin elle se laissa séduire dans la seule pensée de se guérir. Après sept à huit mois, son état ne changeant point, mademoiselle R... avala douze grains de tartre émétique ; elle fit des efforts de vomissements atroces et vomit un peu de sang ; cependant elle se rétablit des accidents consécutifs, mais non de ses maux de nerfs²⁷³. Désespérée, elle disparaît : ses parents, ses amis la crurent noyée ; quatre mois après, passant près de la porte Saint-Martin, je me sens saisi au collet de mon habit, je fis un grand effort pour me dégager : « ... Vous ne m'échapperez pas, me dit une voix que je reconnus, je me retourne et m'écrie : que faites-vous là, mademoiselle ?... je me guéris, n'ai-je pas tout fait pour me guérir, n'ai-je pas essayé vainement de terminer ma déplorable existence ; tout le monde ne m'a-t-il pas répété, vous comme les autres, que le mariage me guérirait, qui eût voulu se marier avec moi ? eh bien si l'horrible remède que je fais ne me guérit pas, j'irai me jeter dans la rivière. » Cette malheureuse personne était vêtue des haillons de la prostitution la plus abjecte, elle était dans la plus grande misère, et souvent privée des moyens de satisfaire aux premiers besoins de la vie. Six mois après, M. [sic] R... fit une fausse couche, les maux de nerfs, les convulsions, les phénomènes décrits plus haut furent moins intenses et moins fréquents. Un an plus tard, c'est-à-dire vingt-deux mois depuis que M. R... menait ce genre de vie, elle accoucha. Dès-lors, presque tous les symptômes disparurent, elle se retira chez un domestique qui l'avait servie, à son arrivée à Paris, elle se rétablit parfaitement, réclama de retourner dans sa famille, s'y maria quelque temps après, et est devenue mère de quatre enfants²⁷⁴.

Il faut souligner ici, une fois de plus, à quel point les valeurs morales conditionnent le raisonnement théorique des médecins. Bien que la maternité soit considérée dans sa dimension physique et matérielle, la valeur morale de la condition de la femme comme conjointe et mère est ici flagrante. L'hystérie et la suicidalité de cette jeune femme sont guéries principalement, voire uniquement, selon l'observation d'Esquirol, par l'accouchement réussi. Ce qu'aucun remède pharmacologique n'a pu produire.

273 Le texte qui suit a été rajouté dans l'édition de 1838.

274 Esquirol 1838, t. 1, 538-540.

Esquirol remarque même que la fausse couche apporte une amélioration à son état de santé. Guérie non seulement de son hystérie et de son désir de se tuer, cette femme retrouve le statut auquel elle est destinée par son sexe. Le désordre psychique qu'Esquirol décrit ici dépasse ses répercussions somatiques et agit sur le comportement et les mœurs de la femme, tombée dans la prostitution. Le « traitement » qu'elle s'impose par la prostitution et par la pauvreté – autodestructeur pourrait-on dire – se substitue au traitement « psychiatrique » légitime par la maternité. Selon Aude Fauvel, « le savoir psychiatrique n'a pas été imperméable aux réactions des malades »²⁷⁵, comme on peut le constater dans le témoignage que la malade fait elle-même de son propre traitement à Esquirol, son médecin, et qu'il prend soin de reproduire dans son observation. Bien que son témoignage soit encadré par le discours du médecin, la voix de la femme, la folle, la prostituée, se fait entendre, non seulement par sa parole, mais aussi, et peut-être surtout, par ses gestes, en saisissant son ancien médecin et en l'obligeant à écouter son histoire²⁷⁶. Or, l'écoute de l'aliéniste est ici problématique et bute sur ses propres critères de diagnostic et de traitement, en ce sens qu'il transforme ces éléments de révolte et de « traitement » de l'aliénée en les inscrivant parmi les symptômes de sa maladie. Ainsi, la guérison produite par la maternité prévaut au-dessus de tout, même la tentative de viol qu'elle subit dans son adolescence. Son retour dans la famille est décrit par l'aliéniste comme un signe de réussite de son « traitement », même si c'est au sein de cette famille que réside l'origine de sa souffrance.

La grande différence de suicidalité entre les hommes et les femmes est confirmée par les statistiques officielles, qui généralement ne rapportent pas les tentatives de suicide. Tandis que la plupart des aliénistes utilisent le *Compte général* comme source de données pour leurs études, il ne présente que les suicides accomplis, à la différence des premiers recensements des *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine*.

275 Fauvel 2013, 60.

276 Voir Matlock 1994.

Cette source-ci est une des rares à présenter à la fois les suicides accomplis et les tentatives, une distinction abandonnée à partir de l'année 1827. Or, si aujourd'hui il est largement accepté que les femmes se suicident moins que les hommes, mais font beaucoup plus de tentatives de suicide, les *Recherches statistiques* sont loin de confirmer cette différence au début du 19^e siècle. Bien qu'il soit impossible de savoir le nombre exact de tentatives de suicide, il est estimé aujourd'hui que pour chaque suicide accompli, il y a dix tentatives. Cependant, on constate l'inverse dans les *Recherches statistiques* selon lesquelles, pour l'année 1817 par exemple, il y a eu 66 tentatives pour 285 suicides accomplis. Une étude longitudinale du suicide est ainsi difficile à effectuer sur la base de ces sources statistiques²⁷⁷. Howard Kushner suggère qu'une telle sous-représentation des tentatives, et tout particulièrement des tentatives des femmes, est due à une réinterprétation du geste par des figures officielles comme les médecins et les médecins légistes, voire à une dissimulation par les proches de la suicidaire elle-même²⁷⁸. La tentative de suicide pose également la question de la distinction entre différentes formes de comportements autodestructeurs et d'automutilation. Les recherches du 19^e siècle, comme celles d'aujourd'hui, remarquent la différence de moyens utilisés par les femmes, souvent moins létaux, pour se donner la mort²⁷⁹. Ce qui met en évidence une frontière ambiguë entre l'intention de se donner la mort et l'automutilation « non suicidaire ». Comme Sarah Chaney le montre, l'automutilation devient un concept psychiatrique autonome et distinct à partir de la fin du 19^e siècle²⁸⁰. Dans le contexte français, en 1909, l'aliéniste Marie-Michel-Edmond Lorthiois publie un traité dans lequel il différencie clairement le suicide et l'automutilation, tout en affirmant qu'entre ces deux phénomènes, il existe tout un spectre de comportements intermédiaires²⁸¹. Ce dernier comportement, qui interpelle les aliénistes dès le début du siècle, est comparé ou relié au suicide comme acte de folie. Dans un article sur une

277 Ratcliff 1992, 6.

278 Kushner 1991, 102-105.

279 Ratcliff 1992, 32.

280 Millard 2015 ; Chaney 2017.

281 Lorthiois 1909, spéc. 11-12.

artiste ayant fait à la fois des automutilations et des tentatives de suicide, Aude Fauvel montre que la patiente fait elle-même la distinction entre ces deux phénomènes²⁸². Elle interprète ses tentatives de suicide comme une affirmation de sa liberté et ses gestes d'automutilation comme une recherche d'« émancipation corporelle ou de l'art féministe »²⁸³. Cependant, l'interprétation que la malade fait de ses propres gestes est largement absente des considérations psychiatriques sur de tels comportements. On constate l'assimilation de l'automutilation au suicide et à la folie dans le grand intérêt que suscite le cas d'auto-crucifixion et d'automutilation de Mathieu Lovat, en Italie, rapporté d'abord par le médecin Cesare Ruggieri en 1806, puis disséminé par la jeune communauté psychiatrique dans toute l'Europe²⁸⁴. Parmi les médecins français, on peut mentionner C.-C.-H. Marc, Esquirol, Falret, Debreyne, Lisle, Briere de Boismont et Morel. Bien que Lovat meure après un séjour à l'hôpital des fous de Saint-Servolo, vraisemblablement suite aux blessures qu'il s'est infligées, ce cas d'automutilation se situe entre une tentative de suicide et un délire religieux. Néanmoins, les aliénistes le rapportent presque toujours, notamment Ruggieri, à un penchant au suicide.

Ce n'est qu'à partir des années 1840, avec l'acceptation de l'existence du suicide volontaire, que les causes morales (la morale) retrouveront leur place légitime et autonome dans les études psychiatriques du suicide. Ces objets moraux et sociaux joueront un rôle important dans l'élaboration des mesures de prévention par les aliénistes et les hygiénistes. En effet, la médecine se chargera dès lors de renforcer les croyances, d'améliorer l'éducation, de développer l'« hygiène morale » non seulement des aliénés, mais de toute la population.

L'analyse des différentes manières d'ordonner et de classer les nombreuses causes du suicide permet donc de constater

l'évolution des théories médicales et psychiatriques du suicide. L'on a pu voir comment ces systèmes de classification dépendent du statut que les aliénistes donnent à cet acte. S'agit-il toujours d'un acte pathologique ou bien est-il envisageable qu'un individu puisse se donner la mort volontairement et en pleine possession de son libre arbitre ? En effet, dès lors que l'on accepte l'existence du suicide « volontaire », d'un suicide qui ne provient pas de la folie donc, l'on témoigne d'une valorisation des causes morales, c'est-à-dire celles qui relèvent non pas des fonctions psychiques du moral, mais bien de *la morale*. Le développement des enjeux hygiénistes, chez les aliénistes de la seconde moitié du siècle, s'ouvre sur une population plus large que celle qui a été visée par les premiers aliénistes. Si l'individu peut se donner la mort sans être pour autant un malade mental, ses souffrances, ses chagrins et ses comportements déviants qui le poussent au suicide font néanmoins l'objet du savoir et de la pratique de la médecine. Or, en intégrant le suicide à un ensemble d'autres comportements pervers ou déviants, voire criminels, paradoxalement, cet acte se rapproche à nouveau de son ancien statut de crime, tout en demeurant dans le cadre de la médecine. Les valeurs et les jugements moraux, qui abondent dans les traités et les études médicales, qu'ils soient implicites ou, plus tard, explicites, indiquent à la fois le rapport intime et inextricable qui existe entre les concepts du moral et de la morale, mais aussi l'ambiguïté qui perdure dans le statut du suicide en médecine.

282 Voir Fauvel 2016, spéc. 18, pour le cas d'automutilation et de tentatives de suicide chez l'artiste Adèle Lauzier.

283 Fauvel 2016, 22..

284 Cesare Ruggieri, 1806a et 1814. Pour la traduction française, voir Ruggieri 1806b. Voir également Marc 1811. Voir Böhmer 2013 et 2019.

Chapitre 5

Le traitement et la prévention du suicide

Le traitement des suicidaires à l'asile d'aliénés

Au 19^e siècle, le problème médical et social que pose le suicide amène les aliénistes et les hygiénistes à proposer des moyens de traitement et de prévention. L'élaboration de ces mesures se base sur de nombreuses observations médicales, sur les statistiques morales, sur les définitions et le statut de cet acte, mais aussi sur des études approfondies de ses symptômes, de sa « marche » et enfin de ses causes. Dans ces longs et nombreux traités médicaux, la question de la prévention et du traitement occupe presque toujours le dernier chapitre, qui est souvent le plus bref. Certains aliénistes, comme Falret, Étoc-Demazy, Le Roy et Briere de Boismont, cherchent cependant une approche systématique en divisant les différentes mesures selon leurs natures et leurs modes d'action, individuels ou collectifs, directs ou indirects, thérapeutiques ou préventifs. Le statut du suicide, entre maladie mentale, symptôme et fait social, joue un rôle fondamental dans la détermination des moyens de traitement et de prévention. Tout en affirmant la gravité et le besoin de prévenir cet acte, certains aliénistes soulignent l'inutilité d'élaborer des mesures thérapeutiques spécifiques au suicide, insistant davantage sur les maladies dont il est le symptôme. C'est le point de vue d'Esquirol :

Le suicide étant un acte consécutif du délire des passions ou de la folie, je devrais avoir peu à dire sur le traitement d'un

symptôme, traitement qui appartient à la thérapeutique des maladies mentales et repose essentiellement sur l'appréciation des causes et des motifs déterminants du suicide ; c'est donc au traitement propre à chaque variété de folie qu'il faut avoir recours pour traiter un individu poussé à sa propre destruction¹.

Esquirol parle ici spécifiquement du *traitement* du suicide, mais il en va différemment pour sa *prévention*, qui concerne, elle, des mesures hygiénistes : « [I]l faut renvoyer à la morale publique et aux conseils de la religion, écrit-il, pour prévenir le suicide qui dépend des passions. »² Afin d'élaborer les mesures les plus efficaces possible, il faut tout d'abord, selon les aliénistes, comprendre ce qui produit ce phénomène et donc remonter aux causes, qui sont d'une grande complexité. Elles se combinent, se compliquent, parfois même se contredisent. Elles se distinguent des motifs que le suicidé, ou un proche, a pu avancer, et que les procès-verbaux rapportent, sans pour autant s'en démarquer entièrement, car les motifs trouvent également leur place parmi les causes du suicide dans les études médicales. Tel est le cas pour de nombreuses causes sociales, comme la misère ou le point d'honneur. De même que les causes morales et sociales sont majoritaires dans ces études, les mesures de prévention proposées par ces médecins répondent principalement aux critères hygiénistes de protection, à l'échelle de la population.

Les mesures thérapeutiques et préventives proposées par les médecins se divisent généralement en deux groupes distincts, concernant deux types de population. Les unes visent le contexte asilaire, et donc les patients. Celles-ci sont à la fois thérapeutiques – dans le cas des malades mentaux dont la suicidalité est considérée comme un symptôme – et préventives, s'inscrivant dans le cadre du *traitement moral* des aliénés développé au début du 19^e siècle. Ces mesures concernent autant le psychisme ou le moral, que le corps, mais aussi la moralité des malades suicidaires. Les mesures préventives dans ce contexte strictement médical portent également sur l'environnement dans lequel vivent les

1 Esquirol 1838, t. 1, 655. Voir également Esquirol 1821, 282.

2 Esquirol 1821, 282.

malades, notamment l'hôpital psychiatrique, perçu ainsi comme un véritable instrument thérapeutique. Ce qui implique une étroite collaboration des médecins avec l'administration et les architectes qui conçoivent ces établissements médicaux. L'autre type de mesures, purement préventives et hygiénistes, vise la population générale. Portant principalement sur des aspects moraux et sociaux de la population et de son comportement, et que les médecins considèrent comme les germes de la folie et de la suicidalité, ces mesures prédominent dans les études médicales sur le suicide. En effet, la prévention du suicide dans la population générale représente la majorité des propositions émises par les médecins. Les plus récurrentes concernent les pratiques et les croyances religieuses, l'éducation, d'autres valeurs sociales comme le travail et la famille, la censure des journaux et l'établissement des lois répressives, mais aussi différents moyens directs comme des activités distrayantes. Enfin, certaines de ces mesures préventives reflètent un contexte social, politique ou économique spécifique. Ainsi, vers la fin du siècle, Émile Le Roy fait de la colonisation française de l'Afrique du Nord, et de l'émigration qui en résulte, un moyen de prévention du suicide. Les théories de la dégénérescence et de la race, fondées sur le rôle que l'hérédité joue dans le développement de la folie et du penchant au suicide, poussent certains aliénistes à promouvoir des mariages qui diminueraient la concentration de ces pathologies au sein d'une seule famille.

Bien que la plupart des mesures de prévention, ainsi que celles du traitement à l'hôpital, traversent les études durant tout le siècle, on en constate une plus grande valorisation dans la seconde moitié du siècle. Les aliénistes eux-mêmes expliquent ce changement par le développement du statut du suicide en médecine. En effet, à partir du moment où certains aliénistes acceptent l'existence du suicide non aliéné, et divisent ainsi ce phénomène en deux types, l'un pathologique, l'autre qui ne relève pas directement de la folie, la nécessité d'adopter des mesures de prévention propres à toute la société et à tous ses aspects et activités devient de plus en plus importante. En d'autres termes, il s'agit non pas d'élaborer de nouvelles mesures, mais de développer une nouvelle posture sur l'acte lui-même. Les

moyens préventifs diffèrent donc entre les deux types de suicide. Or, selon les aliénistes et les hygiénistes, la médecine joue toujours le rôle le plus important pour réduire son éventualité, pour l'un comme pour l'autre. Cette acception d'un suicide non pathologique, mais qui demeure toujours néfaste pour l'ensemble de la société, légitime la fonction grandissante de la médecine dans d'autres sphères sociales, notamment le comportement et la moralité de la population. Si la morale a longtemps influencé, voire déterminé le moral ou le psychisme, en acceptant l'existence du suicide non aliéné, les aliénistes peuvent remonter à une de ses causes premières, les mauvaises mœurs et conduites, avant même que l'individu ne devienne aliéné.

Le traitement des aliénés suicidaires dans les hôpitaux psychiatriques au 19^e siècle vise les dimensions physique, psychique et « environnementale » du malade, et s'adresse au genre de maladie mentale dont la suicidalité est un symptôme. Comme on l'a déjà vu, les maladies le plus souvent identifiées sont la mélancolie ou la lypémanie, la monomanie, et dans des cas plus rares d'autres genres de folie. La tentative de suicide étant considérée comme un trouble de l'ordre public, un « attentat » envers la famille et plus généralement envers les citoyens, en somme un « acte de désordre social » selon les mots de Le Roy³, l'individu qui tente de mettre fin à ses jours dans l'espace public a souvent été pris en charge par la police, qui ensuite le confie au milieu médical⁴.

La dépénalisation à la fin du 18^e siècle et le lien étroit établi entre le suicide et la folie font de l'hôpital psychiatrique le lieu privilégié pour le traitement des suicidaires, considérés comme des aliénés. L'acte même d'attenter à ses jours indique déjà la présence d'un désordre psychique, justifiant la prise en charge médicale du suicidaire. La place, aussi instable soit-elle, que les aliénistes ont faite au suicide dans les nosographies psychiatriques, se manifeste dans les registres des asiles⁵. Parmi les diagnostics, on trouve « mélancolie suicide », « lypémanie - tendance au suicide », « monomanie suicide », et d'autres formes d'aliénation comme « délire aigu suicide », qui sont parfois

3 Le Roy 1870, 255.

4 Voir, par exemple, le cas rapporté par Moreau de Tours, J.-J. 1846, 288.

5 Voir Voisin 1872.

accompagnées d'« idées de suicide ». D'autres remarques dans ces registres d'observations sont plus explicites sur le suicide comme motif d'hospitalisation. Tel est le cas de Pierre Gabriel Chalot, qui est hospitalisé en 1848 ayant fait une « tentative de suicide avant l'entrée »⁶, ou de François-Michel Delorrière, hospitalisé en 1853 lui aussi pour « tentatives de suicide »⁷. Dans tous ces cas, l'hospitalisation résulte d'une double motivation, la psychopathologie dont souffre le suicidaire, d'un côté, et le danger représenté par cet individu, de l'autre. Ainsi, dans le cas de Jean-Auguste Coquillard, qui entre à Bicêtre en 1853 et sort un an et demi plus tard, la question de sa dangerosité est mise en avant dans les observations, non pas comme constat de l'état réel du malade, mais comme une éventualité attendue chez les lypémaniques : « [L]ypémanie, même état, est toujours inoffensif et taciturne mais comme tous les malades de ce genre peut devenir dangereux. »⁸ Dans un autre registre de Bicêtre, signé par Jacques-Joseph Moreau de Tours, on trouve le cas de Louis Collet, qui est diagnostiqué, en 1848, comme étant « atteint d'hypocondrie avec tendance au suicide », et qui ensuite fait une tentative de suicide à l'hôpital en 1854⁹. Dans le cas d'un autre patient, Joseph Schwab, qui entre à Bicêtre 1851, souffrant de démence sénile, Moreau de Tours apporte des renseignements antérieurs à l'admission : « Ce malade sort de St. Louis où il était entré à la suite d'une tentative de suicide. »¹⁰ Citons encore le cas de Alexandre François Guédon, hospitalisé en 1853 suite aux hallucinations de la vue et à une tentative de suicide, selon Lasègue¹¹. Ces observations, qui décrivent l'évolution de l'état de chaque aliéné, apportent peu de renseignements sur les traitements entrepris durant leur séjour à l'hôpital. En revanche, dans les traités et dans les articles de revues médicales, les aliénistes

6 Matricule 13087, Registres d'observations de Bicêtre, 6R1, AP-HP.

7 Matricule 16168, Registres d'observations de Bicêtre, 3R1/1, AP-HP, signé par Ernest-Charles Lasègue.

8 Matricule 16208, Registres d'observations de Bicêtre, 3R2, AP-HP, signé par Lasègue.

9 Matricule 13189, Registres d'observations de Bicêtre, 3R1/1, AP-HP.

10 Matricule 14753, Registres d'observations de Bicêtre, 3R1/1, AP-HP.

11 Matricule 16005, Registres d'observations de Bicêtre, 3R1/1, AP-HP.

présentent les différents moyens thérapeutiques, certains jugés comme étant plus efficaces que d'autres, qu'ils ont utilisés dans le soin des patients suicidaires.

Alors que le suicide était considéré juridiquement comme un crime jusqu'à la Révolution française, la question de son traitement médical est restée peu développée jusqu'au tournant du 19^e siècle. Cette insuffisance est remarquée en 1816 par Jean Chevreux, dans la première thèse médicale sur le suicide. En le rattachant à la mélancolie, comme Pinel le fait dans ses articles, et qu'il nomme « mélancolie suicidique », Chevreux souligne l'insuffisance des moyens utilisés jusque-là. Entre les bains et la saignée, les purgatifs et les vésicatoires, aucun moyen n'a été définitif dans le traitement du suicide, bien que ces mêmes moyens continuent à être conseillés et utilisés par les aliénistes au cours du 19^e siècle. Chevreux affirme « la nécessité d'une méthode bien raisonnée »¹². Il conçoit le traitement du suicide, ou plutôt de la « mélancolie suicidique », et le divise en deux types. Le premier vise à « combattre les symptômes qui se manifestent à l'invasion des variétés de l'espèce aiguë, et ceux qui annoncent le retour des paroxysmes »¹³. Le second est strictement préventif ; son objectif est d'empêcher « le retour des accès » et de réaliser « la cure radicale de la maladie »¹⁴. Il divise ce second type de traitement en trois approches : le régime moral, le régime physique et l'usage d'un régime alimentaire et de médicaments. Bien que Chevreux destine ces mesures préventives aux aliénés, la plupart d'entre elles seront adoptées plus tard par d'autres aliénistes dans le cadre du suicide non aliéné, visant la population générale. En ce sens, si le statut du suicide évolue au cours du siècle, la majorité des mesures thérapeutiques et préventives restent généralement les mêmes. En décrivant les différentes mesures thérapeutiques, Chevreux souligne l'importance de connaître d'abord la cause propre à chacun des suicidaires, ce qui permettrait de déterminer le traitement le plus approprié¹⁵. En premier lieu, il s'agit de « calmer la violence des symptômes », soit par l'amitié et les

12 Chevreux 1816, 42.

13 Chevreux 1816, 44.

14 Chevreux 1816, 44.

15 Chevreux 1816, 46.

« accents mélodieux de la voix d'une personne aimée », soit par des médicaments simples, comme « des boissons acidules et laxatives, l'usage d'un bon hydromel, quelques lavements », qui peuvent diminuer l'ardeur des affections et prévenir les dérangements digestifs. À la différence des aliénistes qui lui succèdent, Chevreux accorde encore beaucoup d'importance aux affections du « bas-ventre » dans le développement de l'aliénation mentale. Ce qui se retrouve d'ailleurs dans les traitements qu'il propose. Dans son traité de 1822, Falret critique les médecins qui attribuent les désordres cérébraux au bas-ventre, car ils « n'attaquent que des phénomènes sympathiques, que l'ombre de la maladie » ; l'action pathologique, affirme-t-il, se passe dans « l'encéphale », qui ensuite produit des « lésions du bas-ventre et de la poitrine »¹⁶. Cependant, Falret reconnaît l'insuffisance du savoir médical sur la « nature de la lésion de l'encéphale dans la folie », préférant ainsi le traitement moral aux moyens médicamenteux¹⁷. Considérant le cerveau comme le premier lieu d'affection dans la folie, c'est donc sur lui que doivent agir les traitements.

De nombreux aliénistes remarquent cette difficulté de localiser une lésion spécifique dans le cerveau, ou dans tout autre organe, dans le cas du suicide. À cette difficulté s'ajoute les positions différentes sur le statut du suicide, entre le symptôme de la folie, une maladie à proprement parler, et un acte libre mais qui relève néanmoins d'un problème d'hygiène morale et publique. Comme on le verra, la majorité des moyens thérapeutiques proposés par les aliénistes se rapportent au *traitement moral*, défendu et décrit par Pinel dans son *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale* (1800), et qu'il considère comme l'approche thérapeutique la plus appropriée pour la guérison des fous. La base théorique et la pratique du traitement moral émergent, comme Gladys Swain le montre, d'un changement dans la conception de la folie, considérée non plus comme une absence totale de raison, telle qu'elle était encore vue à la période classique, mais dans sa « curabilité essentielle »¹⁸. En tant que la folie est définie par Esquirol comme un désordre de la sensi-

16 Falret 1822, 231.

17 Falret 1822, 232.

18 Swain 1994a, 86.

bilité, de l'intelligence ou de la volonté, son traitement met au second plan les moyens physiques, en privilégiant un « régime moral »¹⁹. Selon mon hypothèse, toute l'ambiguïté que l'on a pu souligner entre *le moral* et *la morale*, ou le rôle déterminant que joue la moralité sur le concept du moral, se répercute sur les moyens thérapeutiques²⁰. Naturaliser la morale, et donc les mœurs et les comportements, en l'inscrivant au sein du moral ou du psychisme, conduit nécessairement à une thérapeutique *de* la morale et *par* la morale. Ainsi, aux causes morales du suicide, les aliénistes proposent un ensemble de traitements moraux, qu'il faut entendre donc comme ceux qui concernent le psychisme *et* la morale. Swain parle d'un processus d'intériorisation des contraintes physiques. Désormais, ces contraintes physiques opèrent par la moralisation de l'environnement et des « valeurs dominantes »²¹. En effet, l'aliéniste tente de soigner l'aliéné par le traitement moral et le rappel à la raison, aux bonnes mœurs et aux valeurs sociales. À partir de là, Swain s'interroge sur ce geste de moralisation par l'aliéniste lui-même. Dans la même perspective, Pigeaud se demande s'il s'agit, dans le traitement moral, de faire la morale au fou²². Cette nouvelle thérapeutique de la folie est déterminée, en effet, par « les règles de conduite sociale, la « norme » à retrouver, les jugements de valeur, l'éducation « morale » et ses sanctions » qui, selon Jacques Postel, « contaminent » cette même thérapeutique²³. La naturalisation de la morale par le concept du moral, que visent les premiers aliénistes, révèle une autre contradiction, celle de la distinction, voire de l'opposition prétendue entre le moral et le physique. Comme on le verra plus loin dans l'analyse des différents moyens propres au traitement moral du suicide, et plus généralement de la folie, il ne s'agit pas uniquement d'un traitement par la parole, ou par un « dialogue » entre le fou et l'aliéniste. Il embrasse d'autres moyens, notamment l'isolement, la discipline, l'intimidation, mais aussi

19 Swain 1994a, 90.

20 Swain 1994a, 88-89. Voir également Pigeaud 2001, 278-281.

21 Swain 1994a, 88.

22 Pigeaud 2001, 278.

23 Postel 1981, 191.

les distractions et le travail, dont certains agissent autant sur le corps que sur le psychisme du malade. À cet ensemble de moyens moraux s'ajoutent en second lieu différents modes de traitement physique, certains considérés par les aliénistes eux-mêmes comme étant des recours en cas d'impasse, de résistance à la « douceur » préconisée. Ainsi, l'intimidation, qui se veut morale, peut s'accompagner de mesures « disciplinaires » et de contrainte, ainsi que de l'hydrothérapie, comme les douches et les bains, dont l'aspect punitif et coercitif n'est pas toujours caché par les médecins²⁴. Enfin, aux moyens physiques et moraux spécifiques, ajoutons encore l'hôpital psychiatrique lui-même, qui est conçu comme un « instrument thérapeutique », par son emplacement, son architecture, son aménagement et les divisions en fonction de la nosologie ou du tempérament des malades.

Le traitement physique

Avant d'analyser les différentes mesures morales utilisées dans le traitement des fous suicidaires, considérons brièvement trois types de traitement physique employés par les aliénistes : la méthode dite d'Auenbrugger, les médicaments et l'hydrothérapie. Ces types de traitement de la folie et du suicide, comme les médicaments, les bains et les douches, l'alimentation forcée, ou encore différentes formes de répression, tiennent une place secondaire. Devant la valorisation du traitement moral par Pinel et son cercle, ces moyens physiques sont souvent décrits comme étant insuffisants, voire inefficaces dans le traitement d'une maladie qui, elle, est d'abord et avant tout morale. Bien que les aliénistes affirment explicitement cette position, la plupart d'entre eux proposent néanmoins de nombreuses observations de traitement physique, souvent dans des cas qui se veulent difficiles à traiter ou qui sont accompagnés par des maladies somatiques. Une des méthodes le plus souvent mentionnées, surtout dans les premières décennies du 19^e siècle, est celle de Joseph Leopold Auenbrugger (1722-1809), médecin de Vienne de la fin du siècle

24 Voir, par exemple, Lagardelle 1878, 102.

précédent. C'est aussi une des seules méthodes, dont l'objet spécifique est le suicide lui-même. Auenbrugger décrit sa méthode dans une étude publiée en 1783²⁵, traduite par : « De la rage mue, ou du penchant au suicide comme véritable maladie, avec des observations & des remarques. »²⁶ Auenbrugger, pour qui le siège organique du suicide réside dans « le plexus splénique, & dans la courbure gauche du colon »²⁷, conçoit sa méthode en trois étapes, suivant l'aggravation de l'état du suicidaire. La première consiste « à s'emparer du malade, lorsqu'on a des preuves non équivoques qu'il veut se détruire, et à lui faire boire de l'eau froide en abondance »²⁸. Ensuite, il faut

le placer sur un siège commode, dans lequel il sera retenu par des liens, continuer les boissons froides, légèrement émulsées, et faire des applications de glace sur la tête, le cou, et la partie supérieure de la poitrine. Pendant l'usage de ces moyens on doit entretenir la chaleur du tronc et des extrémités par des frictions faites sur ces parties avec des flanelles sèches, et nourrir le malade avec quelques légères émulsions²⁹.

Enfin,

[l]orsqu'il survient une sueur froide, que le délire tient de l'hydrophobie, tel que la bouche écumante, les yeux fixes, égarés et menaçants ; que la face devient d'un rouge obscur et promptement livide ; que le pouls et les battements du cœur sont forts, précipités et irréguliers, on doit alors examiner les hypocondres ; et si on les trouve durs et brûlants, on doit appliquer sur la plus chaude de ces régions un vésicatoire qui en recouvre toute l'étendue. À peine ce topique a-t-il produit son effet, que les symptômes diminuent de violence, et que le délire cesse³⁰.

25 Auenbrugger 1783. Sur l'étude d'Auenbrugger, voir Schreiner 2003, 137. Sur les travaux d'Auenbrugger, voir Keel 2001, 231-254.

26 Anonyme 1785, 498-499.

27 Anonyme 1785, 498.

28 Chevrey 1816, 42.

29 Chevrey 1816, 42-43.

30 Chevrey 1816, 43.

Auenbrugger propose d'associer avec cette méthode d'autres mesures morales et préventives, notamment « entretenir [les malades] de choses gaies, leur présenter les consolations de la religion, charger des gardiens vigilants & intelligents de les suivre & de veiller sur eux », ou encore la consommation d'« infusion théiforme du lierre terrestre & des fleurs de millepertuis »³¹. Parmi les études médicales sur le suicide, celle de Chevrey est l'une des seules à promouvoir la méthode d'Auenbrugger et à affirmer son efficacité. La plupart mentionnent cette méthode, jusqu'aux années 1840, lorsqu'on l'abandonne entièrement. Cependant, ces mêmes études remettent en question, voire réfutent son efficacité³². En 1840, Cazauvieilh propose une modification de cette méthode, conseillée surtout aux « hommes qui se sont, comme la plupart de nos suicides [à la campagne], livrés avec immodération à la boisson des liqueurs fortes »³³. Il propose enfin que les « bains généraux et une nourriture modifiée suivant la constitution de l'individu second[ent] cette médication »³⁴. Ceci n'est pas la seule méthode généralement abandonnée par les aliénistes que propose encore Cazauvieilh. Il préconise également la saignée, délaissée par la majorité des aliénistes dans le traitement de la folie et du suicide, car « le dégorgement général de tous les vaisseaux », selon lui, « produit d'heureux effets sur les parties douloureuses »³⁵. Cazauvieilh fait ainsi exception parmi les aliénistes qui, eux – notamment Brierre de Boismont en 1856³⁶ –, réfutent la méthode d'Auenbrugger.

Les moyens pharmacologiques, y compris l'homéopathie³⁷, tiennent une place mineure dans le traitement du suicide³⁸, et

31 Anonyme 1785, 499.

32 L'échec de cette méthode est déjà évoqué dans *ibid.* Voir également Esquirol 1838, t. 1, 659 ; Falret 1822, 227-228 ; Szafkowski 1846 (Prix Civrieux, no 7), 191-192 ; Bertrand 1857, 325.

33 Cazauvieilh 1840, 302.

34 Cazauvieilh 1840, 302-303.

35 Cazauvieilh 1840, 301. Voir également Brierre de Boismont 1856, 617.

36 Brierre de Boismont 1856, 623. Cependant, Brierre de Boismont propose les frictions du corps avec de la flanelle, sur une période brève, afin d'éviter le risque de réveiller « à un haut degré l'action des organes génitaux », Brierre de Boismont 1856, 626.

37 Hartmann 1857, 304-310. Voir Faure 2015.

38 Esquirol 1838, t. 1, 658.

sont toujours accompagnés de mesures morales. Les différents modes d'évacuation, sous forme de purgatifs, d'émétiques et de vomitifs, ou encore de saignées, sont mentionnés par certains aliénistes, comme moyen de traitement du penchant au suicide. Pour Falret, les médicaments doivent varier selon la forme spécifique de la *mélancolie-suicide* : « avec exaltation » ou « avec concentration ». Dans le cas du suicide avec exaltation, il propose des saignées, des bains tièdes d'une durée de plusieurs heures, ou encore « d'envelopper la tête de linges imbibés d'eau froide », des moyens qu'il faut accompagner de « l'emploi des rafraîchissants, de légers sédatifs, quelquefois même de doux purgatifs »³⁹. Dans le cas du suicide avec concentration, en revanche, Falret propose l'usage de purgatifs forts, « même drastique », car ils peuvent « donner lieu à des malaises, à des indispositions, et rendre ainsi les malades inquiets sur leur santé »⁴⁰. Bien que ces médicaments soient généralement rapportés au traitement physique, l'effet que vise Falret concerne aussi le moral. S'inquiéter de sa santé devant les effets « drastiques » des purgatifs, « c'est déjà un pas de fait pour désirer de vivre »⁴¹. Cependant, Falret doute de l'utilité des purgatifs contre la mélancolie et prévient du danger que certains peuvent poser. Les vomitifs sont souvent utiles, selon lui, « lorsqu'il y a une forte stupeur et existence des symptômes d'embarras gastrique et intestinal », et « ils réussissent très souvent, lorsque, le suicide compliquant le début de la manie et de la mélancolie, les malades s'obstinent à ne prendre aucune nourriture »⁴².

L'action des émétiques ou des vomitifs sur le physique, et par extension sur le moral du malade suicidaire, est valorisée également par l'aliéniste belge Joseph Guislain. Selon lui, les émétiques sont tout particulièrement efficaces dans les types de monomanie, qui « se rapprochent de la chimérique, du suicide, de la misanthropie [*sic*] »⁴³. La langueur, le « défaut de mouvement locomoteur » de certains types de folie « avec nonchalance », peuvent être contrés par l'acte de vomir, qui « force les aliénés

39 Falret 1822, 237.

40 Falret 1822, 238.

41 Falret 1822, 238.

42 Falret 1822, 239.

43 Guislain 1826, 7.

à se mouvoir, à se déplacer »⁴⁴. Il parle d'une « excitation », d'un « accroissement momentané d'énergie », qui vont à l'encontre de l'inertie constatée dans certaines formes d'aliénation mentale⁴⁵. Érasme Robertet, quant à lui, réunit les arguments de Falret et de Guislain, en postulant que le médecin peut faire usage des émétiques pour provoquer un « mal de mer artificiel », une maladie qui préoccuperait l'aliéné de sa santé au point de se détourner de son projet de suicide, après quoi le médecin peut lui « apporter une prompte guérison »⁴⁶.

Brierre de Boismont réclame l'efficacité de la morphine pour traiter les formes tristes de la folie, notamment dans la monomanie suicide, et pour calmer une sensibilité exagérée. Pour des malades avec une « disposition hystérique » ou des « habitudes érotiques », il propose également l'usage du camphre et de la valériane. Mais il fait suivre ce conseil par une question, qui remet le traitement moral *par la morale* au premier plan : « Peut-être pourrait-on en pareil cas recourir au mariage ? »⁴⁷ Il donne une réponse affirmative, en citant le cas, rapporté par Esquirol, d'une jeune femme qui, ayant subi une tentative de viol par son père, devient aliénée, tombe dans une vie de déchéance et de prostitution, un état guéri par le mariage et la maternité⁴⁸.

Le traitement physique est conçu ici par les aliénistes comme une des composantes du traitement du suicide et de la folie, inséparable du traitement moral⁴⁹. Non seulement le traitement physique du suicide doit être secondé par le traitement moral, mais les différents moyens physiques que l'on vient de présenter sont eux-mêmes surdéterminés par leurs effets sur le moral. En ce sens, comme certains aliénistes l'affirment très clairement, les effets physiologiques provoqués par les vomitifs agissent sur le moral du malade, et c'est bien cela que recherchent les aliénistes. Ceci est particulièrement visible dans le cas de l'hydrothérapie, et plus précisément dans l'usage des bains et

44 Guislain 1826, 7-8.

45 Guislain 1826, 8.

46 Robertet 1848 (Prix Civrieux, no 8), 100.

47 Brierre de Boismont 1856, 631.

48 Esquirol 1838, t. 1, 538-540.

49 Bertrand 1857, 337.

des douches, dont les effets recherchés touchent non seulement le corps, par la température, la durée et la force de l'eau sur le corps du malade, mais aussi son psychisme, par la surprise ou le choc, voire la simple menace d'un tel traitement.

L'usage externe de l'eau dans le traitement de la folie et de la suicidalité est fréquemment conseillé par les aliénistes, en lien avec d'autres moyens thérapeutiques physiques et moraux. Les bains, les douches, et diverses formes d'aspersions varient selon leur durée, leur fréquence et la température de l'eau, en fonction du type de maladie mentale et du tempérament du malade. L'usage des bains au 19^e siècle est loin de constituer une innovation thérapeutique, car il découle d'une grande pratique depuis le 17^e siècle, lorsque des médecins comme Van Helmont découvrent – ou plutôt redécouvrent⁵⁰ – les avantages thérapeutiques de l'eau en usage externe, et le systématise dans leur pratique médicale⁵¹. À la fin du 18^e siècle, en plus de l'usage thérapeutique des bains pour traiter la folie, les médecins proposeront encore l'usage des douches. L'avantage de l'eau que recherchent les médecins du 18^e siècle, repose dans sa capacité non seulement de rafraîchir ou de réchauffer le corps, mais aussi d'« humecter » les nerfs, trop secs, par une immersion prolongée dans le bain⁵². Selon Pierre Pomme, les bains prolongés et répétés peuvent rétablir l'équilibre entre les liquides et les solides, et donc apporter un traitement efficace à certaines maladies nerveuses, comme l'hystérie⁵³.

De nombreuses observations cliniques de médecins du 18^e siècle témoignent de l'usage volontaire des bains prolongés, parfois recherchés par les malades eux-mêmes⁵⁴. En revanche, au 19^e siècle, les bains et les douches se transforment de plus en plus en traitement moral. L'eau n'a plus pour fonction d'« humecter » les nerfs, les fibres, la matière physique du malade, mais

50 Cette pratique thérapeutique remonte à l'Antiquité, mentionnée notamment par Pline, dans son *Histoire naturelle*, Foucault 1972, 334.

51 Foucault 1972, 334. Voir Vigarello 1985, 125-143. Voir Tissot, S.-A. 1764, 194-195.

52 Pomme 1767, 94 et 496. Voir Foucault 1972, 235 ; Arnaud 2014 et 2015.

53 Voir Pomme 1771, 83-85. Voir Arnaud 2009, 218-236 ; Wenger 2009, 191-206.

54 Voir le cas cité par Pomme 1771, 266-283, ou encore ceux rapportés par Tissot, S.-A., spéc. cote 146010416, cote 144040205, cote 144010511, cote 146010420, in Barras/Louis-Courvoisier/Pilloud 2013 (en ligne). Voir Rieder/Barras 2001.

de « purifier », par la violence du contact, la pensée et la raison de l'aliéné⁵⁵. En d'autres termes, on passe d'une purification physique à une purification morale du malade. Cette technique thérapeutique crée de plus un nouveau rapport avec le malade, celui de la répression et de la discipline, par la violence redoutée de ses effets. Non seulement la technique thérapeutique des douches produit la peur chez les aliénés, mais cette peur est elle-même recherchée par les aliénistes, qui lui attribuent une fonction thérapeutique. Comme Pinel l'explique, si une aliénée se plaint du désagrément causé par ce traitement, « on la console, on l'encourage, et on lui rappelle que si on l'a fait un peu souffrir, ce n'était que pour la rendre plus promptement à la santé »⁵⁶. La violence des douches doit, selon lui, venir seconder les remèdes doux du traitement moral, car elle a pour but de soumettre l'aliéné au traitement et de le rendre plus docile⁵⁷. En ce sens, cette méthode thérapeutique agit autant sur le physique que sur le moral, malgré sa classification parmi les traitements physiques⁵⁸. Un ensemble d'autres mesures thérapeutiques emploient également l'eau, notamment les bains de siège, les bains de pieds, les bains des membres, les bains de tête, les lavements froids, les compresses mouillées, l'usage d'un drap mouillé⁵⁹, ou encore les bains de submersion. Ajoutons à cette liste les bains d'affusion, particulièrement préconisés par l'aliéniste français Achille-Louis Foville, qui ont pour effet la sédation, le rétablissement du sommeil, voire de la raison⁶⁰.

François Leuret fut l'un des plus grands défenseurs de l'hydrothérapie pour soigner les aliénés⁶¹. Comme Rech, Leuret voit dans la douleur, la peur et l'asphyxie causées par la douche un effet coercitif bénéfique. En effet, le sentiment de crainte ou de terreur, produit par le choc de la douche, agit moralement,

55 Voir Foucault 1972, 338 ; Fauvel 2007, 1-8.

56 Pinel [1809] 2005, 288-294, spéc. 294.

57 Pinel [1809] 2005, 288-294, spéc. 294.

58 La Berge/Monneret 1843, 534.

59 Pour une description de chacune de ces méthodes, voir Fleury 1837, 214-215. Sur Fleury et les différents types d'hydrothérapie, voir Baubérot 2004.

60 Foville 1841, 54-55. Voir également Leuret 1840 ; Rech 1846. Voir Ripa 1986.

61 Leuret 1839.

en redirigeant l'attention, soit dispersée, soit trop concentrée, de l'aliéné. C'est en devenant attentif à ses propres paroles et à ses actions que l'aliéné peut commencer à « raisonner juste »⁶². La douche devient alors l'objet de négociation entre le médecin et l'aliéné, par le rapport de force ou de coercition⁶³. Leuret n'est pas dupe des limites d'un tel traitement ; il y voit surtout une manière de forcer le malade à veiller sur son raisonnement et son comportement par la peur que suscite la douche. Il s'agit d'« obliger un malade à parler sensément », à taire son « assertion erronée, une folie », ce qu'il parvient à faire après la douche, « non pas que son esprit y consente de suite, non qu'il ne fasse des réserves, mais parce qu'il a peur, parce qu'il craint les douches »⁶⁴.

Dans ce rapport entre médecin et malade, la théâtralité joue un rôle important et déterminant pour le traitement moral de la folie. Elle a pour fonction de persuader et de réprimer, et c'est pourquoi elle est revendiquée comme telle par les aliénistes eux-mêmes. On peut rappeler l'épisode raconté par Pinel lorsque Jean-Baptiste Pussin, surveillant à Bicêtre, puis à la Salpêtrière, et son proche collaborateur⁶⁵, traîne des chaînes par terre afin de menacer un aliéné de son éventuelle punition⁶⁶. La frontière ici entre remède et punition n'est pas claire. Par ailleurs, Leuret lui-même met en évidence la proximité, voire l'identité, entre ces deux procédés, en faisant de la menace de punition un « stratagème »⁶⁷ ou une ruse théâtrale :

Je me montre sévère et dur contre ceux qui ont fait une faute dont je veux les corriger, je trouve cette faute énorme, et j'ordonne un remède ou une punition (ces deux mots sont quelquefois équivalents) également énorme. Si la menace produit du repentir, je fais mes conditions et je pardonne ; s'il a fallu un commencement de répression, j'y ai recours ; dès que le malade cède, je m'arrête, et si j'obtiens de bonnes promesses, je me montre généreux sans

62 Leuret 1839, 279. Voir le cas rapporté par Leuret, 1839, 280-282.

63 Leuret 1840, 197-199.

64 Leuret 1840, 280.

65 Sur le rapport et les collaborations entre Pinel et Pussin, voir Weiner 1979, 1128-1134 ; Caire 1993, 529-538 ; Weiner 1994, 95-116.

66 Pinel an VII, 224-225 ; Pinel an IX/1800, 59-61. Voir Goldstein 1997a, 121-122.

67 Leuret 1839, 275 ; La Berge et Monneret 1843, 538.

réserve en faisant grâce du reste de la peine que j'avais prononcée. Il arrive alors, ce qui arrive dans le monde ; on me sait gré du mal que je pouvais faire et que je n'ai pas fait, et j'inspire plus de reconnaissance que si je m'étais montré constamment bon⁶⁸.

Cette citation est révélatrice de la manière selon laquelle Leuret et de nombreux autres aliénistes conçoivent la stratégie thérapeutique de la douleur et de la peur : non pas comme un traitement physique, mais justement comme un traitement moral de la folie.

Or, le traitement psychique et la transformation de la raison du malade sont traversés de notions morales et religieuses. L'aliéniste semble jouer ici un rôle à plusieurs personnages : celui d'un médecin, d'un geôlier, d'un éducateur et d'un prêtre. Il parle de la déraison du malade en termes de « faute », qu'il faut « corriger », par la « menace » ou « la peine » qui devrait pousser le malade à se « repentir » et le médecin, par conséquent, à « pardonner » ou à faire « grâce ». Il situe leur relation dans une opposition entre « le mal » et « le bien », et se présente à la fois comme étant sévère devant cette « faute » et « généreux sans réserve » devant le repentir du malade. Guérir, c'est parfois punir, selon Leuret, et c'est là à mon sens que repose le chevauchement entre le moral et la morale. La punition thérapeutique que constitue la douche froide permet au médecin de redresser la moralité du malade, même si cette guérison passe par un processus de mise en scène, de simulation ou de dissimulation, car il s'agit d'une éducation progressive du bon comportement et des bonnes mœurs. La dimension punitive des douches n'est pas simplement masquée derrière un écran thérapeutique, car Leuret l'expose comme telle à ses patients : « Je veux, dit-il à un de ses patients, vous épargner l'humiliation de la douche, de cette punition que je n'inflige qu'aux hommes méchants, aux menteurs et aux mauvais sujets. Vous, honnête garçon, bon ouvrier, vous y exposerez-vous ? »⁶⁹ Lors de la publication en 1840 de son traité *Du traitement moral de la folie*, dans lequel il reproduit certaines parties de son article sur les douches, Leuret

68 La Berge et Monneret 1843, 275. Je souligne.

69 Leuret 1840, 407.

atténuée cette équivalence entre la guérison et la punition : « [M] on objet n'est pas de punir, mais de guérir. »⁷⁰ Cette affirmation vient à l'encontre des critiques que certains médecins ont émises contre la violence de ses méthodes thérapeutiques, notamment des douches⁷¹. Cependant, leurs effets répressifs sont reconnus par de nombreux aliénistes, notamment par ceux qui cherchent à identifier les meilleurs moyens de traiter le suicide, et les maladies mentales dont il est le symptôme, notamment dans les cas de refus d'aliments⁷². Falret les classe parmi les moyens de répression, bien qu'il soit partagé sur la durée de l'efficacité de ces douches⁷³. Pour Brierre de Boismont, elles représentent un des « moyens coercitifs », « un moyen énergique, vigoureux, puissant, à la hauteur de l'opiniâtreté de l'aliéné » suicidaire⁷⁴. Mentionnons encore Bertrand, qui conseille l'emploi des douches et des bains froids « donnés par surprise », particulièrement dans le cas de refus de nourriture. Si la persuasion, la tendresse et l'affection ne produisent aucun effet sur le suicidaire qui refuse de se nourrir, alors il faut « frapper énergiquement l'imagination des malades par quelque appareil propre à les effrayer et à leur faire craindre un mal plus grand que la douleur morale qu'ils éprouvent »⁷⁵. Enfin, dans ces cas, si les douches échouent, « il faut recourir à l'introduction forcée de substances alimentaires dans l'estomac »⁷⁶.

Le traitement moral

Avec le traitement moral des fous s'établit une nouvelle conception de la folie, dès lors considérée comme étant disposée à la guérison. Cette nouvelle approche du traitement de la folie, comme point crucial de la genèse de la psychiatrie moderne,

70 Leuret 1840, 206.

71 Leuret 1840, 162.

72 Voir Esquirol 1838, t. 1, 661-662 ; Guislain 1826, 36-40.

73 Falret 1822, 257-258.

74 Brierre de Boismont 1856, 627.

75 Bertrand 1857, 338.

76 Bertrand 1857, 338.

a déjà fait l'objet d'un grand nombre d'études critiques⁷⁷. De ce traitement découle également un nouveau rapport entre le médecin et l'aliéné qui permet au médecin d'entrer en dialogue avec le fou, de modifier son raisonnement et sa volonté⁷⁸. À partir des années 1780, Pinel parle d'un « régime moral » ou d'un « traitement moral » de la folie, qui s'oppose aux moyens physiques et répressifs pratiqués jusqu'à cette époque-là⁷⁹. À partir de ce moment, l'aliénation mentale est distinguée des autres types de déviations sociales et des criminels⁸⁰. Elle fait donc l'objet d'une catégorie distincte de la population, à laquelle on reconnaît une certaine existence de la raison, destinée ainsi au traitement médical. En ce sens, par le traitement moral, l'aliéné redevient sujet, avec lequel le médecin peut entrer en relation, en « dialogue », bien que cette relation reste, selon Swain, « hors de la réciprocité »⁸¹. À la violence des contraintes et des traitements physiques imposés aux fous, Pinel oppose un traitement caractérisé par la douceur, la bienveillance, la consolation, la fermeté aussi, de l'aliéniste envers son malade. Or, comme Jacques Postel le montre, Pinel inscrit cette nouvelle approche thérapeutique dans le cadre hospitalier, prévoyant par-là, déjà, tout un appareil médical que représente l'asile d'aliénés et qui prendra en charge l'ensemble de la vie des patients⁸². Très vite, cette notion de traitement de la folie par la douceur verra ses limites et sera modifiée par les générations successives d'aliénistes. À la douceur, à la consolation, à la moralisation aussi de la raison du fou, les aliénistes apporteront des moyens de répression, de discipline, mais également une nouvelle articulation entre le traitement moral et le traitement physique⁸³.

Dès les travaux de Pinel, le traitement moral articule la douceur et la consolation, d'un côté, et la répression et l'exercice

77 Voir, entre autres, Castel, R. 1970, 10-129 ; Swain 1977 ; Postel, J. 1979a ; Swain/Gauchet 1980 ; Weiner 1990 ; Swain 1994b ; Weiner 1999 ; Pigeaud 2001 ; Charland 2007.

78 Postel, J./Quétel 2012, 153.

79 Pinel [1789] 1981, 192-196.

80 Eymann 2006, 198.

81 Swain 1994b, 109.

82 Postel, J. 1981, 192.

83 Scull 1975, 218-251.

de l'autorité, de l'autre⁸⁴ ; une approche qui émerge en réaction au traitement violent des aliénés aux siècles précédents. On a longtemps attribué à Pinel d'avoir libéré les fous de leurs chaînes, un mythe fondateur qui a depuis été déconstruit par de nombreux critiques en montrant son instrumentalisation, ainsi que des sources diverses de cette transformation thérapeutique⁸⁵. Il y va d'une transformation du paradigme du fou, qui passe de l'insensé, hors d'atteinte et au-delà de la raison, à un sujet qui « déraisonne » et qui maintient une part de sa raison. Ce qui amène les aliénistes à reconsidérer la relation entre le médecin et son malade. Dans son traité sur le suicide, de 1822, Falret décrit la façon selon laquelle l'aliéniste doit se comporter et dialoguer avec le patient aliéné :

Le médecin doit alors paraître à leurs yeux avec un extérieur prévenant, avec l'intérêt le plus tendre et le plus empressé. Pour s'emparer de la confiance d'un malade, on doit rarement heurter ses penchants [...]. Il faudra fixer leur attention sur les objets qui leur sont les plus chers, ne leur offrir d'abord que des images riantes et de nouveaux moyens de bonheur. Que tous ceux qui les environnent soient remplis de prévenances et d'égards ; que tout le monde s'occupe de soigner le corps, de consoler l'esprit ; voilà ce qui peut gagner la confiance et donner le courage de supporter la vie à celui qui traîne ses jours dans la douleur⁸⁶.

Or, la notion de *consolation*, utilisée par les aliénistes eux-mêmes, est issue d'un contexte religieux, qu'ils s'approprient⁸⁷. Plus encore, au début du 19^e siècle, le traitement « moral » des fous est pratiqué autant par les religieux, qui dirigent des hospices destinés aux aliénés, que par les aliénistes⁸⁸. De là émerge un conflit de terrain, d'expertise et d'approche, et donc, comme Jan Goldstein le montre, une distinction entre le traitement moral religieux et le traitement moral philosophique des aliénistes⁸⁹. Dès lors que l'on admet la prédominance des causes morales dans

84 Goldstein 1997a, 128.

85 Sur la construction de ce mythe, voir Swain 1977 ; Postel, J. 1979, 197-244 ; Postel, J. 1981, 33-71 ; Juchet et Postel, J. 1996, 189-198.

86 Falret 1822, 242-243.

87 Guillemain 2004, 171.

88 Goldstein 1997a, 22 ; Guillemain 2004 ; 2006.

89 Goldstein 1997a, 277.

la folie et le suicide, les premiers aliénistes – et Pinel en chef de file – revendiquent l'usage des « remèdes moraux »⁹⁰. Comme Robertet l'affirme : « Le suicide est une maladie morale. Donc il demande une médecine morale. »⁹¹ Mais il précise ensuite : « Puisqu'il faut laisser à l'humanité ses passions, il faudra les *moraliser*. »⁹² L'éducation morale⁹³ représente ainsi un des meilleurs moyens de soigner les suicidaires et les aliénés.

Il y va, en effet, d'un conflit de pouvoir entre les aliénistes et les religieux, aggravé notamment par une concurrence dans le milieu asilaire lui-même⁹⁴. Malgré l'hostilité des premiers aliénistes envers la présence des ecclésiastiques dans le milieu asilaire – due en partie à une quête de légitimation disciplinaire et au besoin d'établir le savoir et la pratique de cette nouvelle branche médicale –, ces deux pratiques de traitement moral continuent à coexister dans certains asiles. Goldstein cite le cas des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul dans l'Asile de Rennes entre les années 1830 et 1840⁹⁵. Dans son étude des asiles laïcs et les asiles dirigés par les frères de Saint-Jean de Dieu, Hervé Guillemain, quant à lui, montre à quel point leurs conceptions du traitement moral sont proches⁹⁶. Il insiste également sur le clivage entre l'image d'une « profession en construction », d'un côté, et la pratique thérapeutique religieuse encore en développement au milieu du 19^e siècle, de l'autre⁹⁷.

Ce conflit de terrain est exemplifié par Joseph-Xavier Tissot (1780-1864, dit Frère Hilarion), un religieux de l'Ordre de Saint-Jean de Dieu, connu pour avoir fondé une douzaine

90 Goldstein 1997a, 200-207.

91 Robertet 1848 (Prix Civrieux, no 8), 93.

92 Robertet 1848, 95. Je souligne.

93 Selon la facture d'une commande de livres pour la maison de Bicêtre (Bicêtre Q, AP-HP), datée du 27 mars 1843, auprès de la librairie de Langlois et Leclercq, à Paris, les livres commandés sont : deux cours de morale sociale, par Théophile Dinocourt (1839), mais aussi des « leçons primaires de littérature et de morale », des « lectures morales », un ouvrage sur l'histoire de la France, ainsi que d'autres sur la langue et la littérature françaises, la conjugaison et l'arithmétique.

94 Guillemain 2004, 198.

95 Guillemain 2004, 219-225.

96 Guillemain 2004, 86 ; Guillemain 2006, 39.

97 Guillemain 2004, 37.

d'asiles religieux pour les aliénés dans les années 1820 et 1830. Joseph-Xavier Tissot attribue l'augmentation du nombre d'aliénés en France à l'abandon des valeurs religieuses. Suivant son argumentation, les institutions religieuses sont les mieux disposées à soigner les aliénés, mais aussi à prévenir le suicide⁹⁸. La démarche thérapeutique de Tissot ne rejette pas entièrement les avancées médicales des aliénistes. En effet, il adopte plus ou moins leurs classifications nosologiques des maladies mentales⁹⁹, notamment l'existence de la « monomanie-suicide »¹⁰⁰. Sa critique repose plutôt sur la manière selon laquelle les aliénistes, dépourvus de foi et rejetant les influences surnaturelles, soignent ces malades. Selon lui, « Pinel, Fodéré, Broussais, Esquirol et autres, s'étant égarés dans de fausses voies, et marchant dans les ténèbres, ont inventé une multitude de faux systèmes »¹⁰¹. Dans plusieurs de ses textes, il se vante de l'absence totale de suicides dans ses asiles, due, d'après lui, à une démarche thérapeutique qui se base sur les valeurs religieuses¹⁰². Il consacre même un mémoire sur la question du suicide des aliénés, dans lequel il présente ses moyens de le prévenir et de le guérir¹⁰³. Dans cette ambiance méfiante, voire hostile, entre les aliénistes et les religieux dans le contexte asilaire, Tissot trouve un allié improbable en Falret, non seulement sur cette question du suicide, mais aussi sur le rôle que les ecclésiastiques doivent jouer dans les soins des aliénés. Dans les années 1830, Falret rend visite à Tissot dans le Lot, où Tissot avait fondé un de ses asiles d'aliénés¹⁰⁴. Dans un mémoire publié en 1845, Falret reconnaît quitter la « doctrine » de ses maîtres, notamment de Pinel et d'Esquirol, en valorisant des principes religieux au sein du traitement médical de la folie

98 Tissot, J.-X. 1856, 25-26.

99 Tissot, J.-X. 1850, 9.

100 Tissot, J.-X. 1850, 64.

101 Tissot, J.-X. 1850, 20.

102 Tissot, J.-X. 1856, 26 et 61.

103 Tissot, J.-X. s.d. (sans doute les années 1850).

104 Voir Goldstein 1997a, 303.

– une position qui restait à cette époque encore minoritaire¹⁰⁵. Dans son article sur l'utilité de la religion dans les soins des maladies mentales, il défend le rôle bénéfique et préventif qu'elle peut jouer dans chaque classe d'aliénation mentale, notamment dans la mélancolie-suicide¹⁰⁶. Ce point de vue est partagé par les aliénistes des années 1850 et 1860, qui internalisent la religion et voient dans son absence une cause morale importante et dans son application un remède efficace.

La mise en scène thérapeutique

Le rapport entre l'aliéniste et le patient revient non seulement à l'écoute, à la douceur et à la consolation, au dialogue donc, mais encore à une relation de mise en scène, une théâtralité par laquelle le médecin parvient à opposer des contre-mesures aux passions et aux délires du malade. Comme on l'a vu, certains aliénistes parlent de « stratagèmes »¹⁰⁷ ou de ruses, par lesquels ils parviennent à « entrer » dans le délire de l'aliéné, afin de le contourner ou le déjouer. Par ce procédé, il y va d'une manipulation, d'un pouvoir que l'aliéniste exerce sur la raison du malade. Citons quelques exemples décrits par Georget :

Un malade croit avoir des serpents dans le ventre ; on lui administre un purgatif ou un vomitif, ayant le soin de glisser adroitement un de ces animaux au milieu des matières rendues, et l'idée déraisonnable disparaît. Une jeune femme aliénée croit avoir une petite bête dans la tête ; M. Esquirol caresse cette idée, propose ensuite une opération ; on incise la peau du crâne, on montre à la malade un insecte, et de cette époque le délire cesse¹⁰⁸.

105 Goldstein 1997a, 300. Comme Goldstein le montre, en 1841, Falret crée une place pour un auxiliaire ecclésiastique dans son service à la Salpêtrière, qui fut occupée par l'abbé Christophe. Voir Falret 1845a. Ce texte est enfoui dans un long article (Falret 1845b), paru dans les *Annales médico-psychologiques*.

106 Falret 1845b, 96-97.

107 La Berge/Monneret 1843, 538.

108 Georget 1823, 77.

Rendre un suicidaire malade d'une affection que le médecin peut ensuite guérir, dans le but de lui donner une envie de vivre, rentre dans le cadre de ce type de procédé thérapeutique¹⁰⁹. Ces démarches relèvent d'un autre versant du traitement moral, qui revient à « combattre » ou à « détruire » une idée délirante par un « choc » ou un basculement de la pensée et de l'imagination. La théâtralité joue un rôle déterminant dans une telle approche¹¹⁰. Dans son *Traité médico-philosophique*, Pinel rapporte le cas d'un jeune homme dont l'état maniaque résiste à la douceur du traitement moral, suite à laquelle Pussin cherche à produire « l'impression d'une crainte vive » par le bruit des chaînes¹¹¹. Pinel appelle cette mise en scène de la menace et de la punition un « appareil de crainte », qui s'oppose aux « idées dominantes » et à « l'obstination inflexible » de l'aliéné¹¹². Par l'artifice de la ruse et de la simulation, sans aller jusqu'à mettre la violence menacée en acte, Pinel crée les conditions pour un « combat intérieur » du malade¹¹³. » Dans un autre cas de « stratagème » théâtral, Pinel et Pussin mettent en scène le jugement d'un tailleur aliéné, impressionné par les condamnations et les exécutions qui ont eu lieu au cours de la Révolution et convaincu de sa propre culpabilité et de sa mort prochaine¹¹⁴ :

Je me concerte donc avec trois jeunes médecins, écrit Pinel, et je charge du principal rôle celui qui a l'air le plus grave et le plus imposant. Ces commissaires en habit noir et avec tout l'appareil de l'autorité, se rangent autour d'une table et font comparaître le mélancolique. On l'interroge sur sa profession, sa conduite antérieure, les journaux dont il faisait sa lecture favorite, son patriotisme. L'accusé rapporte tout ce qu'il a dit, tout ce qu'il a fait, et provoque son jugement définitif, parce qu'il ne se croit

109 Falret 1822, 238.

110 Goldstein 1997a, 124, 128-129, 135.

111 Pinel an VII, 224-225. Voir également Pinel an IX/1800b, 59-61. Voir Goldstein 1997a, 121-122.

112 Pinel an VII, 225.

113 Huneman 2014.

114 Pinel an IX (1800b), 233-234.

point coupable. Pour ébranler alors plus fortement son imagination, le président du petit comité prononce à haute voix la sentence¹¹⁵.

Malgré quelques améliorations suite à cette mise en scène, le malade retombe dans son état mélancolique, que Pinel déclare incurable.

Dans le rapport entre l'aliéniste et son malade, il y va donc d'un équilibre entre deux approches, l'une qui vise à établir la confiance par l'écoute et la bienveillance, l'autre qui cherche à rediriger l'attention du malade par des moyens plus puissants et que les aliénistes, comme Esquirol puis Leuret, appellent la « médecine perturbatrice » 116. Il s'agit d'attaquer de face une passion ou une erreur de pensée, « de substituer à une passion imaginaire, une passion réelle »¹¹⁷.

La répression

Cette notion de médecine perturbatrice, par la répression et le choc, constitue un des trois moyens principaux du traitement moral, avec l'isolement, d'un côté, et les distractions et le travail, de l'autre. Comme on l'a vu, la répression, les contraintes et l'intimidation jouent un double rôle dans le traitement moral des aliénés, celui du contrôle et celui de la protection des malades¹¹⁸. En exerçant son autorité, la répression permet à l'aliéniste de discipliner l'aliéné, de l'« oblig[er] de s'observer » et de le forcer à se conformer à la vie réglée du quotidien de l'asile¹¹⁹. Elle vient en complément à la douceur et à la consolation, en « provoqu[ant] de fortes émotions » chez le malade¹²⁰. Pour Esquirol, les contraintes imposées par l'aliéniste peuvent pousser certains suicidaires à

115 Pinel an IX (1800b), 235-236. Voir Goldstein 1997a, 123-124.

116 Esquirol (1816) 1838, t. 1, 132-133 ; Leuret 1840, 73.

117 Esquirol [1816] 1838, t. 1, 133-134.

118 York 2009, 215-230. Voir Guislain 1826, t. 2, 260-276.

119 Lagardelle 1878, 96.

120 Lagardelle 1878, 100.

renoncer à leur envie de se donner la mort, « lorsqu'on leur a ôté tout moyen de se détruire, lorsqu'on les a convaincus qu'on les fera vivre malgré leur résistance »¹²¹. Il faut, selon lui, produire des « commotions morales » en « frapp[ant] l'imagination des malades par quelque appareil propre à les effrayer et à leur faire craindre un mal plus grand que la douleur morale qu'ils éprouvent »¹²².

Dans son traité de 1822, Falret parle des moyens répressifs en termes de « punition », qui sont parfois nécessaires pour discipliner les aliénés suicidaires. Il faut « infliger des punitions pour l'intérêt de ces infortunés », mais aussi « pour maintenir l'ordre dans l'établissement »¹²³. Il passe en revue plusieurs de ces moyens, notamment l'isolement temporaire de l'aliéné suicidaire des autres malades et la « réclusion dans une chambre obscure »¹²⁴. Dans d'autres cas, « il est nécessaire d'appliquer une camisole à sangles, de la serrer fortement, et de produire une vive rétraction des épaules en arrière », afin de « contraindre les plus rebelles »¹²⁵. La douche froide peut parfois être utile, bien que Falret ne la trouve pas toujours très efficace. Enfin, il parle plus longuement de l'usage de la machine rotatoire d'Érasme Darwin, un moyen violent dont le but est d'ébranler « toute l'économie animale », afin de « changer les résolutions des aliénés qui ont de la tendance au suicide »¹²⁶. Il décrit « la sensation pénible, vive et instantanée qu'elle fait naître, par les vertiges, les nausées, le vomissement qu'elle détermine », « par la peur qu'excitent, soit l'aspect de l'appareil et de la manière dont on s'en sert, soit le danger apparent d'être lancé hors de la machine, et d'être blessé grièvement »¹²⁷. Falret la considère comme particulièrement appropriée et stimulante pour « les aliénés tranquilles, mornes et pensifs », des caractéristiques souvent identifiées chez les mélancoliques suicidaires. Falret a lui-même testé cette machine à l'Hôpital des aliénés de Zurich, ce qui l'a fait douter de l'efficacité

121 Esquirol 1838, t. 1, 657. Je souligne.

122 Esquirol 1838, t. 1, 661.

123 Falret 1822, 256.

124 Falret 1822, 257.

125 Falret 1822, 257.

126 Falret 1822, 259.

127 Falret 1822, 258.

d'une telle méthode. Il a décrit son expérience de la manière suivante : « [J]'ai ressenti une douleur affreuse, j'ai été dans un danger imminent d'une apoplexie ; le souvenir de ce pénible état me fera mieux résister dorénavant à la séduction des autorités, et m'inspirera plus de réserve dans l'emploi des moyens énergiques et perturbateurs. »¹²⁸ Il en conclut qu'il faut « l'employer le plus rarement possible »¹²⁹. Tout en reconnaissant l'utilité que ces moyens présentent dans certains cas, il affirme qu'il faut limiter la violence de tels moyens, car leur abus ne fera qu'« ôter à l'homme le dernier sentiment de sa dignité, lui inspirer un désir profond de vengeance, et le précipiter dans l'incurabilité »¹³⁰.

Enfin, dans son traité sur le suicide de 1856, Brierre de Boismont critique l'abus de l'intimidation et des moyens de coercition. Cependant, il voit leur efficacité et leur nécessité dans les cas où l'aliéné suicidaire refuse de se nourrir. Nourrir l'aliéné « à l'aide de la sonde œsophagienne » fonctionne non seulement comme un moyen de sauver le malade de la mort, mais il constitue également une menace. En effet, la douleur de ce procédé et la peur de suffocation qu'il produit suffisent, selon lui, à encourager l'aliéné à manger et à se soumettre à son traitement. Brierre de Boismont présente sa méthode, dont le but, dit-il, n'est pas seulement de nourrir le malade, mais aussi de « triompher dès le début de la perversion de l'instinct »¹³¹. Si l'aliéné refuse pendant plusieurs jours de se nourrir, Brierre de Boismont le menace de recourir à « un traitement douloureux qui lui fera beaucoup de mal »¹³², tout en montrant son regret de devoir utiliser un tel traitement. Certains cèdent devant la menace, mais la plupart, explique-t-il, résistent. Dans ce cas,

nous faisons camisolier le patient, qu'on assujettit dans un fauteuil de force. Nous introduisons ensuite dans l'une des fosses nasales la sonde œsophagienne ordinaire [...] ; un aide ferme la bouche avec sa main ou une serviette ; un autre applique ses

128 Falret 1822, 259.

129 Falret 1822, 260.

130 Falret 1822, 256.

131 Brierre de Boismont 1856, 627.

132 Brierre de Boismont 1856, 628.

doigts sur la narine restée libre, et nous versons le bouillon, le tapioka [*sic*], etc., à l'aide d'un entonnoir. [...] Le malade fait tous les efforts pour ne pas avaler, mais en cherchant à respirer, il est contraint de pratiquer la déglutition. [...] Il y a ici une véritable lutte, des symptômes d'asphyxie commençante, un aspect capable d'effrayer¹³³.

Une seule fois suffit, affirme-t-il, pour que l'aliéné recommence à manger. Dès lors, « la terreur de la sonde agit quelquefois comme une véritable révulsion morale »¹³⁴. Cet aliéniste trouve utiles certains autres moyens coercitifs dans les cas où les suicidaires sont obstinément déterminés à se donner la mort. Là encore, il met en valeur l'équilibre entre la fermeté et la douceur, entre l'usage des moyens coercitifs, d'un côté, et une bienveillance de l'aliéniste envers son malade, de l'autre, qu'il peut manifester par un langage qui « témoigne du regret » d'être « réduits à cette dure extrémité »¹³⁵. La douleur et la peur que ces moyens produisent ne sont donc pas des conséquences secondaires, mais ils font partie intégrante du traitement. En préconisant l'usage de certaines mesures restrictives, Briere de Boismont critique le principe de *non-restraint* défendu par l'aliéniste anglais John Conolly (1794-1866)¹³⁶.

En 1860, Morel lui aussi défend cette approche thérapeutique, à laquelle il consacre un long mémoire¹³⁷. Il défend cette approche même dans les cas de suicidaires, pour lesquels il conseille une surveillance particulière et la restriction d'accès aux « instruments à l'aide desquels ils pourraient accomplir leurs funestes desseins ; mais, poursuit-il, on ne perdra pas de vue que si l'on veut obtenir leur guérison, la camisole de force est le dernier moyen qu'il faille mettre en usage, car c'est augmenter leur irritabilité, entretenir leurs idées de désespoir

133 Briere de Boismont 1856, 628.

134 Briere de Boismont 1856, 628.

135 Briere de Boismont 1856, 630.

136 Voir Briere de Boismont 1844b et 1844c. Voir également Anonyme 1852, 56.

137 Morel 1860b, 37. L'efficacité du *non-restraint* est remise en question par l'aliéniste Auguste-Stanislas Bécoulet 1882, 54. Dans le cas des aliénés suicidaires, Bécoulet affirme que la surveillance seule ne suffit pas et défend l'usage de la camisole de force.

et les tourmenter en pure perte »¹³⁸. Pour Morel, il ne suffit pas seulement de prévenir, mais il faut également tenter de guérir la suicidalité, ce qui s'oppose selon lui à l'usage des moyens coercitifs. Comme Laurence Guignard le montre, ces moyens coercitifs et de contention ont un effet contre-productif dans la prévention du suicide, plus spécifiquement dans le milieu carcéral¹³⁹.

L'isolement

L'isolement constitue l'un des moyens les plus importants du traitement moral, notamment en ce qui concerne le suicide. Comme Louis de la Berge le souligne, il faut tout d'abord distinguer les deux compréhensions que cette notion avait à cette époque. Il y a, d'un côté, *l'isolement absolu*, « qui consiste à enfermer l'aliéné dans une cellule, dans une loge, où il reste complètement seul », et de l'autre, *l'isolement relatif*, « qui consiste à placer le malade dans un établissement consacré aux aliénés, pour l'isoler de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, pour le soustraire à toutes ses habitudes »¹⁴⁰. Dans le traitement du suicide, comme de la folie en général, il y va surtout de ce second type d'isolement. Plus encore, l'isolement absolu est considéré comme étant tout particulièrement dangereux pour les suicidaires, qui nécessitent une surveillance accrue. Selon Esquirol, les suicidaires qui se trouvent dans des établissements publics « ne doivent pas être placés dans des cellules isolées »¹⁴¹. Dans l'isolement relatif, en revanche, il s'agit de soustraire le malade aux influences extérieures néfastes, d'un côté, et de l'inscrire dans un environnement thérapeutique que représente l'hôpital psychiatrique, de l'autre, où toutes les conditions de la vie de l'aliéné sont maîtrisées par le personnel soignant et l'architecture même de l'établissement. En ce sens, isoler les aliénés de toutes influences externes pathogènes – qu'elles soient liées aux événements politiques, aux spécificités professionnelles, ou encore

138 Morel 1860b, 42.

139 Guignard 2018.

140 La Berge/Monneret 1843, 537.

141 Esquirol 1838, t. 1, 660.

aux mauvaises mœurs qui se démultiplient tout particulièrement dans les grandes villes – constitue le fondement même du traitement moral. Ce qui justifie l'établissement du nouveau milieu thérapeutique que représente l'hôpital psychiatrique. Selon Georges Lantéri-Laura, entre l'abrogation des lettres de cachet en 1790 et la loi de 1838, la privation de la liberté des aliénés est soumise à peu de conditions juridiques¹⁴². Ainsi, l'isolement est considéré non pas comme une mesure coercitive ou une punition, mais bien comme une condition indispensable du traitement de la folie. En 1832, Esquirol présente un mémoire à l'Institut, dans lequel il défend la nécessité d'une législation concernant la privation de la liberté des aliénés et l'utilité de leur isolement à des fins thérapeutiques¹⁴³.

Dans son *Traité médico-philosophique*, Pinel insiste sur l'importance d'isoler les aliénés de leurs proches, ce qui découle de l'expérience qui montre que « les aliénés ne peuvent presque jamais être guéris au sein de leur famille »¹⁴⁴. En se référant à l'hôpital anglais de Bethlehem (Bedlam), à Londres, et à la Salpêtrière, il remarque que les visites des personnes du dehors sont strictement réglementées et nécessitent une permission expresse¹⁴⁵. Il explique cette nécessité de l'isolement en se référant à l'aliéniste anglais John Haslam (1764-1844), selon lequel, au sein de sa famille, l'aliéné « vit toujours agité », tandis qu'à l'asile, « l'interruption de toute communication avec ses proches, la privation des personnes accoutumées à lui obéir, et l'idée d'être sous la dépendance d'un étranger, et de ne pouvoir se livrer librement à ses caprices, donneront sans cesse de l'exercice à sa pensée, s'il en est susceptible »¹⁴⁶. Aussi longtemps que l'aliéné n'est pas en convalescence, tout contact avec les proches peut aggraver son état ou faire ressurgir son délire et son agitation.

L'importance de l'isolement met également en évidence les nombreuses causes sociales que les aliénistes énumèrent dans

142 Lantéri-Laura 1996a ; Fauvel 2003, 10-11 ; Coffin 2009, 755-756.

143 Esquirol [1832] 1838, t. 2, 743-789.

144 Pinel 1809, 256.

145 Pinel 1809, 256.

146 Pinel 1809, 257. Voir Haslam 1798, spéc. 133-134.

leurs études sur la folie et le suicide. S'il faut éloigner le malade de sa famille, cela n'est pas dû au seul fait que les proches de l'aliéné ne disposent pas d'outils nécessaires pour le guérir, mais cela tient surtout au fait que la famille, et les chagrins qu'elle produit, est souvent considérée comme une cause majeure de l'aliénation mentale. En effet, parmi les causes morales du suicide, les « chagrins domestiques » figurent en tête de liste¹⁴⁷. Esquirol donne comme exemple les pleurs et les inquiétudes de la femme devant la lypémanie de son mari, ce qui ne fait que créer pour lui de « nouveaux motifs » pour se détruire¹⁴⁸. Outre l'éloignement du malade de ces influences, le lieu d'isolement est lui-même fondamental : « Dans quel lieu se fera l'isolement ? Nous l'avons déjà dit, écrit Esquirol, l'aliéné sera placé dans une maison consacrée au traitement des maladies mentales. »¹⁴⁹ Face aux critiques que certains ont pu avancer contre ce type d'isolement, portant principalement sur le fait que le malade se trouve entouré de toute une population d'aliénés, Esquirol avance le contre-argument selon lequel l'isolement, dans un hôpital psychiatrique spécifiquement aménagé pour le traitement des aliénés, permet au malade de « vivre en dehors », de « s'oublier » ; l'isolement le force à « réfléchir sur [son] état »¹⁵⁰. Comme Esquirol l'explique en 1832 dans un mémoire consacré à la dimension médico-légale de cette pratique, « [l']isolement a pour but de modifier la direction vicieuse de l'intelligence et des affections des aliénés : c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile, pour combattre les maladies mentales »¹⁵¹. Ainsi retiré du monde extérieur et familial, l'aliéné éprouve « des sensations nouvelles », car l'isolement lui permet de « rompre » avec les idées qui le pourchassent, et surtout de céder au pouvoir du médecin. Contraindre l'aliéné à un espace hospitalier spécifique facilite ainsi sa soumission aux règlements de l'asile et à la discipline qu'instaure et dirige le « chef », car « [d]ans une maison d'aliénés, il doit y avoir un chef et rien qu'un

147 Esquirol 1838, t. 1, 122.

148 Esquirol 1838, t. 1, 122.

149 Esquirol 1838, t. 1, 124.

150 Esquirol 1838, t. 1, 124.

151 Esquirol [1832] 1838, t. 2, 745.

chef de qui tout doit ressortir »¹⁵². Il est important de noter que cet usage du terme « chef », déjà décrit par Pinel comme « un centre général d'autorité qui décide sans appel »¹⁵³, n'est pas ici arbitraire. En effet, l'asile d'aliénés est conçu comme une société à part et autonome, avec une structure de gouvernance hiérarchique, voire monarchique et indiscutable, ou « sans appel ».

Dans le cas du suicide, l'isolement est particulièrement urgent et nécessaire, car il permet de soustraire l'individu aux causes morales et sociales qui proviennent de sa vie quotidienne, de limiter l'accès aux moyens pour se suicider, mais aussi d'en assurer une meilleure surveillance. Comme Falret l'affirme, « [i] est presque impossible, dans la maison du malade, de prévenir l'accomplissement de ses projets meurtriers »¹⁵⁴, car les domestiques obéissent à leur maître et les parents ne sont pas assez fermes. Cazauvieilh partage cet avis, lorsqu'il affirme que « [l]e seul moyen précieux pour combattre l'aliénation mentale et prévenir le suicide, c'est l'isolement »¹⁵⁵. À l'asile, ce ne sont pas seulement les médecins et les gardiens qui assurent la surveillance, mais aussi les malades eux-mêmes. Dans le cas des suicidaires, la plupart des aliénistes concluent qu'ils doivent être logés dans des salles communes, car « leur réunion donne l'avantage d'une surveillance réciproque »¹⁵⁶. Pour Brierre de Boismont aussi, l'isolement du suicidaire est fondamental pour la prévention du passage à l'acte. Il se plaint même d'une prise en charge souvent trop tardive ou trop courte, qui empêche de protéger le suicidaire des chagrins domestiques, des revers de fortune et d'autres causes sociales et morales qui proviennent de sa vie¹⁵⁷. Dans la même logique d'isolement, les aliénistes de la seconde moitié du siècle débattent les bienfaits des « colonies » pour aliénés et examinent les projets déjà mis en pratique, notamment la colonie de Gheel¹⁵⁸.

152 Esquirol 1838, t. 1, 126.

153 Pinel 1809, 243. Voir Fauvel 2002, 203.

154 Falret 1822, 241. Voir également Esquirol [1832] 1838, t. 2, 777.

155 Cazauvieilh 1840, 306.

156 Cazauvieilh 1840, 242.

157 Brierre de Boismont 1856, 623. Voir également Lagardelle 1878, 95.

158 Brierre de Boismont 1862, 247-253.

Le travail et les distractions

Dès lors que l'aliéné est éloigné des impressions irritantes du monde extérieur par l'isolement, l'étape suivante est de rediriger son attention et de le soumettre à un nouveau régime disciplinaire. Le travail représente, pour les aliénistes, l'une des meilleures manières de distraire son esprit et de lui imposer de bonnes mœurs. Dans une partie de son *Traité médico-philosophique*, intitulée « Exercices de corps variés, ou application à un travail mécanique, loi fondamentale de tout hospice d'Aliénés »¹⁵⁹, Pinel situe le travail des malades mentaux au cœur de leur traitement moral. Le travail garantit, selon lui, la bonne santé, les bonnes mœurs et l'ordre¹⁶⁰. Il en va de même pour les suicidaires. Selon Pinel, presque tous les aliénés, quel que soit le genre de folie dont ils souffrent, nécessitent une « occupation active », afin de lutter contre l'agitation « continuelle et vaine », « sans but », ou bien contre la tristesse et l'inertie¹⁶¹. Ainsi, le travail apporte un remède aux délires, il dirige et exerce la pensée, il permet de reconcentrer l'attention du malade. Passant en revue plusieurs types de travaux, qui seraient les plus appropriés pour les aliénés dans les hospices, Pinel accorde beaucoup d'importance aux travaux agricoles et manuels, qui représentent un bon moyen d'exercer le corps du malade. En effet, « féconder la terre » relève d'un « instinct naturel » de l'homme, qu'il peut déployer facilement dans ce contexte hospitalier.

Or, les avantages du travail des aliénés ne sont pas seulement thérapeutiques, mais aussi disciplinaires. En effet, il facilite le maintien de l'ordre dans l'asile et la cohabitation entre les malades. Le travail agit autant sur *le moral* du malade, par une activité qui demande une concentration et un engagement mental, que sur *le physique*, par l'exercice du corps et la fatigue qui le calment et lui permettent de mieux dormir¹⁶². Mais ce traitement agit également sur *la morale*. En montrant les sources pénitentiaires du travail des aliénés, Foucault affirme

159 Pinel 1809, 235-243. Voir également Pinel 1800b, 224-226.

160 Pinel 1809, 235.

161 Pinel 1809, 235.

162 Ferrus 1834, 265.

que la valeur thérapeutique du travail est imbue de moralité, car il représente pour les aliénistes une réponse à l'oisiveté du malade¹⁶³. Paresse, oisiveté, fatigue de vivre ou *tedium vitae*, lassitude, autant de termes moraux utilisés par les aliénistes pour décrire les causes de la folie et du suicide. Pinel parle en ces mêmes termes, en citant La Bruyère, pour comparer l'aliéné à l'enfant : « La paresse, l'indolence et l'oisiveté, vices si naturels aux enfants [...], disparaissent dans les jeux, où ils sont vifs, appliqués, exacts, amoureux des règles et de la symétrie. »¹⁶⁴ Les jeux sont aux enfants, ce que le travail est aux aliénés ; les deux activités apportent un cadre, engagent l'attention, et par conséquent offrent un moyen contre les « vices ». Ce qui constitue, dans le contexte pénitencier, un « contrôle moral » pour les prisonniers et un « profit économique » pour la société, est réduit, dans le contexte psychiatrique, à une fonction thérapeutique¹⁶⁵. Selon les aliénistes qui défendent l'utilité médicale de cette pratique, il ne s'agit pas de punir l'aliéné en le forçant à travailler, ni de profiter de lui financièrement au bénéfice de la société. Or, avant même la parution du traité de Pinel, Cabanis parle déjà de l'importance du travail des aliénés en termes de traitement, qu'il concilie en même temps avec la valeur financière qu'une telle activité peut apporter pour le fonctionnement des asiles¹⁶⁶ :

Un travail convenable, bien dirigé, bien approprié aux forces et aux dispositions présumées de chaque individu, non seulement diminuera sur-le-champ et d'une manière directe la dépense des hôpitaux, mais, de plus, les délivrera par degrés, d'une manière paisible, de ce surcroît de faux pauvres qui les surcharge. À l'égard des fous, le travail offre même des avantages particuliers : il fera partie de leur traitement. Pour les guérir de leur maladie, il faut souvent commencer par les guérir de leur oisiveté ; c'est-à-dire ceux qui sont capables d'une occupation quelconque¹⁶⁷.

163 Foucault 1972, 448-449.

164 Pinel 1809, 236.

165 Foucault 1972, 450.

166 Cabanis [1793] 1823, 293. Voir Paradis 1993, 75-76.

167 Cabanis [1793] 1823, 293.

Le premier avantage du travail des aliénés, qui préoccupe Cabanis, concerne les dépenses des asiles, très élevées et qui constituent un véritable problème pour leur fonctionnement. Comme Robert Castel l'affirme, l'« idéologie du traitement moral fournit une rationalisation immédiate aux tentatives de rentabilisation économique de l'asile »¹⁶⁸. Prenons le cas de l'Asile des aliénés de Saint-Yon, à Rouen, dans les années 1830, qui devient vite un modèle pour d'autres institutions¹⁶⁹. Frédéric Carbonel évoque les difficultés économiques et sociales des années 1836-1837, ainsi que l'obligation instituée par la loi de 1838 pour les départements de financer leurs hôpitaux psychiatriques¹⁷⁰. Face à ces problèmes financiers, l'usage du travail des aliénés dans cet asile augmente considérablement, permettant ainsi d'y remédier de façon pratique. Le médecin en chef de cet asile, Maximien Parchappe (1800-1866), fait un rapport sur la population et les traitements dans cet asile durant l'année 1842, dans lequel il décrit en détail le travail effectué par les aliénés. Il présente une liste des activités principales : le jardinage, le chauffage, l'entretien des bâtiments, l'entretien du mobilier, la lingerie et le blanchissage, auxquels il ajoute encore la fabrication des paillassons, des chapeaux de paille et des chaussons de fil de coton¹⁷¹. La plupart des travaux effectués par les aliénés étaient au service de l'asile et de son fonctionnement, allégeant considérablement les dépenses de base, notamment pour les aliments issus des travaux agricoles. Malgré les bénéfices économiques que le travail des aliénés apportait au fonctionnement de l'asile, cette activité était d'abord et avant tout définie comme un des éléments principaux de leur traitement. Dans son étude sur l'Asile de Stephansfeld, dans le Bas-Rhin, Lydie Couturier montre que la rémunération variait beaucoup d'un aliéné à l'autre, selon leur capacité à participer aux frais de leur propre traitement¹⁷². Elle cite des lettres écrites au préfet, dans lesquelles certains aliénés se plaignent des mauvaises conditions de travail

168 Castel, R. 1976, 257.

169 Charuty 1985, 70-78.

170 Carbonel 2005.

171 Parchappe 1844, cité par Carbonel 2005. Sur Parchappe, voir Grand 1995.

172 Couturier 2014, 73.

et de l'absence totale de rémunération¹⁷³. Dans cet asile, comme dans celui de Rouen, les produits alimentaires cultivés et d'autres travaux accomplis par les aliénés permettaient de diminuer les dépenses de l'établissement, des économies augmentées encore par la vente, à l'extérieur de l'asile, d'objets fabriqués par les malades. Les raisons qui motivent les aliénistes à imposer le travail manuel à leurs patients dépassent donc la justification thérapeutique qu'ils en donnent. Ce travail, et les conditions qui le déterminent, répondent au fonctionnement des asiles eux-mêmes, et posent des questions de traitement et de droits de l'homme. Considérées comme des abus, selon les dénonciations de certains patients eux-mêmes, les conditions de vie et de traitement s'inscrivent dans un mouvement plus vaste de critique des asiles, qui a produit des appels à des réformes, tout particulièrement dans le dernier tiers du 19^e siècle¹⁷⁴.

L'usage du travail comme moyen de traitement moral n'est pas appliqué également dans tous les asiles au début du 19^e siècle. L'aliéniste de l'Hospice de Bicêtre et inspecteur général des asiles d'aliénés depuis 1835, Guillaume Ferrus, remarque cette inégalité lors de ses visites aux différents établissements. Dans son *Rapport au Conseil général des hospices*, il rappelle l'article 13 de la loi du 4 juillet 1799, qui affirme que « [l]e Directoire fera introduire dans les hospices des travaux convenables à l'âge et aux infirmités de ceux qui y seront entretenus »¹⁷⁵. Ferrus propose que cette pratique soit appliquée également dans les hospices d'aliénés incurables. Suite à l'adoption de la loi de 1838, la question du travail des aliénés « comme moyen curatif » est abordée officiellement dans l'*Ordonnance royale du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés*. L'article 15 laisse l'usage et la gestion des produits de ce travail aux établissements

173 Couturier 2014, 73..

174 Sur le premier mouvement « anti-psychiatrique », voir Fauvel 2005, ainsi que Fauvel 2008.

175 Ferrus 1834 ; sur le travail des aliénés, voir Ferrus 1834, 258-266. Sur le travail des enfants dans les hôpitaux, voir Cabanis [1793] 1823, 361.

mêmes¹⁷⁶. Le règlement intérieur du 20 mars 1857¹⁷⁷, portant sur les asiles publics d'aliénés, y consacre une section entière comprenant 14 articles. Il précise que le but de ce travail concerne soit le traitement, soit la distraction pour les malades. Seul le médecin en chef décide qui peut et doit travailler, et détermine le genre de travail à entreprendre. Ferrus précise, cependant, que le travail des aliénés doit rester facultatif, à la discrétion des médecins et des surveillants, et qu'il doit être considéré par les aliénés « comme un agrément, une récompense même, et non comme un devoir »¹⁷⁸. À Bicêtre, une centaine d'aliénés font divers types de travaux, notamment des ouvrages de terrasse, de culture, de maçonnerie, de badigeonnage, de menuiserie, de serrurerie et de charpente¹⁷⁹. À ces travaux, il ajoute encore la filature et la « tisseranderie » [*sic*] car, comme il l'explique, « [elles] exigent de l'attention, de la patience, et peuvent être exécutées sans le secours d'aucun outil dangereux »¹⁸⁰.

Ces travaux nécessitent un aménagement de l'hôpital et de son terrain, afin de mettre cet espace thérapeutique à disposition des différents types d'activités. Un souci que Ferrus, comme inspecteur des asiles, n'ignore pas¹⁸¹. En se référant directement à Pinel, Falret affirme lui aussi la nécessité d'aménager tout hospice d'aliénés. Par exemple, il propose de construire « un vaste enclos », que l'on « convertit en une sorte de ferme, dont les travaux champêtres seraient à la charge des aliénés en état de travailler »¹⁸². La nécessité d'améliorer le traitement des malades mentaux amène les aliénistes à considérer les facteurs architecturaux des asiles comme éléments cruciaux de la

176 Article 15, *Ordonnance royale portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés*, 18 décembre 1839.

177 *Modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857, Asile publics d'aliénés, ministre de l'Intérieur, Administration générale et départementale, 3^e bureau, voir surtout la section XXI (Travail), articles 150-163.*

178 Ferrus 1834, 262.

179 Ferrus 1834, 262.

180 Ferrus 1834, 264.

181 Ferrus 1834, 264.

182 Falret 1822, 234.

thérapeutique¹⁸³. Dès lors, la planification architecturale des asiles n'est plus seulement l'affaire de l'architecte, mais repose fortement sur le savoir des aliénistes eux-mêmes¹⁸⁴. Suite à sa visite de tous les établissements consacrés aux aliénés en France, Esquirol rédige en 1818 un rapport très critique sur leur état et sur les mauvaises conditions de vie des aliénés. À la différence de tout autre hôpital, selon lui, une maison d'aliénés constitue « un instrument de guérison » – ou une « machine à guérir », selon les mots du chirurgien Jacques Tenon¹⁸⁵ –, qui, « entre les mains d'un médecin habile », peut devenir « l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales »¹⁸⁶. En ce sens, le plan d'un tel hospice ne doit pas être laissé « aux seuls architectes »¹⁸⁷, qui ne disposent pas du savoir médical nécessaire pour y parvenir.

Lorsqu'il s'agit de suicidalité, l'aménagement de l'hôpital psychiatrique devient d'autant plus important en vue de sa prévention, notamment en supprimant toute possibilité de se donner la mort. Ainsi, les aliénistes préconisent de loger les suicidaires dans des salles communes et non pas dans des cellules isolées, afin d'assurer une meilleure surveillance, mais ils précisent également l'importance de les loger au rez-de-chaussée, « afin d'éviter qu'ils ne se précipitent »¹⁸⁸. S'il s'avérait nécessaire d'isoler un aliéné suicidaire des autres malades, il pouvait être logé temporairement dans une cellule matelassée¹⁸⁹. Ainsi, devant le risque de suicide, l'asile servait à la fois de protection et de prévention. Par ailleurs, lors des discussions parmi les aliénistes français sur le principe de *non-restraint* préconisé et mis en pratique en Angleterre durant la première moitié du siècle, la question de l'architecture et de l'organisation des asiles s'est posée. L'aliéniste Eugène Billod visite l'Asile des idiots d'Earlwood, en Angleterre, et remarque que « le *no-restraint* consist[ait] beaucoup moins

183 Voir Laget 2004, 51-70 ; ainsi que Scull 1980, 37-60 ; Pinon 1989 ; York 2009, 180-184. Voir également Ackerknecht 1967.

184 Voir Stevenson 1993, 1506 ; ainsi que Forty 1980, 61-93 ; Lauro 2017.

185 Voir Foucault/Barret Kriegel/Thalamy/Béguin/Fortier 1976 ; Béguin 1976 ; Goldstein 1997a, 77-79.

186 Esquirol 1838, t. 2, 398.

187 Esquirol 1838, t. 2, 421.

188 Falret 1822, 242 ; Esquirol 1838, t. 1, 659.

189 York 2009, 231-233.

dans l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement et le régime des aliénés, que dans une organisation telle des asiles que l'emploi de ces moyens y devienne inutile »¹⁹⁰. Outre ces dimensions relatives à l'espace asilaire, il est aussi question de la formation des infirmiers et des surveillants, comme l'observe Bénédicte-Augustin Morel¹⁹¹.

Le travail comme moyen thérapeutique est conseillé et mis en pratique surtout pour les classes ouvrières. Les aliénés aisés étaient, quant à eux, considérés comme peu disposés au travail manuel et donc peu sensibles aux effets thérapeutiques qu'en tirent les malades pauvres. Devant cette question de classes, les aliénistes proposent à leurs patients riches diverses distractions et des activités de loisir. Cette distinction thérapeutique par classes, entre les ouvriers et les pauvres, d'un côté, et les riches, de l'autre, entre le travail manuel et les distractions divertissantes, perdure tout au long du siècle et, selon Jacques Postel, s'inscrit dans une nouvelle manière de gérer les rapports de classe. Selon lui, la « scientificité » n'est qu'une rationalisation apportée pour cacher un rapport de classe où la violence est entièrement confisquée à l'usage du « bon docteur », défenseur d'un certain ordre social dont la santé est une caractéristique importante¹⁹². La *Circulaire d'explication du modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857* consacre une section aux « occupations intellectuelles et distractions », et tout particulièrement l'article 164, qui précise :

Le travail manuel n'est pas le seul qui puisse heureusement influer sur l'état moral de l'aliéné. Des lectures faites individuellement ou en commun, des exercices de chant, des leçons de dessin et d'écriture, ont donné, dans les asiles, des résultats analogues. Quelques-uns y ont ajouté des promenades et des jeux (billard, quilles, volants, danses, etc.), et l'effet de ces divers moyens a été également favorable aux aliénés. Vous devez donc en recommander l'emploi¹⁹³.

190 Billod 1861, 409-421.

191 Morel 1860b, 40.

192 Postel 1981, 19.

193 Article 164, *Modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857*. Voir également Chevrey 1816, 46-47 ; Lafon 1846 (Prix Civrieux, no 1), 5.

La justification pour une telle division repose sur les habitudes et les mœurs des deux types de populations. Comme Brierre de Boismont l'explique dans son traité sur le suicide : « Plus on vit par le cerveau, moins on est disposé à se servir de ses bras. »¹⁹⁴ En ce sens, ne pas contraindre un aliéné aisé aux travaux manuels n'est pas seulement une question d'habitude sociale, mais une distinction morale, que les aliénistes n'osent pas transgresser. En reconnaissant les avantages particuliers du travail manuel, certains expriment leur regret de ne pas pouvoir appliquer ce type de traitement à leurs patients riches.

Comme on l'a déjà constaté, les aliénistes privilégient le travail des champs parmi les travaux manuels. Cazauvieilh fait exception à ce constat général, distinguant les habitants de la ville de ceux de la campagne¹⁹⁵. Selon lui, le travail physique et les exercices ne conviennent pas à ce deuxième groupe d'aliénés, qui fait justement l'objet de son traité sur le suicide, chez lequel le travail manuel constitue la pratique principale de leur quotidien. À la place de ce travail, qui relève de « l'instinct naturel » de l'homme et qui agit positivement sur le corps du malade, Falret propose aux aliénés aisés des jeux et d'autres loisirs. Il attribue cette différence thérapeutique à « la molle délicatesse des personnes riches » qui, elle, revient non simplement à leurs habitudes, mais qui leur est constitutive. Il recommande ainsi

les jeux du billard, de la paume, des boules, etc., les promenades faites à pied, à cheval, en voiture, soit en pleine campagne, soit par des chemins raboteux, qui, en imprimant de vives secousses, peuvent distraire l'esprit et régulariser les fonctions des viscères abdominaux consécutivement troublés¹⁹⁶.

L'aliéné mélancolique peut trouver une distraction dans un jeu de rôle ou, plus précisément, en prenant la place de ses cochers. Le travail et l'exercice offrent non seulement des moyens de distraction, mais poussent à utiliser des forces qui, dans l'état de la maladie mentale, « sont concentrées au cerveau »¹⁹⁷. Autrement

194 Brierre de Boismont 1856, 640.

195 Cazauvieilh 1840, 304.

196 Falret 1822, 234-235.

197 Falret 1822, 235.

dit, le travail permet le « repos de l'organe malade »¹⁹⁸. Les aliénés riches peuvent bénéficier de la chasse, cependant, Falret prévient du danger que cette activité peut présenter pour les personnes disposées au suicide, principalement dû à l'accès à une arme dangereuse. Outre les jeux et d'autres activités divertissantes, Falret souligne l'importance des voyages, notamment aux sources d'eaux minérales, qui permettent de contrer les mauvaises influences de l'air et du climat sur les facultés morales et intellectuelles. Les voyages de terre prévalent sur les voyages en mer, qui contraignent l'homme à des activités « uniformes » et provoquent le mal de mer, qui, lui, « entraîne le plus ordinairement une apathie extrême sur le passé, sur l'avenir, et même sur toute l'existence »¹⁹⁹. Le choix des distractions est fondamental, car elles doivent détourner le malade de ses pensées délirantes, le concentrer sur l'activité et le protéger contre le dégoût de la vie, sans « exalt[er] l'imagination et les passions »²⁰⁰. Ainsi, Esquirol constate que les spectacles ne conviennent pas aux aliénés, ni même à ceux qui sont convalescents, car ils les « exaltent » et « alimentent » leur délire²⁰¹.

Dès lors que les aliénistes acceptent l'existence du suicide non aliéné, et par là distinguent entre le suicide volontaire et le suicide pathologique, le travail et les distractions eux aussi acquièrent plusieurs statuts. Outre leur fonction dans le traitement moral des suicidaires aliénés, le travail et les distractions sont également prescrits comme des moyens de prévention, soit chez les individus qui passent à l'acte librement, soit parmi des aliénés qui sont prédisposés au suicide par leur constitution mélancolique. Lorsqu'il parle du suicide libre, Brierre de Boismont évoque la « méthode de diversion » par des distractions comme les voyages et la musique, auxquelles il faut recourir si « les idées noires ne sont pas profondément enracinées »²⁰². Il propose d'engager une « activité diversifiée », qui combine différents types d'occupations, comme le travail, le théâtre, les

198 Lagardelle 1878, 107.

199 Lagardelle 1878, 237.

200 Esquirol 1838, t. 1, 137.

201 Esquirol 1838, t. 1, 137.

202 Brierre de Boismont 1856, 600.

promenades, les concerts, les exhibitions d'art, des réunions du peuple», autant de moyens pour « fuir le danger »²⁰³. Dans le cas du suicide aliéné, il évoque les mêmes activités qu'ont suggérées les aliénistes avant lui. Pour les pauvres, il propose le travail manuel et agricole dans les asiles publics, qui peut « modifi[er] la direction des idées des monomanes suicides » et « contribu[er] à leur procurer du sommeil »²⁰⁴. Il prévient cependant qu'« il ne faut plus exagérer l'action » du travail manuel, qui pour lui n'est qu'un moyen partiel et qui ne convient pas à tous les genres de folie²⁰⁵. La gymnastique présente une bonne alternative aux travaux agricoles. Pour les riches, qui « ont une répugnance invincible pour la fatigue corporelle »²⁰⁶, il propose le jardinage, l'horticulture et la gymnastique. Le manque d'exercice physique des classes aisées peut être comblé par divers jeux, comme le billard, le tonneau, l'équitation, l'escrime et les promenades²⁰⁷. L'enjeu de ces activités, que ce soit pour le pauvre ou pour le riche, est à la fois d'exercer le corps et de rediriger l'attention du malade, mais aussi de réorganiser son comportement par des activités régulières²⁰⁸.

La prévention du suicide

La prévention efficace du suicide dépend, selon les aliénistes, de la bonne compréhension de ses causes. Comme on l'a vu, les causes sont très variées et l'aliénation mentale ne représente qu'une partie des suicides répertoriés par les statistiques officielles et étudiés par les médecins. Les « motifs présumés » identifiés par les statistiques, et tout particulièrement par le *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France*, deviennent une source fondamentale et structurent les études des aliénistes.

203 Brierre de Boismont 1856, 604.

204 Brierre de Boismont 1856, 640.

205 Brierre de Boismont 1856, 640.

206 Brierre de Boismont 1856, 640.

207 Brierre de Boismont 1856, 641.

208 Brierre de Boismont 1856, 641.

Travaillant dans une optique d'hygiène publique, les aliénistes se basent sur ces statistiques afin d'élaborer des mesures de prévention qui peuvent être appliquées à la population tout entière.

Avant même le développement des débats sur la nature psychopathologique du suicide dans les années 1840 et 1850, les aliénistes reconnaissent qu'il est important d'agir sur la société, dans le but de réduire les causes qui conduisent au suicide et à l'aliénation mentale. Les enjeux sont alors aussi bien sanitaires que disciplinaires. La médecine mentale, comme la médecine en général, se donne pour tâche non seulement d'étudier et de guérir les maladies, mais aussi de forger « des rapports intimes avec l'organisation sociale »²⁰⁹. Les très nombreux articles d'aliénistes sur le suicide publiés dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* mettent en évidence l'abondante production de savoir et d'expertise psychiatriques dans les domaines de la justice, de l'hygiène publique et de l'administration. C'est le rôle et le cadre de la médecine qui se posent ici. À la fin du 19^e siècle, le médecin militaire Georges Saint-Paul, cité en exergue, affirme qu'il faut élargir le champ d'action et le pouvoir instrumental du médecin, notamment pour prévenir le suicide :

Qu'il y ait ou non une âme, l'individu entier appartient au médecin. C'est lui qui le voit naître et qui le voit mourir, qui sait de lui ses secrets les plus intimes ; pénètre dans sa vie la plus cachée et la dirige, reçoit confiance des relations conjugales, le connaît petit, grand, jeune, vieux, bien portant, malade, passionné, exalté, abattu. Qui donc peut mieux le comprendre, le juger, le dominer, le diriger et le secourir ?

Que le médecin cesse donc d'être seulement un guérisseur des maladies de certains organes ; qu'il soit, en plus du guérisseur, un philosophe, un confesseur laïque. Qu'il prenne la science du cerveau. À ce prix, il deviendra (et à juste titre, car nul mieux que lui ne le mérite), le directeur, le pasteur des masses à venir²¹⁰.

La médecine mentale se positionne et s'impose ainsi comme un répondant approprié aux « besoins de la société »²¹¹, qu'il s'agisse

209 Marc *et al.*, 1829, v.

210 Dr Lauppts (pseudonyme de Georges Saint-Paul) 1897, 42. Voir Carroy 2001, 48-56 ; Briki 2009, 53.

211 Marc *et al.*, 1829, v.

des questions relevant des conditions de travail, de l'éducation morale des enfants, des pratiques familiales et reproductives, des loisirs, ou encore des enjeux économiques et politiques, tels que les différences de classes ou la colonisation. Considérées comme sources de civilisation, ces institutions et pratiques sociales peuvent également devenir des sources de détresse, de souffrance et d'isolement, de passions, ainsi que d'aliénation mentale et de suicide. Si le traitement des suicidaires aliénés préoccupe les aliénistes, la prévention du suicide au-delà de l'asile domine de plus en plus dans leurs études. Maria Teresa Brancaccio et David Lederer montrent qu'au 19^e siècle le suicide devient à la fois la mesure du niveau de civilisation des pays occidentaux, comme la France, l'Italie et l'Allemagne, et l'indice des problèmes sociaux que produisent les développements économiques et scientifiques, ainsi que les événements politiques et les changements de mœurs²¹². Ce lien entre civilisation et suicide fut soutenu par les travaux de statistique morale, notamment de Quetelet et Guerry en France et en Belgique, ou encore d'Oettingen en Allemagne. Ce lien est renforcé par les théories de la dégénérescence et de l'hérédité des maladies mentales et de la criminalité, développées pendant la seconde moitié du siècle, notamment par Morel²¹³, et soutenues plus tard par les premiers criminologues comme Enrico Morselli et Cesare Lombroso en Italie, mais aussi par des psychiatres français comme Briere de Boismont et Despine²¹⁴. Comme Jean-Christophe Coffin le montre, dans « le système de Morel, tout individu est [...] potentiellement exposé » à la folie, ce qui l'amène à privilégier davantage « une culture de la prévention et une science du dépistage et, par là, inaugurer une nouvelle manière d'appréhender le malade mental »²¹⁵. Cette nouvelle manière de concevoir la folie, en la rattachant davantage aux influences des conditions sociales, selon Coffin, pose la

212 Brancaccio/Lederer 2018.

213 Voir Morel 1857. Sur le rôle que joue l'hérédité dans la folie, voir Morel 1860a ; Legrain/Magnan 1895. Voir également Lucas 1847. Voir Dowbiggin 1985, 188-232 ; Dowbiggin 1991 ; Coffin 1994, 70-80.

214 Brancaccio/Lederer 2018. Voir Briere de Boismont 1855 ; 1839 ; 1856, 352-389 ; 1865, 462-541 ; Despine 1870. Voir également Oettingen 1868 ; Morselli 1879 ; Oettingen 1881 ; Lombroso 1897.

215 Coffin 2007, 176.

question de sa curabilité et met ainsi en avant l'importance de la prévention²¹⁶. Comme Howard Kushner le montre, l'urbanisation croissante au 19^e siècle inquiète les aliénistes de plus en plus à cause de son influence sur le suicide²¹⁷. Dans son mémoire de 1845, le médecin français Claude-Étienne Bourdin définit la civilisation comme « l'ensemble des moyens mis en usage par les hommes réunis en société, pour arriver au développement le plus complet de leur nature »²¹⁸. À partir de là, il attribue le lien entre la civilisation et le suicide au déclin des valeurs morales. Ce déclin de la moralité est constaté par tous les aliénistes qui étudient le suicide, ce qui les amène à chercher les failles des valeurs morales dans les différentes sphères ou institutions sociales.

L'ambition hygiéniste des aliénistes est vaste, car, selon eux, le suicide touche toutes les sphères sociales : le travail, la famille, l'éducation, la morale, la religion, les loisirs, l'économie, la législation... De là émerge un vaste programme, conduit par des idéaux moraux de la nécessité d'améliorer la société, idéaux qui cependant restent souvent vagues quant aux moyens. Cette ambition ne concerne donc plus seulement l'individu déjà malade, mais la société tout entière qu'il faut protéger de ses dérives. En étudiant les mesures de prévention proposées par les aliénistes, telles qu'elles s'appliquent à chacune de ces sphères, l'on verra que l'amélioration de l'éducation basée sur des principes moraux et religieux constitue la mesure privilégiée durant tout le siècle. La seconde mesure favorisée par les aliénistes concerne les lois répressives, qu'ils souhaiteraient voir entrer en vigueur²¹⁹.

Les ambitions, le travail, la misère

Si le travail est perçu comme pouvant guérir et s'opposant à l'oisiveté, il représente également une source de souffrances, d'inégalité, d'ambition exagérée et de conditions d'insalubrité. Le développement de l'industrie et la recherche d'opportunités

216 Coffin 2007, 176.

217 Kushner 1993, 461-490.

218 Bourdin 1845, 55.

219 Esquirol 1838, t. 1, 668.

professionnelles et financières produisent un afflux de population vers les grandes villes. Thomas Le Roux montre les enjeux qui ont motivé les hygiénistes à réduire les risques sanitaires engendrés par ces bouleversements²²⁰. Les conditions insalubres, et les effets physiques et psychiques qu'elles produisent, sont devenues un objet d'étude important des hygiénistes. L'accès aux produits toxiques pose également un risque de suicide, comme on peut le constater dans certains textes de l'époque²²¹. Or, selon Le Roux, l'amélioration des conditions de travail bute sur les enjeux économiques de l'industrie – notamment dans le contact des ouvriers avec des produits hautement toxiques, comme le plomb et la céruse, dans les usines –, privilégiés par les hygiénistes, qui sont eux-mêmes complices d'un « processus de dénégation de l'influence du travail sur la santé »²²². Dans le cas du suicide, cependant, ni les ouvriers ni les classes les plus riches, en particulier les propriétaires et les rentiers, ne sont les plus touchés, selon les statistiques du *Compte général*. Bien au contraire, la population rurale, comme les cultivateurs et les laboureurs, mais aussi les journaliers, présente de loin le taux le plus élevé de suicide en France²²³. Ce qui va à l'encontre de la majorité des aliénistes – à l'exception de Cazauvieilh –, qui considèrent la civilisation des habitants urbains comme étant un indicateur de souffrance et de suicidabilité.

La misère et les revers de fortune représentent une des causes les plus importantes du suicide, selon les statistiques officielles et les études psychiatriques. Cette catégorie de suicide inclut également les « affaires embarrassées » et les dettes ; la perte au jeu, d'emploi et de procès ou d'autres pertes ; la crainte de la misère ; et le « regret d'avoir disposé de sa fortune »²²⁴. La misère et la crainte de l'avenir sont non seulement sources de souffrances psychiques, que les aliénistes constatent chez leurs

220 Le Roux 2011, 103-119.

221 Voir Tardieu/Roussin 1868 ; Duchesne/Michel 1883, 378-387. Voir Lefebvre/Raynal 2001, 121-124.

222 Le Roux 2011, 116.

223 Voir le Tableau CLXII (« Professions des suicidés ; instruments ou moyens des suicides »), *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1836*, 270.

224 *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1836*, 271.

patients²²⁵, mais aussi causes de souffrances et de maladies physiques²²⁶. Deux approches préventives principales se présentent ici, l'une collective, l'autre individuelle. Certains aliénistes proposent d'améliorer les conditions de vie et de travail des classes ouvrières et des pauvres, en agissant sur le fonctionnement de l'industrie, et plus généralement sur le système économique et social. D'autres, en revanche, estiment qu'il faut agir sur la capacité de l'individu à supporter les adversités de la vie, quelles qu'elles soient. Parmi les études psychiatriques sur le suicide qui abordent une telle question, cette seconde approche est privilégiée. Elle est fondée principalement sur la nécessité de développer et de renforcer les valeurs morales et religieuses des individus. Selon les aliénistes qui soutiennent cette perspective, le christianisme, et plus précisément le catholicisme, donne la force, l'humilité, la résignation, le pardon, l'espérance. En retour, cette force, selon Claude-Étienne Bourdin, « aide à supporter les angoisses de la misère [...] ; elle fortifie l'âme contre toutes les souffrances, rend le désespoir impossible et apprend à supporter avec résignation les vicissitudes de la vie »²²⁷. À l'autre extrémité de l'échelle sociale et économique, l'ambition démesurée, le luxe et les excès de richesse sont aussi des causes de suicide, car elles font oublier les bonnes valeurs morales de la religion. Dans le cas de la misère, comme dans ceux de la richesse et de l'ambition, les principes religieux et la morale seuls peuvent renforcer l'homme devant la mort²²⁸.

En 1870, adoptant l'approche collective, Émile Le Roy voit la solution aux effets mortifères de la misère, de l'ambition et des conditions de travail dans l'organisation sociale. Selon lui, le suicide est « un acte de désordre social », car il heurte la famille et les citoyens²²⁹. En ce sens, celui qui se donne la mort se désengage de ses devoirs envers les autres et se place « au dessus [*sic*] de la justice et de la morale de toutes les nations »²³⁰.

225 Esquirol 1838, t. 1, 657.

226 Tissot, C.-J. 1840, 128.

227 Bourdin 1845, 73.

228 Debreyne 1847, 216-217.

229 Le Roy 1870, 255.

230 Le Roy 1870, 255.

Ce texte se démarque des perspectives individualistes des premiers aliénistes, lisibles dans d'autres études médicales de la seconde moitié du 19^e siècle. Dès lors qu'on aborde le suicide non plus seulement comme un symptôme de la folie mais comme un « fait social »²³¹, les facteurs sociaux, et par conséquent les mesures préventives et hygiénistes, prédominent. Pour Le Roy, la misère et l'ambition exagérée produisent le suicide, car ils empêchent le bonheur de l'individu²³². Le bonheur devient alors un enjeu et un critère important de citoyenneté et de santé ; la notion de bonheur étant encore relativement jeune à cette époque²³³. En effet, depuis les Lumières, le niveau de bonheur individuel et collectif devient la mesure du progrès médical et social, une corrélation compromise par le suicide²³⁴.

Selon Le Roy, et Lisle avant lui, l'erreur des aliénistes repose dans le fait d'étudier le suicide seulement dans la population asilaire et donc d'ignorer complètement « l'organisation de la société », dont dépend justement le bonheur²³⁵. Le Roy incrimine « le désir du gain », « l'amour des richesses », qu'il faut « discréditer »²³⁶. Alors que la richesse peut rendre plus heureux, l'excès de cet attachement empêche « le développement et le perfectionnement de l'homme »²³⁷. De ce constat, il avance l'affirmation morale suivante : « Il faut avoir l'argent dans la tête et non dans le cœur. »²³⁸ Il établit donc un lien direct entre les progrès de l'industrie et des arts et les troubles nerveux et mentaux, qu'il explique par un usage déséquilibré des forces et des facultés mentales et physiques. C'est l'État qui doit se charger de protéger les individus contre ces problèmes sociaux et médicaux. Critiquant les effets « blessant » de la charité comme mode d'assistance financière à l'individu, Le Roy privilégie plutôt l'amélioration des conditions de travail, notamment en ce qui concerne la salubrité, le salaire et la « fraternité » entre

231 Lisle 1856, 285.

232 Le Roy 1870, 262.

233 Voir Mauzi 1960.

234 Porret 1995, 76.

235 Lisle 1856, 286.

236 Le Roy 1870, 262.

237 Le Roy 1870, 262-263.

238 Le Roy 1870, 263.

les employés. Le suicide touchant aussi bien la population rurale, Le Roy propose de développer l'industrie dans les villages, afin de créer des « débouchés nouveaux »²³⁹. Cette population aura de plus le bénéfice de vivre à la campagne, éloignée des problèmes d'hygiène et de morale des grandes villes. Les habitants de la ville, notamment les classes ouvrières, bénéficient déjà, selon lui, de mesures efficaces, notamment le familistère de Guise et les cités ouvrières de Mulhouse²⁴⁰. L'objectif de ces mesures n'est pas seulement économique et hygiéniste, mais aussi moral :

[Il s'agit d']éveiller dans les classes ouvrières, le goût de l'économie, de la propreté, de l'ordre et de la vie de famille, en combattant, par l'influence ordinaire d'une habitation décente et par des perspectives d'avenir, ce fond d'amertume et d'ennui, ce besoin d'oubli, cette sorte de désespérance qui, à le bien prendre, est souvent l'unique, ou du moins, la principale cause de bien des dépenses, de bien des fautes²⁴¹.

Quelle que soit la classe sociale, Le Roy blâme l'égoïsme – « le vice principal de nos sociétés démocratiques » –, qui produit du désespoir et des souffrances chez les individus²⁴². Dans cet environnement politique et social, il faut développer un équilibre entre *la coopération* et *l'initiative individuelle*²⁴³. Le pouvoir de progrès repose dans l'engagement social et politique des individus, dans le renforcement des municipalités, dans le développement non pas de l'égalité mais de l'harmonie entre les classes²⁴⁴. Cependant, l'équilibre ou l'harmonie qu'il préconise dépendent d'une meilleure éducation et du renforcement des valeurs religieuses et morales des individus.

239 Le Roy 1870, 264.

240 Voir Godin 1874, spéc. 8-21 et 144. Voir également Villermé 1840 ; Fourier 1841 ; Oyon 1865, 5-7 ; Engels [1872] 1969. Voir Jonas 1981 ; Lallement 2009 ; Studer 2010 ; Dos Santos 2014 ; Dos Santos 2016.

241 Le Roy 1870, 264.

242 Le Roy 1870, 264

243 Le Roy 1870, 264

244 Le Roy 1870, 266.

Les valeurs de la famille

Une autre catégorie importante de causes de suicide, dans les statistiques du *Compte général*, concerne la famille et les chagrins qui en découlent. Dans les études psychiatriques, la famille constitue à la fois une cause et un remède. On verra que la famille comme remède est défendue par les aliénistes et les hygiénistes, qu'ils considèrent comme une « institution » qui véhicule et renforce les bonnes valeurs morales. Il est donc impossible de séparer cette cause et ce remède des fondements moraux qui les constituent dans ce cadre psychiatrique et hygiéniste. Avant d'étudier les capacités préventives de la famille, il est important de revoir les différentes situations dans lesquelles la famille est, selon les statistiques et les études des aliénistes, une cause de suicide. Comment est-il possible que la famille, qui peut si bien protéger les individus du suicide et qui constitue même l'un des instincts fondamentaux de l'homme, puisse en devenir une cause ? C'est en effet l'étonnement qu'exprime Brierre de Boismont :

Comment donc se fait-il que cet instinct [l'amour de la famille] si naturel ait été assez profondément blessé pour avoir entraîné la mort dans 361 cas (le douzième environ du nombre total) ? N'y a-t-il pas dans un résultat aussi déplorable, une protestation énergique contre les obstacles qui s'opposent à la satisfaction de ce besoin ?²⁴⁵

Comprendre les liens entre la famille comme cause et la famille comme mesure de prévention permettra de mieux saisir comment les médecins ont justifié ses valeurs préventives et morales, et comment ils ont pu eux-mêmes s'insérer dans cette sphère sociale et extramédicale. En 1838, le *Compte général* regroupe les différentes « affections de famille », comme causes de suicide : chagrins de l'exil ; douleur causée par la perte de parents, d'enfants ; douleur causée par le départ d'enfants ; douleur causée par leur ingratitude, leur inconduite ; chagrin de vivre éloigné de sa famille ; chagrin d'enfants maltraités ou grondés par les parents ; discussions d'intérêt entre parents ; jalousie entre frère

245 Brierre de Boismont 1865, 93-94.

et sœur ; regret entre la mort d'un futur [sic], d'un ami ; chagrins domestiques non autrement spécifiés²⁴⁶.

La vie domestique et familiale est distinguée ici des causes liées à l'amour et aux relations extraconjugales, qui sont rattachées à la catégorie « Amour, jalousie, débauche, inconduite », et qui réunit les causes suivantes : amour contrarié ; jalousie entre époux, entre amants ; grossesse hors mariage ; « regret d'avoir rendu une fille enceinte »²⁴⁷. Cependant, il est difficile de démêler aussi clairement ces deux types de causes, les unes influençant souvent les autres dans les mêmes cas. C'est justement ce qu'on constate chez Lisle, qui présente la classification des causes du suicide en six groupes, selon le *Compte général*, qu'il regroupe ensuite selon la division entre le suicide libre et le suicide involontaire. Il attribue le suicide libre à trois types de causes. Le premier concerne la misère et les causes financières et professionnelles, et les deux autres portent sur les chagrins domestiques, d'un côté, et les passions, l'amour, la jalousie, ainsi que l'inconduite et différentes formes de débauche, de l'autre. Selon les statistiques des causes occasionnelles du suicide entre 1836 et 1852, que Lisle reprend du *Compte général*, de toutes les causes spécifiques de la catégorie « affections de famille », la douleur causée par la perte d'ascendants et d'enfants représente la plus importante, pour les hommes comme pour les femmes, suivie de la douleur d'enfants maltraités ou grondés par les parents, la douleur causée par l'ingratitude ou l'inconduite des enfants, ainsi que les discussions d'intérêt entre parents. Dans toutes les causes liées aux chagrins domestiques, les hommes se suicident beaucoup plus que les femmes, sauf dans le cas de la douleur par le départ d'enfants, où le taux est égal pour les deux sexes. Dans la catégorie regroupant l'amour, la jalousie et la débauche, on constate, comme les aliénistes l'affirment eux-mêmes, que le nombre de suicides des femmes par « amour contrarié » se rapproche de celui des hommes, bien que le taux de suicide des hommes dans ce cas reste plus élevé. Cependant, la

246 Tableau CLXIII, *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1836*, 271.

247 Tableau CLXIII, *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1836*, 271.

réponse que certains proposent à ce problème pour les hommes, ne s'applique pas aux femmes. Ainsi, en 1816, Chevreu préconise aux hommes de changer d'objet d'amour, ce qui ne conviendrait pas aux femmes, considérées comme trop sensibles²⁴⁸. Devant l'inégalité de la suicidalité entre les hommes et les femmes, tous les aliénistes s'accordent à dire qu'elle repose entièrement sur la différence des sexes. Une différence qui reste ambiguë, en ce sens qu'elle relève à la fois de la constitution physique et morale, et du rôle social. Et c'est pourquoi, les fonctions sociales des hommes et des femmes dépendent entièrement, selon les aliénistes, de leurs constitutions différentes. Bien que la femme, « le sexe le plus faible », soit plus prédisposée à l'aliénation mentale, elle est plus éloignée des autres facteurs sociaux qui sont, pour l'homme, sources de souffrance. En ce sens, ses habitudes sédentaires, son éloignement des affaires, sa conduite plus régulière, la protègent de potentielles souffrances, et donc du suicide. Étoc-Demazy attribue cette protection de la femme à sa « timidité naturelle », à la douceur de son tempérament et à son aversion plus grande pour le suicide, ainsi qu'à ses croyances religieuses et à sa résignation à supporter les douleurs de la vie²⁴⁹. Liée étroitement, voire réduite, à son statut de conjointe et de mère, à la différence de l'homme dont les causes du suicide se rapportent davantage aux facteurs professionnels, la femme est protégée par l'influence de la morale. Dans *Le suicide* (1897), Durkheim reprendra l'explication selon laquelle la participation moindre des femmes à la vie collective justifie le fait qu'elles se suicident moins, refusant pour sa part l'explication basée sur les différences physiologiques²⁵⁰. Comme Howard Kushner le montre, la civilisation comme facteur important de suicidalité permet aux aliénistes, et plus tard à Durkheim, d'expliquer pourquoi les hommes se suicident plus que les femmes²⁵¹. Si tel est bien le cas, c'est que l'homme est plus exposé aux effets démoralisants

248 Chevreu 1816, 50.

249 Étoc-Demazy 1844, 195.

250 Durkheim [1897] 2007, 186-197 et 305-306. Voir Besnard, P. 1973 et Besnard P. 1997.

251 Kushner 1993, 468.

de la civilisation. Dans la *Division du travail social* (1893), et plus tard dans *Le suicide*, Durkheim reprend cette argumentation, lorsqu'il affirme que la femme est moins sensible au processus de civilisation, soumise davantage aux valeurs traditionnelles de la famille et des pratiques religieuses²⁵².

Dans son traité de 1857, Bertrand regroupe les causes liées à la famille et à l'amour dans une seule catégorie pour le suicide libre, qu'il qualifie de causes « secondaires déterminantes morales ». Il s'agit de la chasteté, l'amour (jaloux), l'amour de la famille et des chagrins domestiques. Considérées ensemble, les relations familiales et amoureuses représentent donc une source importante de souffrance et de suicide. Bien que les aliénistes ne nient pas l'influence de la famille sur le suicide, il semble difficile pour eux d'attribuer toute la responsabilité à cette seule institution. En effet, la famille joue un rôle lorsque cette cause se combine avec d'autres, souvent économiques ou morales, comme la dispute autour de l'héritage, l'échec d'un mariage d'intérêt, ou encore la débauche d'un des conjoints. On constate un curieux procédé dans l'argumentation de certains aliénistes, par lequel ils expliquent le rôle de l'état civil en le reliant à d'autres causes. Il semble difficile d'incriminer le mariage seul, ce qui n'est pas le cas lorsque les aliénistes expliquent le suicide par d'autres causes moins investies par la morale. Cela pose un dilemme, en effet, qu'on peut constater dans l'argumentation d'Étoc-Demazy, qui voit dans l'état civil autant une cause qu'une protection du suicide²⁵³. En ce sens, on ne trouve aucun problème chez les aliénistes à attribuer la cause uniquement à des comportements « immoraux » comme le jeu, la débauche ou la grossesse hors mariage, tout en minorant le rôle du mariage dans la suicidalité.

Selon les aliénistes, la famille protège par les liens qu'elle crée avec les enfants. La famille s'oppose à la solitude et à l'isolement, et elle offre également un moyen de « surveillance » dans le cas d'un éventuel passage à l'acte. En somme, pour les aliénistes, la famille donne de fortes et bonnes raisons de vivre. Cependant, la famille représente aussi une importante valeur

252 Kushner 1993, 471-472 et Durkheim [1893] 2013. Voir Besnard, P. 1973, 32.

253 Étoc-Demazy 1844, 197-198.

sociale et morale, qui en soi constitue une protection contre les dérives. Si la famille comme *cause* du suicide touche les femmes tout particulièrement, elle représente une forte protection aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Selon Étoc-Demazy, les suicidaires non aliénés doivent « recevoir dans leurs familles ces soins, ces témoignages d'intérêt, ces conseils bienveillants qui peuvent, mieux que des reproches, faire naître en eux le repentir et les regrets »²⁵⁴. Tout en voyant dans la famille ses capacités préventives et son pouvoir de consolation pour le suicidaire, les aliénistes dépeignent également la famille comme une *victime* du suicide. Esquirol l'évoquait déjà : « [L]e suicide est une maladie si déplorable, si fréquente, il se propage d'une manière si effrayante pour les familles et pour la société. »²⁵⁵

Quelques décennies plus tard, Cazauvieilh insiste sur les effets néfastes et injurieux que le suicide produit sur les familles des suicidés²⁵⁶. Aux préjudices moraux, Cazauvieilh ajoute le préjudice physique d'hérédité, plus grave encore selon lui. Le suicide d'un membre de la famille cause de la souffrance psychique, des problèmes financiers et des troubles relationnels. Cependant, le suicide porte aussi préjudice à la famille comme institution sociale. Cette distinction, entre la famille comme ensemble d'individus et la famille comme institution, n'est pas clairement posée par les aliénistes. Le suicide stigmatise la famille concernée, la souille d'une immoralité, de honte, mais aussi la soumet aux répercussions *physiques* qu'implique la nature héréditaire de cet acte. Selon la plupart des aliénistes, un seul suicide suffit pour invoquer une hérédité. En effet, dès lors qu'un et un seul suicide est accompli dans une famille, il fonde la prédisposition héréditaire au suicide et à la folie des générations suivantes. Ce qui endommage indéfiniment la santé et la continuation de la descendance.

Le pouvoir préventif de la famille contre le suicide devient particulièrement important à partir du milieu du 19^e siècle, notamment chez les aliénistes catholiques pratiquants, qui

254 Étoc-Demazy 1844, 201.

255 Esquirol 1838, t. 1, 664.

256 Cazauvieilh 1840, 309. Voir également Le Roy 1870, 255.

soulignent l'apport préventif des institutions morales comme la famille, l'éducation, la religion et le travail. Pour Brierre de Boismont, la famille permet de lutter contre l'ennui, la solitude et la tristesse²⁵⁷. Au mariage, Brierre de Boismont associe encore l'importance du travail, de l'éducation, de la religion, de l'obéissance à la loi et de l'amour de la patrie. Tous ces éléments constituent pour lui des facteurs de protection contre le suicide²⁵⁸. Chacune de ces valeurs dépend de l'éducation morale des enfants, dès leur plus jeune âge. Dès lors qu'il existe un précédent héréditaire du suicide ou de l'aliénation mentale dans une famille, ces mesures préventives morales préconisées par Brierre de Boismont, et par la plupart des autres aliénistes, ne suffisent plus. L'hérédité du suicide – et par extension de la folie – devient un objet de prévention en soi, et les aliénistes cherchent à y remédier par des recommandations portant sur les conditions de la reproduction et sur les relations qu'il faut entretenir avec les enfants. On constate un consensus sur l'hérédité du suicide, même si le degré auquel il est héréditaire reste débattu. Dans un sous-chapitre, Lisle demande : « Le suicide est-il héréditaire ? », une question à laquelle il répond affirmativement²⁵⁹. Il reste cependant dubitatif quant à l'hérédité générale de tous les suicides. Suite à de nombreuses observations, il conclut enfin que « le suicide n'est que très rarement héréditaire et seulement lorsqu'il est le résultat d'une aliénation mentale », ce qui exclut les très nombreux cas de suicides volontaires²⁶⁰.

Cependant, cette prudence devant la généralisation n'est pas partagée par tous. Plusieurs aliénistes, comme Falret et Brierre de Boismont, s'accordent sur le danger qu'encourt l'enfant d'être nourri par sa mère, si elle est prédisposée à la folie ou au suicide, d'autant plus que ces aliénistes considèrent que ces deux phénomènes se transmettent davantage par la mère que par le père²⁶¹. Selon ce point de vue, le penchant au suicide se transmet non seulement par la reproduction, mais aussi par le lait de la

257 Brierre de Boismont 1856, 591. Voir également Brierre de Boismont, 1866a, 40-68.

258 Brierre de Boismont 1856, 593.

259 Lisle 1856, 191.

260 Lisle 1856, 198.

261 Falret 1822, 284 ; Brierre de Boismont 1856, 622.

mère. Selon Bertrand, ceci concerne tout autant la santé que les prédispositions de la nourrice : « Toute mère, qui comptera des suicides ou des aliénés parmi ses ancêtres, fera bien de confier son enfant à une nourrice dont la santé, la constitution, le caractère et les parents ne présentent rien de vicieux. »²⁶²

Le plus grand souci des aliénistes devant la propagation héréditaire du suicide concerne la reproduction dans les couples prédisposés à cet acte. Les conseils émis contre l'hérédité du suicide sont renforcés par la théorie de la dégénérescence, qui naît au milieu des années 1850. On peut constater ces nouvelles influences théoriques notamment dans la différence entre les deux éditions de l'ouvrage de Brierre de Boismont, la première parue en 1856, basée sur une recherche menée depuis des années, et la seconde, parue en 1865, après la publication de l'ouvrage de Morel sur la dégénérescence et le succès de sa théorie dans le milieu psychiatrique. La différence la plus importante entre ces deux éditions concerne justement l'hérédité du suicide et le risque encouru par le mariage consanguin. Dans l'édition de 1865, Brierre de Boismont considère la « transfusion du sang » comme le seul moyen de combattre le suicide provenant d'une cause physique²⁶³. Mais il va encore plus loin lorsqu'il affirme, en se référant explicitement à Morel, que l'accumulation « successive » des causes morales et des causes physiques se transmet et s'aggrave de génération en génération²⁶⁴. Or la théorie de la dégénérescence et de l'enracinement intergénérationnel du suicide et de la folie remet en question la curabilité de la folie, tant vantée par les premiers aliénistes. La réponse devant un tel problème, selon Brierre de Boismont, repose donc dans la prévention²⁶⁵. Pour éviter la dégénérescence, il faut appliquer des mesures préventives dès le commencement du « mal »²⁶⁶. Malgré le déterminisme des théories de la dégénérescence et de l'hérédité à la fin du siècle, certains médecins français reconnaissent l'influence des facteurs environnementaux et donc de

262 Bertrand 1857, 328.

263 Brierre de Boismont 1865, 583.

264 Brierre de Boismont 1865, 583-584.

265 Brierre de Boismont 1865, 584.

266 Brierre de Boismont 1865, 585.

la responsabilité de l'individu devant ses actes. Héritée d'une médecine anthropologique, cette vision articule les causes organiques et innées avec les causes environnementales, ce qui rend possibles les interventions thérapeutiques²⁶⁷, ou du moins préventives. En ceci, les médecins français comme Morel et Magnan se démarquent du déterminisme défendu par certains criminologues, comme Cesare Lombroso en Italie²⁶⁸.

Pour Brierre de Boismont, devant les cas de dégénérescence « accomplie », il faut protéger ces individus, ainsi que ceux qui n'en sont pas encore atteints. Il propose un remède « héroïque » : « le croisement » des races²⁶⁹. Ici se pose la question anthropologique des races et du contrôle de la reproduction, au cœur des théories psychiatriques sur la folie et le suicide, développées à partir des années 1850. La position de Brierre de Boismont se fonde sur les travaux de Morel, qui voit dans le croisement des races un moyen d'éviter la dégénérescence, une position qui sera combattue plus tard par le médecin Eugène Dally (1833-1887), selon lequel, au contraire, le croisement des races ne peut que contribuer au développement de la dégénérescence²⁷⁰. Comme Jean-Christophe Coffin le montre, la dégénérescence est « de plus en plus présentée comme une maladie sociale alors même que la vérité de sa transmission se trouve dans le corps humain »²⁷¹. Il en va de même pour le suicide, dès lors qu'il est considéré, au moins dans certains cas, comme un phénomène pathologique héréditaire. En ce sens, lorsque Brierre de Boismont cherche à démontrer les avantages du métissage, comme moyen de réduire les facteurs pathogènes quels qu'ils soient, il s'agit à la fois d'un procédé biologique et d'une tentative d'apporter une argumentation scientifique au contrôle des relations entre les individus. Sa « doctrine » du croisement, comme il l'appelle, au niveau inter-ethnique se fonde sur le même type d'explication

267 Williams 1994, 248-252.

268 Sur les distinctions entre la théorie de la dégénérescence de Morel, puis de Charles Féré (1852-1907), et celle de Lombroso, en Italie, voir Nye 1976, 351. Voir Féré 1888.

269 Brierre de Boismont 1865, 586.

270 Coffin 2003, 113-115. Voir Dally 1882, 221.

271 Coffin 2003, 119-120.

que son opposition aux relations consanguines. Les critères qui régissent les alliances familiales deviennent par conséquent importants dans le développement des mesures de prévention contre le suicide²⁷².

L'éducation, la morale, la religion

L'éducation, la morale et la religion, comme objets d'hygiène publique et de prévention du suicide, pourraient être étudiées séparément et de manière approfondie. On constate cependant un rapprochement systématique de ces trois objets dans les traités des médecins et des aliénistes sur le suicide, l'aliénation mentale et les déviations. Ce rapprochement tient tout d'abord à l'importance qu'ils accordent à l'éducation publique comme moyen de prévenir ces phénomènes avant qu'ils ne se développent²⁷³. L'éducation devient ainsi le « véhicule » idéal des principes moraux et religieux. Le rapport entre ces trois objets relève également d'une distinction entre la morale et la religion, qui est souvent explicitement affirmée sans être pour autant toujours clairement définie. Cette ambiguïté provient du fait que jusqu'au 19^e siècle la morale a été déterminée par la religion. Comme Durkheim le remarque dans son ouvrage intitulé *L'éducation morale*, au début du siècle suivant : « Ce qui la [l'éducation morale] caractérise, c'est précisément qu'elle est essentiellement religieuse. J'entends par là que les devoirs les plus nombreux et les plus importants sont, non pas ceux que l'homme a envers les autres hommes, mais ceux qu'il a envers ses Dieux. »²⁷⁴ Durkheim parle d'un « enchevêtrement »²⁷⁵ des deux systèmes, moral et religieux. Afin de concevoir et mettre en place une éducation morale « rationnelle », et de la démêler des notions religieuses qui, « pendant si longtemps, ont servi de véhicule aux

272 Voir Bertrand 1857, 328. Voir Williams 2002, 244-272.

273 Voir Renneville 1997, 5-6.

274 Durkheim 1925, 7. Voir Böhmer 2019, spéc. 222-256.

275 Durkheim 1925, 9.

idées morales les plus essentielles », il ne suffit pas de simplement les éliminer, mais il faut trouver des « substituts rationnels »²⁷⁶.

En 1848, dans le premier volume de son ouvrage consacré à l'Éducation publique, le médecin français Claude-François Lallemand affirme déjà que la « morale a passé, comme toutes les autres sciences, de l'état théologique à l'état métaphysique, pour arriver à l'état positif qui doit la constituer définitivement »²⁷⁷. D'une morale déterminée par la religion comme institution qui régit l'espace social, l'on passe, comme Marcel Gauchet le montre²⁷⁸, à une gestion politique des rapports sociaux. Les principes moraux se déplacent ainsi dans le cadre politique des institutions, notamment l'hygiène publique. Dans cette société « d'après la religion », selon Gauchet, « la question de la folie et du trouble intime de chacun prend un développement sans précédent. Parce que c'est une société psychiquement épuisante pour les individus. »²⁷⁹ Les aliénistes le soulignent eux-mêmes, en insistant sur les effets pathologiques du déclin des pratiques et des valeurs religieuses. Cependant, on pourrait également constater dans cette internalisation des principes moraux au cœur des théories psychiatriques et hygiénistes du suicide, mais aussi de la déviance, de la criminalité et de la dégénérescence, une appropriation médicale de ces phénomènes. Ce déplacement est particulièrement manifeste dans le renouveau catholique à partir de 1848 parmi les médecins, qui non seulement voient dans le renforcement des valeurs morales et religieuses une mesure de prévention du suicide, mais ces valeurs, comme on l'a vu plus haut, surdéterminent leurs conceptions mêmes des comportements pathologiques, déviants ou néfastes pour l'individu et pour la société. Les enjeux politiques et hygiénistes deviennent alors manifestes, car il s'agit non seulement de soigner ou de protéger l'individu de ses pathologies et de ses dérives, mais aussi de protéger le public de ces « pathologies sociales » qui corrompent la société de l'intérieur.

276 Durkheim 1925, 10.

277 Lallemand 1848, viii. La seconde partie de cet ouvrage, consacrée à l'éducation morale, a paru en 1852, chez le même éditeur.

278 Gauchet 1985.

279 Gauchet 1985, 302.

Lorsque Lallemand divise son ouvrage en deux volumes, le premier consacré à l'éducation physique et le second à l'éducation morale, il s'agit là d'un déplacement de la distinction entre le physique et *le moral*, telle qu'elle est définie par Cabanis et défendue par la plupart des aliénistes, vers une opposition entre le physique et *la morale*. D'une morale théologique interne à l'individu, par laquelle les médecins et les théologiens ont pu aux siècles précédents expliquer la possession diabolique, l'enthousiasme et les visions mystiques et extatiques, l'on passe à une morale « positive », comme Lallemand l'affirme très clairement dans la phrase citée plus haut. Une morale donc qui peut être soumise à une démarche scientifique, médicale et même aux enjeux politiques de l'hygiénisme.

Il s'agira donc ici d'aborder ces trois objets ensemble, afin de mettre en évidence le rapprochement qu'en font les aliénistes. En effet, on constate un chevauchement de ces trois objets, qui évolue au cours du siècle en fonction des théories médicales, mais aussi des influences sociales et politiques. Il y va des tensions entre la laïcisation des institutions publiques initiée au tournant du 19^e siècle et les mouvements conservateurs et catholiques durant la Restauration et la Deuxième République. Comme on l'a vu plus haut, les théories de l'hérédité et de la dégénérescence ont contribué au développement de l'hygiène publique et morale, et renfoncent par conséquent le rôle social et hygiéniste de la médecine mentale. Le renouveau catholique qui émerge entre les années 1850 et 1870 joue un rôle déterminant dans les mesures préventives que développent les aliénistes. Mais il influence également la législation sur l'instruction publique, notamment avec la loi Falloux de 1850, qui réinscrit les ecclésiastiques et les principes religieux dans cette institution²⁸⁰. Si les aliénistes des premières décennies du siècle sont loin de négliger l'importance de la morale et de la religion dans l'éducation, et par conséquent dans la prévention des déviations sociales comme le suicide, ce n'est qu'à partir du milieu du siècle que la médecine mentale concevra ces deux objets comme des facteurs déterminants et nécessaires de l'éducation. L'éducation morale et religieuse fera

280 Lalouette 1991.

dès lors partie d'un programme d'hygiène publique et morale, capable de saisir le germe des problèmes sociaux et psychopathologiques à sa naissance. Notons cependant que pour la majorité des aliénistes, la religion est considérée en soi, et avant toutes autres mesures, comme le principe le plus efficace pour la prévention du suicide. L'éducation devient alors un cadre et un véhicule de ces valeurs religieuses. Cette articulation systématique entre l'éducation, la morale et la religion met également en évidence l'ambiguïté conceptuelle entre le moral et la morale. Ce paradoxe conceptuel crée une possibilité d'agir sur le déterminisme héréditaire du suicide et des déviations, sans pour autant supprimer ce déterminisme.

La laïcisation officielle qui s'impose lors de la Révolution – notamment par les décrets de 1790 de l'Assemblée constituante qui ont aboli les ordres religieux²⁸¹ – joue un rôle déterminant dans la position anticléricale des premiers aliénistes. Ainsi Pinel conçoit la vie monastique et l'éloignement des ecclésiastiques de la société comme des facteurs qui favorisent le développement de l'aliénation mentale, car ils s'opposent à la sociabilité naturelle de l'homme²⁸². Certaines croyances religieuses et superstitions sont redéfinies en maladies mentales²⁸³. Cependant, la réticence de ces aliénistes envers les ecclésiastiques et les pratiques religieuses n'est pas seulement idéologique et théorique, mais elle porte d'abord et avant tout sur les soins des malades mentaux par le *traitement moral* et la gestion des hôpitaux psychiatriques²⁸⁴. En ce sens, le conflit qui se développe durant les premières décennies du siècle entre les ecclésiastiques et les aliénistes concerne la question de la légitimation disciplinaire de cette nouvelle branche médicale. Il s'agit là d'un double chevauchement entre les aliénistes et les ecclésiastiques. Comme Goldstein le souligne, le traitement moral lui-même « faisait endosser à l'aliéniste quelque chose de la personnalité d'un prêtre laïc »²⁸⁵, qui console, qui discipline, qui veille sur le moral du fou non

281 Goldstein 1997a, 282.

282 Pinel 1790.

283 Calmeil 1845.

284 Goldstein 1997a, 288.

285 Goldstein 1997a, 281.

seulement en l'isolant de l'environnement pathogène, mais aussi par les principes de la morale²⁸⁶. Or, l'autorité que revendiquent les aliénistes à l'égard du fou vient sur un terrain thérapeutique qui a déjà été occupé depuis longtemps par certaines congrégations religieuses, notamment les frères de Saint-Jean-de-Dieu²⁸⁷. Le rôle des ecclésiastiques dans les soins aux aliénés, retrouve une importance dans les hôpitaux et surtout dans les régions rurales sous Napoléon, et plus encore pendant la Restauration. Répondant à la fois au manque de personnel laïc et à une résurgence catholique, les soins infirmiers des religieuses deviennent indispensables après les années 1830, et surtout suite à la loi Falloux de 1850, qui leur accorde un pouvoir légitime dans l'instruction publique, en autorisant l'enseignement catholique dans les écoles primaires et secondaires²⁸⁸. Ce ne fut qu'à partir des années 1870, avec l'aliéniste Désirée Bourneville, disciple de Charcot, que la laïcisation du personnel des hôpitaux prend un véritable tournant administratif et politique²⁸⁹.

La position anticléricale des premiers aliénistes se manifeste dans les études sur le suicide, notamment celles de Chevrey (1816), d'Esquirol (1821) et de Falret (1822). Sans mentionner la religion, Chevrey parle de la nécessité de développer une « saine morale »²⁹⁰ par une « bonne éducation »²⁹¹, qui permet de résister à l'influence des passions. Esquirol, quant à lui, préconise les effets bénéfiques d'une éducation qui « repose sur des principes plus solides de morale et de religion »²⁹². Falret réitère la proposition de son maître : « L'expérience a prouvé qu'une éducation molle et complaisante ne peut qu'augmenter le penchant au suicide » et il parle de « la nécessité d'une éducation fondée sur les bases d'une morale pure et d'une religion douce et éclairée »²⁹³. Il atténue cependant cette proposition, en rappelant qu'il faut

286 Voir Digby 1985, 33-104.

287 Goldstein 1997a, 265-266. Voir Guillemain 2004.

288 Léonard 1977, 887-907 ; Lalouette 1991.

289 Lalouette 1991, 29-31.

290 Chevrey 1816, 52.

291 Chevrey 1816, 50.

292 Esquirol 1838, t. 1, 668.

293 Falret 1822, 285.

éviter le fanatisme. La prudence de Falret envers la religion, dont il délimite les bienfaits en 1822, cédera dans les années 1840 à une revendication des principes religieux dans les soins des malades mentaux. En 1840, Cazauvieilh précise davantage la distinction entre la morale et la religion, considérant cette dernière comme un des éléments constitutifs et nécessaires de la bonne éducation. Selon lui, les bonnes mœurs ne suffisent pas pour prévenir le suicide, il faut encore « une conviction religieuse profonde »²⁹⁴. En ce sens, le pouvoir de la morale devant un crime juridique, comme le meurtre, est impuissant devant un acte désormais dépenalisé, et qui n'est que « crime » religieux. Cazauvieilh inscrit cette réflexion dans le cadre plus large de l'instruction publique, qu'il faut réformer afin de répondre au nouvel ordre social et économique. Selon lui, l'accès généralisé à l'éducation produit des aspirations, souvent déçues, des jeunes qui viennent dans les grandes villes²⁹⁵. L'affirmation selon laquelle la morale reste insuffisante et inefficace sans principes religieux est soutenue également par Étoc-Demazy, dans son traité de 1844. Selon lui, il faut une « éducation vraiment morale, fortifiée par ces préceptes évangéliques dont la sagesse nous éclaire et nous purifie »²⁹⁶.

À partir du milieu des années 1840, la foi chrétienne et la pratique religieuse sont considérées comme les moyens majeurs de prévention du suicide. Bourdin voit dans le christianisme un « véritable miracle » et le seul moyen capable de « dompter les passions » et de prévenir le suicide²⁹⁷. Debreyne partage cet avis, voyant dans une « bonne éducation chrétienne » le remède principal : « [I]nstruction religieuse, foi ou croyance religieuse et pratique religieuse, c'est-à-dire une bonne éducation chrétienne, voilà le remède radical et spécifique sans lequel tous les autres sont à peu près vains et impuissants. »²⁹⁸ Sans une bonne éducation religieuse, la population urbaine et rurale est affaiblie par « l'oubli des devoirs religieux, tous les vices, l'ivrognerie, le

294 Cazauvieilh 1840, 324.

295 Cazauvieilh 1840, 322-323.

296 Étoc-Demazy 1844, 202.

297 Bourdin 1845, 72-73.

298 Debreyne 1847, 216.

libertinage, la paresse »²⁹⁹. Étant à la fois médecin et prêtre, la voix dominante dans ce traité est claire : « La confession catholique, voilà l'infaillible remède contre le suicide... »³⁰⁰

Le renouveau catholique conservateur après la Révolution de 1848, que l'on constate dans les écrits des médecins et des aliénistes paradoxalement donne lieu à une vision plus nuancée du suicide, qui accepte l'existence du suicide libre et volontaire. Ce type de suicide se situe entre un statut pathologique et donc médical, d'un côté, et un statut juridique qu'il avait avant 1791, de l'autre. La mesure de prévention principale pour le suicide non aliéné relève avant tout de la religion et de la morale, car l'individu suicidaire sain d'esprit conserve son libre arbitre et, en agissant volontairement, est responsable de ses actes. Inversement, comme Laurent Mucchielli et Marc Renneville le montrent, la pathologisation du suicide durant la première moitié du siècle a eu pour objectif la déculpabilisation de cet acte³⁰¹. Dans cette perspective double sur le suicide, on constate de nouveaux appels à la criminalisation de la part des médecins, non plus du suicide lui-même, mais de tout ce qui entoure cet acte. Je reviendrai à ces appels aux nouvelles lois sur le suicide dans la dernière partie de ce chapitre.

Pour les aliénistes du milieu du siècle, comme Brierre de Boismont, Lisle, Bertrand, Le Roy et Ebrard, « [l]e sentiment religieux, en général, est le préservatif le plus efficace du suicide »³⁰². Le type de religion est important également. Le Roy est l'un des seuls à voir le potentiel préventif de « toutes les religions dont les dogmes et la morale nous apprennent à souffrir avec courage »³⁰³. Lisle et Bertrand, quant à eux, réduisent le champ religieux au christianisme³⁰⁴, tandis que pour Brierre de Boismont et Ebrard, seule « la confession catholique » offre « un des meilleurs moyens prophylactiques connus contre le

299 Debreyne 1847, 216.

300 Debreyne 1847, 235.

301 Mucchielli et Renneville 1998, 7.

302 Lisle 1856, 298.

303 Le Roy 1870, 267.

304 Lisle 1856, 306, note 1 ; Bertrand 1857, 185.

suicide »³⁰⁵. En revanche, tous rejettent « les doctrines mystiques et panthéistes », ainsi que la philosophie positive et matérialiste³⁰⁶ qui, au contraire, conduisent au suicide. À la différence de Pinel, les aliénistes comme Brierre de Boismont et Ebrard reconnaissent l'apport bénéfique des cloîtres dans la prévention du suicide, conçus comme une forme d'asile³⁰⁷, pouvant présenter « un abri aux âmes désespérées par les passions »³⁰⁸. Tout en reconnaissant l'importance de l'éducation morale pour la prévention du suicide, ces aliénistes la voient donc comme insuffisante sans les principes moraux du christianisme, qui doivent, selon Bertrand, « dominer tout autre enseignement » et être appliqués partout³⁰⁹.

L'éducation morale devient alors le véhicule des valeurs et des principes religieux, mais aussi des préceptes de discipline et de bons comportements. Brierre de Boismont cite l'ouvrage de Jean Dumas, pasteur de l'église française réformée de Leipzig, publié en 1773, dans lequel l'auteur présente les valeurs morales comme étant capables de donner la force à l'individu de lutter contre ses passions et son penchant au suicide, et qui doivent donc être développées dès l'enfance :

Il faut s'accoutumer à l'ordre, à la modération, à la patience, aux privations, de s'endurcir à la douleur, de se plier, comme il convient, aux choses qu'on ne peut empêcher ou changer ; de s'abstenir des excès ou des vices, de tout ce qui peut abrèger la santé, déranger la constitution, aigrir l'humeur, vicier le caractère, corrompre les penchants et les mœurs. Il faut apprendre à envisager tout du meilleur côté, à se consoler de tout ; à se faire un fond de gaieté et de contentement qui soit à l'épreuve des catastrophes, et à se mettre en garde contre cette causticité de l'esprit qui se plaît à peindre tout en laid, contre cette misanthropie qui fait haïr les autres et soi-même, contre ces circonstances, ces bizarreries, ces caprices, sources de tant de dégoûts, de déplaisirs, d'inquiétudes qui empoisonnent les plus douces jouissances. Le bonheur de la vie dépend de tous ces soins ; pour être heureux, il faut les prendre dès sa jeunesse³¹⁰.

305 Brierre de Boismont 1856, 594 ; Ebrard 1870, 437.

306 Lisle 1856, 306, note 1 ; voir également Le Roy 1870, 267.

307 Ebrard 1870, 460.

308 Brierre de Boismont 1856, 594.

309 Bertrand 1857, 187.

310 Dumas 1773, cité par Brierre de Boismont 1856, 589.

Brierre de Boismont s'accorde avec les valeurs morales avancées par Dumas, comme moyens de lutter contre le suicide. Cependant, il considère que la plupart des enfants et des jeunes ne disposent pas d'une volonté et d'une force suffisantes pour en tirer profit³¹¹. Le développement de ces valeurs doit être soutenu par les parents et les instituteurs, et plus généralement par le système scolaire comme institution³¹². Les parents et les enseignants doivent apporter un sens à l'activité des enfants et lutter contre l'ennui et la paresse, tous deux des causes de suicide.

Pour Bertrand, l'éducation doit être « fondée sur les bases d'une morale pure et d'une religion douce et éclairée », qui protège les jeunes de la lecture d'ouvrages dangereux « philosophiques » ou romantiques, comme *Les souffrances du jeune Werther* de Goethe³¹³. Le Roy, quant à lui, aborde cette question du point de vue institutionnelle et comme une des mesures collectives contre le suicide, y voyant un moyen efficace « pour rendre les individus faciles à redresser » et donc à contrôler³¹⁴. Selon lui, généraliser l'accès à l'éducation permet d'améliorer la salubrité de toute la population. Il publie ce traité en 1870, au cœur des réformes sur l'instruction publique, notamment la loi Duruy adoptée en 1867 qui, entre autres, officialise l'enseignement primaire général et gratuit pour les filles³¹⁵. Cette éducation doit donc répondre aux besoins de populations différentes, ce qui amène Le Roy à proposer de l'étendre au-delà de l'instruction primaire, en établissant des cours d'adultes et des conférences, en construisant des bibliothèques dans chaque commune, ainsi qu'en généralisant l'instruction secondaire sur toute la France³¹⁶.

311 Brierre de Boismont 1856, 589.

312 Brierre de Boismont 1856, 594.

313 Bertrand 1857, 188-189.

314 Le Roy 1870, 266.

315 Dauphin 2014.

316 Le Roy 1870, 266.

De nouveaux appels aux lois répressives

Dès lors que le suicide est défini comme un symptôme de l'aliénation mentale et considéré ainsi comme un acte involontaire, les aliénistes rejettent toute application de loi sur les actes commis par les suicidaires aliénés. Bien que les aliénistes de la première moitié du 19^e siècle inscrivent tout suicide dans le cadre de la psychopathologie, et en font donc un objet médical, on constate chez eux une nostalgie pour les lois contre le suicide. Par ce rappel nostalgique qui traverse tout le siècle, ils cherchent non pas à rétablir le statut criminel du suicide, mais à identifier des mesures préventives efficaces. Ils ne tentent pas non plus de réinstaurer les peines « barbares » d'avant 1791, comme la confiscation des biens et les « supplices » imposés au cadavre du suicidé. À l'exception de quelques aliénistes de la seconde moitié du siècle, qui souhaiteraient de nouveau faire du suicide un acte criminel, la plupart d'entre eux voient dans la législation la possibilité de détourner certains suicidaires de leur projet, en cherchant à flétrir leur réputation et leur mémoire. D'autres lois visent l'accès aux produits qui peuvent devenir des moyens de se donner la mort, comme les produits chimiques. D'autres encore portent sur la publicité faite au suicide dans les journaux. Cet appel aux lois répressives s'intensifie et se généralise à partir des années 1840.

La position ambiguë sur la législation contre le suicide est particulièrement manifeste chez le médecin légiste François-Emmanuel Fodéré, qui plaide pour le rétablissement des lois répressives dans les cas du suicide libre et volontaire³¹⁷. Devant la difficulté à changer les mœurs, les habitudes et les opinions, et en attendant que ces mesures hygiénistes et préventives portent leurs fruits, les lois répressives représentent, selon lui, une solution rapide et efficace. En tant que figure de l'Ancien Régime, Fodéré n'adopte pas le point de vue de ses contemporains, selon lequel tout suicide est un acte de folie. Avant même les débats sur la pathologie du suicide dans les années 1840, il divise cet acte en deux types. L'un est involontaire, car il est commis

317 Voir Fodéré 1816, 476 ; Fodéré 1832, 178-179. Voir Yampolsky 2018.

dans un état de délire. Dans ces cas, il faut soigner la folie dont il est le symptôme. L'autre est volontaire et doit être soumis à des lois répressives.

En faisant du suicide un objet strictement médical, qui ne devrait donc pas être puni par la loi, Esquirol interroge cependant le potentiel préventif de la législation :

[L]e suicide est-il un acte criminel qui puisse être puni par les lois ? le législateur a-t-il des moyens pour le prévenir ? Puisque le suicide est presque toujours l'effet d'une maladie, il ne peut être puni, la loi n'infligeant de peine qu'aux actes volontairement commis dans la plénitude de la raison [...]. Mais, dans l'intérêt de l'humanité et de la société, le législateur peut-il recourir à des moyens propres à prévenir un acte qui outrage également les lois naturelles, les lois religieuses et les lois sociales [...] ?³¹⁸

Esquirol reste prudent à propos de la législation contre le suicide, car elle compromettrait justement le statut pathologique qu'il attribue de manière générale à cet acte, mais aussi la légitimité du savoir et de la pratique psychiatriques sur les actes commis par les aliénés, notamment dans la « campagne » qu'il mène avec ses disciples sur la monomanie et l'expertise psychiatrique dans le contexte juridique. Faute de loi contre le suicide et en « attendant qu'une sage législation apporte quelque remède à cette plaie de la société », les mesures préventives qu'il valorise doivent provenir de l'éducation morale et religieuse³¹⁹. Un des domaines où les principes moraux et religieux doivent agir concerne la censure de la publication d'ouvrages immoraux et des faits divers sur le suicide qui « inspirent le mépris de la vie et vantent les avantages de la mort volontaire »³²⁰, contribuant ainsi à la contagion du suicide³²¹. Comme la plupart des aliénistes, Esquirol critique fortement l'influence de ces récits sur la population, qui « familiarisent avec l'idée de la mort, et font regarder avec indifférence la mort volontaire »³²². Il voit dans ces

318 Esquirol 1838, t. 1, 664-665.

319 Esquirol 1838, t. 1, 668.

320 Esquirol 1838, t. 1, 668.

321 Sur l'aspect contagieux du suicide, je me permets de renvoyer à Yampolsky 2021a.

322 Esquirol 1838, t. 1, 668-669.

cas réels ou fictionnels le déclencheur, sur fond d'autres causes, qui fait basculer l'individu dans le suicide :

Les exemples fournis tous les jours à l'imitation sont contagieux et funestes, et tel individu, poursuivi par les revers ou par quelque chagrin, ne se serait pas tué s'il n'avait lu dans son journal l'histoire du suicide d'un ami, d'une connaissance. La liberté d'écrire ne saurait prévaloir contre les vrais intérêts de l'humanité³²³.

En attendant qu'une loi sur la publication soit adoptée, il faut que la morale transforme déjà la réaction publique au suicide, d'une indifférence à un recul, un dégoût et un rejet. Le besoin de censurer les journaux à propos du suicide est soutenu par d'autres aliénistes, notamment par Étoc-Demazy qui, dans son traité de 1844, sépare les « hommes qui ont besoin de connaître les faits de ce genre, dans un but vraiment utile », du reste de la population. Les premiers « pourront d'ailleurs les trouver dans les ouvrages sur le suicide et dans les archives des tribunaux »³²⁴. Dans tous les autres cas, il faut « laisser mourir dans l'oubli ceux qui désertent la vie », non seulement comme moyen de protéger la population des faits divers dangereux et de l'imitation du suicide, mais aussi comme moyen préventif moral contre cet acte. Laronde et Lisle plaident, tous les deux, pour une interdiction « absolue » de la publication des comptes rendus des suicides³²⁵. Le Roy, quant à lui, est d'accord qu'il faut modifier la législation : « Aucun journal n'aurait alors le droit de s'en emparer et de mettre en relief les détails de certains d'entre eux. »³²⁶ Une mesure de censure sur les faits divers concernant le suicide dans les journaux est défendue déjà en 1829 par les auteurs du « Rapport général des travaux du Conseil de salubrité de la ville de Paris pour l'année 1828 », publié dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Visant les moyens de prévenir le suicide, les auteurs affirment que

[d]ans l'intérêt de la morale publique, les journaux devraient complètement s'abstenir d'annoncer un suicide quel qu'il soit,

323 Esquirol 1838, t. 1, 668-669.

324 Étoc-Demazy 1844, 204.

325 Laronde 1848 (Prix Civrieux, no 9), 137 ; Lisle 1856, 463.

326 Le Roy 1870, 261.

car nous avons de fortes raisons pour croire que de pareilles publicités ont plus d'une fois déterminé certains individus, déjà mal disposés, à précipiter le terme de leur vie³²⁷.

Tout en reconnaissant la nécessité de faire pression sur les journaux contre la publication des cas de suicide³²⁸, Falret, quant à lui, rejette entièrement le retour des lois répressives. Il critique l'opinion de Joseph Franck, de Fodéré et d'Esquirol, selon laquelle « l'abrogation des lois répressives favorise le suicide », ainsi que leur proposition de « les remettre en vigueur »³²⁹. Comme il l'affirme : « [N]ous sommes bien convaincus que dans la très grande majorité des cas, ces lois seraient *injustes, inutiles, et même dangereuses*. »³³⁰ S'il y a plus de suicides depuis sa dépénalisation, selon Falret, ceci est dû « à notre situation politique actuelle, aux causes que j'ai ailleurs énumérées, et non à l'abrogation des lois répressives »³³¹. Il s'accorde cependant avec Esquirol lorsqu'il privilégie d'autres moyens préventifs sociaux : « [I]l serait bien plus sage, selon nous, de chercher à ramener les esprits par des maximes de religion, de philosophie, par une juste appréciation des règles de l'honneur. »³³²

Parmi les aliénistes qui considèrent tout suicide comme un acte de folie, la position sur le rôle de sa législation reste ambiguë. Bien qu'ils refusent radicalement la criminalité du suicide, ils reconnaissent le pouvoir préventif des lois comminatoires³³³. Cette ambiguïté se résout jusqu'à un certain point, lorsque les aliénistes affirment l'existence du suicide volontaire et libre. Dès les années 1840, on constate en effet une défense plus explicite de la restauration des lois répressives comme moyen de prévenir le suicide. En 1847, Debreyne propose une loi civile, à l'image de la loi ecclésiastique, qui ordonnerait que « l'inhumation d'un suicidé se fasse clandestinement, pour témoigner que sa famille

327 Arcet et al. 1829, 341-342.

328 Falret 1822, 283.

329 Falret 1822, 267.

330 Falret 1822, 267-268.

331 Falret 1822, 274.

332 Falret 1822, 282.

333 Voir Bourdin 1845, 72.

et la société ont à rougir de sa fin »³³⁴. Il voit également des avantages de livrer les corps des suicidés « aux amphithéâtres publics de dissection »³³⁵, en se référant à l'ordonnance passée par le roi de Saxe dans les années 1820. C'est la honte du suicidaire et de sa famille que viserait une telle loi, et non pas des sanctions financières, ni des mesures violentes comme les peines exercées sur le cadavre. Charles Laronde reconnaît le pouvoir préventif de la « loi religieuse » contre le suicide, en privant le suicidé d'une sépulture chrétienne³³⁶. Il critique l'usage sélectif de cette mesure, en affirmant la nécessité de l'appliquer « avec la plus haute impartialité, et dans toutes les circonstances où l'aliénation mentale n'est pas des plus évidente »³³⁷. Il réprovoque ici la complicité entre les familles des suicidés, les médecins et les ecclésiastiques dans certains cas, notamment ceux des familles riches, qui ont pu influencer l'expertise des médecins et la décision des ecclésiastiques³³⁸. Comme Debreyne, Laronde propose d'exposer le corps des suicidés dans les salles d'autopsie. Une démarche qui transforme la honte de l'exposition du cadavre en public, pratiquée avant la dépénalisation, par son inscription dans un cadre médical et pédagogique.

Bertrand, lui aussi, défend l'efficacité des lois dont les peines portent sur le cadavre du suicidé. Tout en refusant les peines sévères d'autrefois, comme la confiscation des biens et l'exposition du cadavre, il propose d'agir sur la mémoire et l'honneur du suicidé non aliéné en le privant de sépulture³³⁹. Il propose d'« établir dans chaque canton un tribunal composé du juge de paix, d'un docteur en médecine et d'un ministre de la religion à laquelle appartient l'auteur de l'attentat », qui examinerait chaque cas de suicide pour déterminer l'imputabilité ou la non-imputabilité du suicide³⁴⁰.

334 Debreyne 1847, 205.

335 Debreyne 1847, 206.

336 Laronde 1846 (Prix Civrieux, no 9), 135.

337 Laronde 1846, 136.

338 Laronde 1846, 136.

339 Bertrand 1857, 201.

340 Bertrand 1857, 202.

Pour Brierre de Boismont, les lois contre le suicide sont inutiles chez les « peuples civilisés ». En revanche, la législation peut agir sur les causes sociales et environnementales qui favorisent la déviance, comme l'abus d'alcool et les loisirs immoraux. Il propose ainsi d'imposer une amende, la prison ou quelques jours de travail au profit de l'État à ceux qui s'enivrent – l'ivrognerie étant reconnue comme une des causes les plus importantes de la folie, du suicide et des crimes. Dans ce même but, il propose encore de diminuer le nombre de cabarets, comme lieu d'enivrement et de loisirs immoraux³⁴¹.

Outre les lois canoniques, toujours pratiquées par les ecclésiastiques, aucune loi explicite n'existe contre l'acte du suicide lui-même. En 1870, Ebrard critique la « législation muette » sur le suicide et affirme la nécessité de trouver une « flétrissure » à cet acte. À l'argument de ceux qui critiquent les peines contre les morts, Ebrard affirme que ces lois cherchent non pas à atteindre le mort, mais plutôt à prévenir « l'exemple et le scandale »³⁴². Ebrard va encore plus loin, lorsqu'il affirme que le suicide est un crime qu'il faut punir par une loi pénale³⁴³, car elle sera capable de produire la perte de l'honneur et la honte, et ainsi « d'arrêter la main du suicide »³⁴⁴.

Déjà en 1856, Lisle annonce cette même opinion : « [E]n présence de l'accroissement si rapide des suicides, la loi ne peut ni ne doit rester plus longtemps indifférente. »³⁴⁵ Selon lui, deux mesures sont capables de prévenir le suicide : la religion et les lois répressives. Il appelle donc à une nouvelle inscription du suicide « parmi les délits ou les crimes », qui viendraient au secours des lois canoniques³⁴⁶. Il souligne le statut ambigu du suicide par une contradiction dans la législation française, selon laquelle le suicidé non aliéné ne rencontre aucun obstacle dans la validation du testament, ce qui n'est pas le cas pour les aliénés ni pour les meurtriers condamnés³⁴⁷. Il s'indigne devant

341 Brierre de Boismont 1856, 612.

342 Ebrard 1870, 462.

343 Ebrard 1870, 466 et 468.

344 Ebrard 1870, 468.

345 Lisle 1856, 444.

346 Lisle 1856, 482.

347 Ebrard 1870, 472.

cette incohérence : « Quelle est ici la différence ? Pourquoi cette distinction ? Est-ce que le suicidé n'est pas réellement un meurtrier ? Se tuer, n'est-ce pas tuer un homme ? »³⁴⁸ Ebrard explique sa défense des lois et des « flétrissures » contre le suicide libre par une vision hygiéniste, selon laquelle l'État et ses législateurs détiennent une responsabilité à l'égard de la santé de la population³⁴⁹.

Ce renouveau juridique dans l'opinion médicale sur le suicide met en évidence la difficulté de définir une fois pour toutes le statut du suicide. Ebrard souligne également la difficulté de prévenir le suicide, par les moyens juridiques, ou par les moyens médicaux et psychiatriques. Les appels à de nouvelles lois contre le suicide au cours du 19^e siècle reposent sur l'alliance hygiéniste grandissante entre la médecine et l'État. En effet, la justification qu'en donne Ebrard en 1870 inscrit le suicide comme crime dans une perspective sanitaire, car il revient autant à la médecine qu'à l'État de veiller sur la santé de sa population.

Les mesures préventives que je viens de présenter ici, qui portent sur le travail, la famille, l'éducation, la religion et la législation, ne représentent pas tous les milieux que visent les aliénistes. D'autres mesures portent également sur les loisirs et les mœurs, afin de réduire la débauche, la prostitution, l'abus d'alcool et de drogues, les jeux d'argent et d'autres activités considérées comme des causes du suicide. D'autres mesures encore visent des circonstances politiques ou économiques spécifiques, qui ne sont pas évoquées par tous les aliénistes. On peut mentionner, par exemple, Émile Le Roy, qui considère la colonisation comme un moyen efficace de prévention du suicide. L'émigration permettrait de voyager, de déplacer l'individu suicidaire afin de le « distraire et renouveler l'air »³⁵⁰. Pour lui, « l'émigration en masse » dans les colonies permettrait non seulement de prévenir le suicide, mais elle constituerait également une solution à la surpopulation dans les grandes villes. Elle offre des avantages pour ceux qui s'expatrient, mais aussi pour « ceux qui restent sur le sol natal,

348 Ebrard 1870, 472.

349 Ebrard 1870, 477-478.

350 Le Roy 1870, 257-258.

[qui] se trouvent, par suite du vide fait au milieu d'eux, dans des conditions d'existence plus facile »³⁵¹. L'argumentation hygiéniste prévaut pour chacune des mesures de prévention, même dans le cas de l'émigration et de la colonisation. Ce qui met en évidence la volonté des aliénistes et des hygiénistes d'inscrire leur expertise dans toutes les fonctions et institutions sociales. En ce sens, le suicide n'est pas seulement un problème qui dépasse le strict cadre de la pathologie, mais c'est aussi une telle « infiltration » de la médecine dans d'autres institutions qui fait du suicide un objet hétérogène et difficile à maîtriser.

351 Le Roy 1870, 262.

Conclusion

Tout au long de cette étude, j'ai analysé comment, dès l'établissement de la médecine mentale comme branche médicale autonome, les aliénistes français ont redéfini le suicide en un objet médical. Ils ont ainsi affirmé leur autorité sur le suicide, qu'il soit pathologique ou non. Le statut du suicide s'est radicalement transformé au cours de l'histoire et plusieurs institutions et savoirs ont tenté d'inscrire ce phénomène dans leur propre champ de compétences. Or, aucune discipline à elle seule n'est parvenue à le maîtriser. Ce qui a motivé le développement de la suicidologie comme métadiscipline, au cours du 20^e siècle, composé de différentes expertises (médecins, psychologues, philosophes, historiens, architectes, etc.). De plus, aucune discipline n'a réussi à maîtriser ce phénomène, ni à le prévenir systématiquement. À mon sens, cet échec provient en grande partie de l'hybridité interne à cet objet, qui implique plusieurs facteurs fondamentaux : la question de la volonté de l'individu, son droit de disposer de sa vie, les transgressions envers l'Église et l'État, mais aussi les influences de facteurs sociaux qui déterminent autant les conditions de vie que l'état psychique de l'individu. Pour comprendre l'hybridité de cet objet médical dans toute sa complexité, j'ai essayé de montrer deux éléments principaux. Tout d'abord, l'appropriation médicale du suicide par les aliénistes résulte d'une tentative de réunir ces facteurs au cœur d'un seul savoir et d'une seule pratique. J'ai montré comment d'autres discours et d'autres savoirs ont influencé le regard médical sur la folie et le suicide, et ont ainsi surdéterminé la manière selon laquelle les aliénistes conçoivent cet acte. Ensuite, ces influences

discursives et épistémologiques ont joué un rôle important dans la définition du cadre disciplinaire et professionnel de la médecine mentale au cours du 19^e siècle.

Non sans contestations et concurrences professionnelles et disciplinaires de la part de certains ecclésiastiques, juristes et d'autres savoirs, l'appropriation médicale du suicide s'est fondée sur une grande production théorique et pratique, dont témoignent les très nombreuses publications et les débats publics. Si le lien entre folie et suicide persiste depuis des siècles, les aliénistes parviennent à construire un appareil théorique pour expliquer ce lien et pour affirmer l'autorité médicale sur la nature proprement pathologique de cet acte. Or, l'analyse de ces études et de ces débats m'a permis de mettre en évidence l'importance des controverses et la divergence d'opinions sur la pathologie du suicide parmi les médecins eux-mêmes. En effet, loin d'avoir fait consensus, la position des aliénistes et d'autres médecins du 19^e siècle n'a jamais été monolithique. Bien que le rapport entre la folie et le suicide ait été un des enjeux majeurs des théories de la médecine mentale, le statut médical de cet acte a subi de nombreuses transformations et a fait l'objet de débats et de concours médicaux. Afin de démontrer la pluralité de ces points de vue, j'ai donc analysé comment les médecins ont défini cet acte et comment ils l'ont rapporté à différents genres de folie. Par une analyse des traités, des mémoires et des entrées de dictionnaires médicaux, j'ai comparé les différentes manières selon lesquelles les médecins du 19^e siècle ont défini le suicide. Ces problèmes de définition portent non seulement sur le geste lui-même de se donner la mort, mais aussi sur la temporalité du phénomène. Ainsi, les aliénistes se confrontent à la difficulté de préciser les paramètres de cet « acte ». S'agit-il d'un acte, d'un événement ou d'un phénomène d'une longue durée ? À quel moment commence un suicide ? Ces questions sont importantes dans le cadre des théories médicales, car il s'agit là d'un paradoxe que les médecins se voient obligés de résoudre. Si le suicide ne constitue *que* le passage à l'acte et la mort qui en résulte, alors quelle pertinence peut-il y avoir à le « soigner » ou à le prendre en charge ? De là émerge la nécessité de le repenser en termes de chronicité, comme un processus, plus ou moins long, que le médecin peut

observer, identifier, découper en étapes, dont il peut nommer les symptômes et les causes, et ultimement qu'il peut prévenir. Or, si le suicide est un processus chronique, qui, lui, est produit par la folie, comment distinguer ces deux états ? Ces difficultés ont très vite mené les aliénistes à concevoir le suicide non pas comme une maladie *sui generis*, mais comme un symptôme ou une conséquence de la folie.

Afin de mettre en évidence les développements médicaux qui ont permis aux aliénistes de concevoir le suicide comme un acte de folie, j'ai organisé ce livre en fonction des principaux critères considérés par les aliénistes eux-mêmes comme étant les plus importants. Il s'est agi alors de « déplier » cet objet médical et d'étudier chacun de ces critères, ce qu'il représente en médecine mentale au cours du siècle, et le sens qu'il a dans les études sur le suicide. En ce sens et jusqu'à un certain point, ce livre a suivi l'organisation des traités médicaux sur le suicide de l'époque : la définition et l'histoire du suicide en médecine, ses symptômes, ses causes, son traitement et sa prévention. Cette façon d'organiser mon étude a permis également de présenter de manière chronologique les développements médicaux concernant chacun de ces critères, et de mettre en évidence les transformations et les débats qui ont eu lieu au cours du siècle pour ces différents aspects du suicide comme objet médical. Ces critères sont développés de manière différente selon les genres d'écrits et de publications. Devant la grande quantité de sources médicales, imprimées et manuscrites, il a été important également d'identifier les objectifs visés par chacun de ces genres de textes, mais aussi les types d'échanges et de circulation du savoir médical. À partir de là, j'ai analysé non seulement les théories et les observations médicales sur le suicide, mais aussi l'influence d'autres discours qui se manifestent dans les écrits des médecins. En effet, la terminologie qu'utilisent les aliénistes eux-mêmes est non seulement médicale, mais aussi morale, par quoi ils attribuent justement une valeur morale au suicide. Une telle influence d'autres discours sur celui des médecins met en évidence non seulement la complexité du suicide comme notion, mais aussi la difficulté qu'éprouvent les médecins à le concevoir. Une difficulté que l'on constate encore aujourd'hui et que la

médecine a tenté, depuis le milieu du 20^e siècle, de résoudre, avec la suicidologie, par une approche pluridisciplinaire.

Par l'hybridité même du suicide, on constate que les positions médicales sont, elles aussi, divergentes et multiples¹. En effet, comme on a pu le voir, les aliénistes sont loin de s'accorder sur la nature pathologique du suicide, ni sur son statut de « maladie » à proprement parler. Cependant et malgré ces positions divergentes, on constate que le suicide demeure toujours dans le cadre médical. Ce qui m'a permis d'avancer une nouvelle hypothèse : de même que le suicide ne devient *pas* un acte comme un autre suite à sa dépénalisation, et se déplace au contraire entièrement dans le cadre médical, les aliénistes du milieu du 19^e siècle qui défendent l'existence du suicide volontaire continuent à l'ancrer fermement dans ce cadre médical, et plus précisément hygiéniste. Qu'il soit considéré comme pathologique ou non, le suicide relève toujours – et encore aujourd'hui – de l'expertise psychiatrique. Ce qui pose la question des frontières de ce cadre, qui se redéfinissent au cours du 19^e siècle.

J'ai abordé le suicide depuis le prisme disciplinaire de la naissance et du développement de la médecine mentale comme branche médicale autonome. Dès les écrits des premiers aliénistes comme Pinel et Daquin, le suicide est énoncé comme un problème « psychiatrique » qui nécessite une réponse non plus juridique, ni religieuse, mais proprement médicale. Bien que Pinel ne considère pas le suicide comme étant toujours un acte de folie, sa position sur la réponse médicale à cet acte dans tous les cas – qu'il soit pathologique ou non – est sans appel : seul un médecin dispose d'outils nécessaires et suffisants pour identifier le suicide pathologique, et donc des moyens efficaces pour y répondre. Si aujourd'hui la prévention du suicide implique plusieurs disciplines, la prise en charge des suicidaires en revanche revient d'abord et avant au savoir médical. La position de Pinel se généralise avec Esquirol, qui affirme que le suicide constitue « presque toujours » un symptôme de la folie. Et ce n'est qu'au milieu du siècle que les aliénistes adoptent une position plus nuancée, notamment avec Étoc-Demazy, Lisle et

1 Sur ce point, on pourrait consulter Edelman 2003.

Brierre de Boismont. Pour ces aliénistes, il y va de deux types de suicide, l'un involontaire et pathologique, l'autre volontaire et libre. Comme j'ai tenté de le montrer, cette nouvelle position du milieu du siècle émerge du fait que le suicide résiste à son inscription tout entière dans le cadre médical et à son identification systématique à l'aliénation mentale. En plus de cette division du suicide en fonction de la volonté, la plupart des aliénistes excluent de la catégorie « suicide » différents types de mort volontaire, notamment le sacrifice des militaires ou celui des parents, accomplis pour des raisons qu'ils estiment « honorables ». Si, au niveau théorique, le regard sur le suicide devient plus nuancé au milieu du siècle, les aliénistes présentent peu de cas concrets du suicide volontaire et non aliéné. On constate ce paradoxe encore aujourd'hui chez un grand nombre de suicidologues qui reconnaissent l'importance d'une approche interdisciplinaire, tout en affirmant que le suicide est le produit de troubles mentaux dans de nombreux cas, voire dans tous les cas, nécessitant ainsi une intervention psychiatrique.

En effet, si le suicide n'entre pas entièrement dans le cadre de la médecine mentale, et ne relève pas toujours d'un acte de folie, les médecins maintiennent leur point de vue privilégié sur cet acte. Face à cette position nuancée, les aliénistes repensent non plus seulement l'acte mais le cadre médical dans lequel ils tentent de l'inscrire. En ce sens, le suicide représente un objet idéal pour l'étude du développement des enjeux hygiénistes de la médecine mentale à cette époque. Lors des débats sur la pathologie du suicide, pendant les années 1840 et 1850, la reconnaissance du suicide volontaire et non pathologique s'inscrit dans la posture hygiéniste sur la santé et les comportements de toute la population. Ainsi, loin de considérer le suicide volontaire comme un acte « normal » qui sort du cadre médical, les médecins aliénistes et hygiénistes développent leur regard, leurs théories et leurs pratiques sur toute la société. Dès lors, ils affirment plus fortement que jamais la nécessité d'allier le savoir médical à d'autres domaines sociaux, administratifs, juridiques, économiques, politiques, voire religieux. Cette ouverture du cadre médical, qui permet d'inscrire un plus vaste ensemble de comportements considérés comme anormaux et déviants, amène

certaines aliénistes à plaider pour l'adoption de nouvelles lois répressives contre le suicide, plus précisément contre le suicide volontaire, libre et donc non pathologique. Bien que cet appel soit resté sans réponse, on constate aujourd'hui une intrication complexe entre médecine, santé publique et justice, non seulement pour la prise en charge psychiatrique des suicidaires, mais aussi et surtout pour la prévention de cet acte.

Devant la difficulté d'inscrire le suicide entièrement dans le cadre médical et d'en faire un acte strictement et systématiquement pathologique, j'ai montré comment les aliénistes ont eu recours à d'autres discours et ont inscrit d'autres positions sur le suicide au cœur de leurs théories. En ce sens, si le suicide résiste à la maîtrise du savoir médical, il s'agit alors de redéfinir le cadre médical et ses explications. Ainsi, j'ai constaté de nombreuses références à des textes philosophiques, religieux et moraux, littéraires, criminologiques et juridiques sur le suicide. Outre ces références explicites, les aliénistes adoptent certains de ces points de vue extérieurs, qu'ils inscrivent dans leurs théories médicales du suicide. Selon mon hypothèse, ce recours à d'autres savoirs et à d'autres discours a permis aux médecins de mieux ancrer cet acte dans le champ des pratiques et des savoirs médicaux, jusqu'à surdéterminer la compréhension proprement médicale de cet acte. J'ai montré que les aliénistes tentent de s'approprier le suicide en adoptant ces autres discours, et donc en élargissant le cadre de leur propre savoir. Ainsi, le discours médical sur le suicide devient lui-même hybride et complexe.

Parmi les résultats de cette recherche, j'aimerais en mentionner deux qui sont particulièrement significatifs. Le premier, qui traverse toute mon étude et se manifeste dans les différents aspects étudiés, concerne le rapport entre le *physique*, le *moral* et la *morale* dans les théories sur l'aliénation mentale. Ce trio conceptuel joue un rôle important dans les théories médicales de la folie, notamment en ce qui concerne l'influence que la morale exerce sur le développement de l'aliénation mentale. L'articulation entre ces trois notions émerge du rapport réciproque que la plupart des aliénistes et des médecins de la première moitié du 19^e siècle établissent entre le physique et le moral, ou entre le corps et le psychisme. Cherchant à localiser la folie dans le corps, ou du

moins à l'attribuer à des dysfonctionnements somatiques, les aliénistes de cette époque, et tout particulièrement ceux de l'école de Paris, rapportent le psychisme (ou le moral) au fonctionnement du corps. Bien que ce rapport soit très ancien, selon mon hypothèse, c'est le troisième élément – la morale – qui permet de le redéfinir et de faire des maladies mentales, et par extension du suicide, à la fois un acte immoral et une psychopathologie. Plus précisément, j'ai montré que l'ambiguïté entre *le moral* et *la morale* amène les aliénistes à concevoir tout acte immoral, déviant ou anormal, comme un acte de folie. Ce glissement terminologique et conceptuel a permis aux médecins d'inscrire les valeurs morales dans le psychisme et de concevoir une nouvelle manière de le relier au corps dans la compréhension de la folie. Aux niveaux thérapeutique et préventif, cette ambiguïté est au cœur de la redéfinition des comportements immoraux, tel que le suicide, en termes d'aliénation mentale, et il en va de même pour leur médicalisation. Ainsi, lorsque les aliénistes étudient les causes du suicide, ils distinguent souvent entre les causes physiques et les causes morales. Or, la fréquente opposition entre le physique et le moral, que l'on constate dans les traités médicaux de la première moitié du 19^e siècle, est ambiguë dans les études étiologiques du suicide. En effet, parmi les causes morales, nombre d'entre elles se rapportent non pas au moral mais à la morale. Comme je l'ai montré dans ce livre, une telle ambiguïté entre le moral et la morale n'est pas une simple erreur ni une imprécision conceptuelle de la part des auteurs. Bien au contraire, elle joue un rôle important dans le développement des théories médicales, qui conçoivent les comportements déviants, comme le suicide, en termes psychopathologiques. Ce n'est qu'avec l'essor de la théorie de la dégénérescence, qui vise tout particulièrement les perversions et les déviances, que le terme de *moral* commence à disparaître des théories psychiatriques, étant remplacé par la notion de *psychisme*, éliminant par là l'ambiguïté terminologique.

Un autre résultat significatif de cette recherche porte sur l'importance des causes dans les études médicales du suicide. Pour les aliénistes, seules l'identification et la compréhension des causes du suicide donnent la possibilité d'élaborer des

moyens thérapeutiques et des mesures préventives efficaces. L'énumération, la description et l'analyse des causes occupent donc la partie la plus volumineuse de chacun des traités. Sur la base d'une étude systématique de l'étiologie du suicide, selon différents médecins et aliénistes, j'ai exposé non seulement la grande quantité et diversité des causes qu'ils identifient et la similitude entre ces différents répertoires étiologiques, mais aussi et surtout le rôle que joue la classification des causes dans la compréhension du suicide comme objet médical. À partir d'une représentation des différents systèmes de classification des causes du suicide, selon chaque auteur², on constate que la manière selon laquelle un aliéniste classe les multiples causes du suicide est déterminante pour la construction de cet acte en un phénomène psychopathologique. Autrement dit, la définition des catégories de causes, et les éléments qu'elles contiennent, surdéterminent l'importance que l'aliénation mentale joue dans l'acte de suicide. Ainsi, l'inclusion de certains comportements considérés comme immoraux parmi les types de folie, que l'on constate chez certains médecins, est non seulement révélatrice de leur conception de la folie, mais elle permet encore et surtout d'augmenter le rôle que la folie joue dans le suicide. Cette étude des causes du suicide révèle également la difficulté que rencontrent les aliénistes à expliquer ses raisons. Aucune cause à elle seule ne parvient à expliquer cet acte. Ce qui amène les aliénistes à combiner les différents types de causes – prédisposantes, déterminantes, occasionnelles, générales, particulières, prochaines, immédiates, lentes, directes, indirectes, etc. – dans un rapport complexe d'enchaînement. Or, ces systèmes de plus en plus complexes et sophistiqués sont traversés, voire compromis, par les préjugés et les valeurs morales des aliénistes eux-mêmes.

Cet ouvrage d'histoire de la médecine comble une lacune dans l'étude du suicide en France au 19^e siècle. Il permet non seulement de mieux comprendre comment le suicide est devenu un objet médical au cours du siècle, mais aussi d'étudier le développement des différentes théories et approches thérapeutiques et préventives. À partir d'une analyse approfondie des différents

2 Voir l'annexe 6 de ma thèse, Yampolsky 2019.

types d'études médicales sur cet objet, j'ai montré que le discours médical demeure fortement influencé, et même surdéterminé, par d'autres discours, dont certains perdurent depuis l'époque qui précède la dépénalisation de cet acte (juridique, religieux, moral), d'autres qui se développent au cours du siècle (littéraire, économique, politique, sociologique). Cette étude du savoir médical sur un objet qui dépasse le strict cadre thérapeutique pourra donner suite à des analyses comparatives, entre le discours et les pratiques médicales, d'un côté, et ces autres discours qui influencent les médecins si fortement, de l'autre. Si le statut médical du suicide – entre maladie, symptôme, acte, événement, fait social – est difficile à déterminer au 19^e siècle, ce problème demeure aujourd'hui.

On peut constater certaines permanences, notamment dans le lien étroit entre le suicide et les troubles mentaux, le rôle actif joué par le champ « psy » non seulement dans la prise en charge des suicidaires mais aussi dans la théorisation de cet objet, ainsi que la notion de contagiosité du suicide. Malgré le grand nombre d'études médicales sur le suicide au cours du 19^e siècle et les efforts de la part des aliénistes pour ancrer cet acte dans le cadre de la médecine, cet objet a continué à interpellé différents spécialistes. J'aimerais mentionner pour finir deux moments importants dans l'étude et la prise en charge du suicide depuis la période abordée dans ce livre. Le premier concerne les études en sociologie sur le suicide, qui marquent un tournant et apportent un renouveau dans la conceptualisation de ce phénomène. Le suicide fut l'objet de l'importante étude en sociologie d'Émile Durkheim, de 1897, devenant en un sens l'objet privilégié à la naissance de la sociologie. Afin de repenser cet objet, Durkheim commence par le définir :

Comme le mot de suicide revient sans cesse dans le cours de la conversation, on pourrait croire que le sens en est connu de tout le monde et qu'il est superflu de le définir. Mais, en réalité, les mots de la langue usuelle, comme les concepts qu'ils expriment, sont toujours ambigus et le savant qui les emploierait tels qu'il les reçoit de l'usage et sans leur faire subir d'autre élaboration s'exposerait aux plus graves confusions. Non seulement la compréhension en est si peu circonscrite qu'elle varie d'un cas

à l'autre suivant les besoins du discours, mais encore, comme la classification dont ils sont le produit ne procède pas d'une analyse méthodique, mais ne fait que traduire les impressions confuses de la foule, il arrive sans cesse que des catégories de faits très disparates sont réunies indistinctement sous une même rubrique, ou que des réalités de même nature sont appelées de noms différents³.

Pour faire du suicide un objet scientifique, selon Durkheim, il faut d'abord définir ce concept, mais aussi écarter les ambiguïtés conceptuelles, l'influence d'autres discours et la confusion entre les notions populaires et celles des sciences. Comment mesurer un phénomène avec une rigueur scientifique sans écarter les influences d'une longue histoire de jugements moraux, de postulats et d'« impressions confuses de la foule » sur un acte controversé comme le suicide ? La critique de Durkheim et l'appel à une définition rigoureuse visent les sources aliénistes, bien connues par ce sociologue. D'ailleurs ces influences sont restées tenaces, comme on peut le constater dans les études suicidologiques contemporaines. Même la définition de Durkheim subira des critiques, notamment du sociologue Maurice Halbwachs et plus tard du moraliste Maurice Van Vyve, qui lui reprochent une définition trop vaste et d'avoir réuni des actes dissemblables sous l'intitulé de « suicide »⁴.

Bien que les aliénistes aient déjà considéré les facteurs sociaux et environnementaux, aussi bien que les causes psychiques et physiques du suicide, l'investissement de la sociologie dans l'étude du suicide a renforcé une approche pluridisciplinaire sur sa prévention et sa prise en charge. Ce qui m'amène au second moment important dans l'étude du suicide. Il s'agit du développement, au milieu du 20^e siècle, de la suicidologie, une « méta-discipline » qui existe encore aujourd'hui. Ce terme se réfère à tout professionnel qui travaille dans l'étude et la prévention du suicide, notamment les psychiatres et les psychologues, les sociologues, les épidémiologues et les travailleuses

3 Durkheim [1897] 2007, 1.

4 Halbwachs [1930] 2002 ; Vyve 1954, 593-618.

et travailleurs sociaux. De manière plus marginale, d'autres disciplines se sont impliquées dans la suicidologie, comme la philosophie, l'histoire, les *media studies*, les *gender studies*, la littérature, ou encore les ingénieures et les ingénieurs, les architectes, les urbanistes et les éducatrices et les éducateurs, entre autres. Le suicide étant abordé dès lors comme un problème psychiatrique et plus généralement comme un problème de santé publique⁵, des efforts préventifs sont mobilisés à plusieurs niveaux disciplinaires, institutionnels et géographiques. Des programmes régionaux et nationaux consacrés spécifiquement à la prévention du suicide apparaissent dès le début du 20^e siècle, notamment la National Save-A-Life League à New York et le Suicide Prevention Department de l'Armée de Salut à Londres dès 1906, ainsi que la Suicide Prevention Agency à Vienne dès 1948 et le Suicide Prevention Service à Berlin dès 1956⁶. Cependant, la suicidologie comme « discipline » est développée et institutionnalisée plus concrètement par les psychologues américains Edwin Shneidman et Norman Farberow, avec le psychiatre Robert Litman, qui fondent en 1958 le premier centre de prévention du suicide à Los Angeles. Ce centre devient un important lieu de recherche et d'organisation autour de la prévention du suicide, ce qui produira l'ouverture de beaucoup d'autres centres de prévention au travers des États-Unis. Dix ans plus tard, Shneidman, qui occupe le poste de professeur en thanatologie à l'University of California Los Angeles (UCLA), fonde également l'American Association of Suicidology (AAS), ainsi que la revue de cette association intitulée *Suicide and life-threatening behavior*. On constate ainsi un essor dans le développement des programmes de prévention du suicide, à différents niveaux pratiques et institutionnels : pédagogique et universitaire, thérapeutique et préventif, politique et sanitaire. Les congrès organisés par l'AAS et les publications de sa revue et des ouvrages de ses membres ont permis de diffuser les recherches et de mobiliser des professionnels non seulement aux États-Unis, mais aussi à l'étranger, créant ainsi un important réseau international consacré à la prévention du suicide. Ce

5 Bertolote 2004, 147.

6 Bertolote 2004, 148.

réseau est renforcé notamment par la création d'associations internationales, comme l'Association internationale pour la prévention du suicide (IASP), et par l'implication de l'OMS dans la promotion de la prévention du suicide. En effet, la plupart des pays européens et d'Amérique du Nord disposent aujourd'hui d'institutions régionales et nationales en suicidologie, qui se chargent de la prévention. En France, outre les différents centres et associations régionaux, on peut mentionner l'établissement, en 2013, de l'Observatoire national du suicide (ONS) auprès de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), et qui a pour mission « de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, d'évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide, de produire des recommandations, notamment en matière de prévention »⁷. L'ONS est composé « d'experts, de professionnels de santé, de parlementaires, de représentants d'administrations centrales et de représentants d'associations de familles et d'usagers »⁸. En effet, dans la plupart des institutions liées à la prévention du suicide, en France et ailleurs, on valorise aujourd'hui plus que jamais l'engagement des actrices et acteurs impliqués dans la prévention. Différents points de vue sont intégrés dans les études et les campagnes de prévention, impliquant divers professionnel.le.s de la santé, les proches et les familles des suicidaires, les sociologues, les travailleuses et travailleurs sociaux, mais aussi des actrices et acteurs de la communauté comme les enseignantes et les enseignants, les policières et les policiers, et les médias. Or, malgré la pluridisciplinarité revendiquée par la suicidologie, le rapport entre les troubles psychiques et le suicide continue à dominer dans les études en suicidologie et dans la prise en charge des suicidaires. Ce qui a plus récemment provoqué la critique de certain.e.s chercheur.euse.s impliqués dans ce domaine, et la constitution d'un réseau international intitulé Critical Suicide Studies Network⁹.

7 Touraine 2013.

8 Touraine 2013.

9 Critical Suicide Studies Network : <https://criticalsuicidology.net>

L'histoire de l'appropriation médicale du suicide, et le parcours épistémologique tortueux par lequel les médecins ont reconçu le suicide en termes de psychopathologie, demeure pertinente aujourd'hui. Le statut du suicide continue à être réévalué en médecine, et en psychiatrie tout particulièrement. En effet, le DSM-5 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, publié par l'American Psychiatric Association), paru en 2013, appelle pour une reconceptualisation du suicide comme véritable trouble mental. Cette dernière édition du DSM propose en effet d'inscrire le suicide, et plus précisément ce qu'elle appelle le « suicidal behavior disorder » dans sa classification des troubles mentaux et de le redéfinir comme maladie au sens propre, et non plus simplement comme symptôme, tel qu'il l'a été depuis le début du 19^e siècle. Selon les personnes qui défendent cet important changement de statut, faire du comportement suicidaire une maladie à proprement parler – malgré le fait qu'aucun ensemble de facteurs ne parvienne à expliquer toujours et systématiquement ce comportement – permettra de mieux l'identifier dans le contexte clinique. Dans un article sur cette proposition du DSM-5, les psychiatres Maria A. Oquendo et Enrique Baca-Garcia soulignent qu'il est important de suivre un ensemble de critères diagnostics qui confirmeraient l'existence, chez un individu, de ce nouveau trouble du comportement¹⁰. Cependant, ces diagnostics ne doivent pas répondre simplement aux critiques sociales d'un comportement estimé comme étant déviant : « Yet, diagnoses should not simply be culturally sanctioned responses or reflect solely social deviance or conflicts with society. »¹¹ Or, j'ai montré dans cette étude que les théories médicales du suicide, élaborées par les aliénistes au cours du 19^e siècle, et leur justification pour sa prise en charge médicale systématique, reposent justement sur des valeurs morales, des préjugés et le rejet du désir de la mort comme un phénomène rationnel. La critique des aliénistes du milieu du 19^e siècle – qui reprochent aux premiers aliénistes comme Esquirol de réduire le suicide à la folie en n'étudiant que les suicidaires dans les asiles –

10 Oquendo et Baca-Garcia 2014, 128.

11 Oquendo et Baca-Garcia 2014, 129.

est ici pertinente et analogue. Ce rejet du désir rationnel de la mort perdure aujourd'hui, comme on peut le constater dans les études en suicidologie. Bien que les explications d'un tel rejet ne reposent plus sur l'instinct de conservation, ni sur les devoirs envers Dieu et la société, comme ce fut le cas chez les aliénistes, ce rejet reste aujourd'hui implicite, fondateur et sans appel. La question du suicide assisté et de l'euthanasie, pratiqués aujourd'hui dans plusieurs pays, pose à nouveau cette question de la volonté et du libre arbitre dans le désir de mettre un terme à sa vie. Ainsi, dans le contexte suisse, le suicide assisté est officiellement et du point de vue épidémiologique comptabilisé séparément du suicide par l'Office fédéral de la statistique¹², ce qui en fait un phénomène à part entière, qui suit sa propre logique et ce qui maintient nécessairement le libre arbitre et la volonté de l'individu. La séparation de ces deux phénomènes – le suicide et le suicide assisté – met ainsi en évidence la difficulté de concevoir un suicide rationnel, qui ne soit pas soumis à une explication psychiatrique.

12 Balard/Pott/Yampolsky 2021.

Bibliographie

Sources manuscrites

Fonds des Archives la Bibliothèque de l'Académie nationale de médecine, Paris

Prix Civrieux, mémoires manuscrits, 1846, boîte 8. Sujet : « Du suicide » :

Lafon, H., Du suicide, n° 1.

Hamel, Alexis, sans titre, n° 2.

Debreyne, Pierre-Jean-Corneille, Du suicide, n° 3.

Valat, Denis-François-Théophile, Du suicide, n° 4.

Tissot, (Claude-)Joseph, Du suicide, de ses causes et de ses remèdes, n° 5.

Ginestet, F., Du suicide, n° 6.

Szafkowski, Rufin, Histoire philosophique du suicide, n° 7.

Bertrand, Louis, Du suicide, n° 8.

Delahousse, Alphonse François Joseph René, Du suicide, n° 9.

Laronde, Charles, Mémoire sur la question du suicide, n° 10.

Lisle, Pierre-Égiste, Du suicide, n° 11.

Prix Civrieux, mémoires manuscrits, 1848, boîtes 10-11. Sujet : « Du suicide » :

Chéreau, Achille, sans titre, n° 1.

Szafkowski, Rufin, Histoire médico-philosophique du suicide, n° 2.

Marchand, Émile, sans titre, n° 3.

Bertrand, Louis, Du suicide, n° 4.

Delahousse, René, sans titre, n° 5.

Tissot, (Claude-)Joseph, sans titre, n° 6.

Le Tertre Vallier, Du suicide, n° 7.

Robertet, Érasme, Du suicide, n° 8.

Laronde, Charles, Du suicide, n° 9.

Lisle, Pierre-Égiste, Du suicide, n° 10.

Fonds des Archives de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Bicêtre Q, 1775-1830 Registres d'observations.

Bicêtre Q, Facture d'une fourniture en demande, pour la maison de Bicêtre, le 27 mars 1843.

Bicêtre 3R1/1, Registres d'observations.

Bicêtre 5R2 (1818-1853), 5^e division, 2^e section, Dr Jacques-Joseph Moreau de Tours.

Bicêtre 6R1, Registres d'observations, 5^e division, 1^{re} section, Dr Félix Voisin.

Sources imprimées

Anonyme, *Vita Rigoberti episcopi remensis* [env. fin 9^e siècle], in : *Scriptores rerum Merovingicarum*, livre VII, in : *Monumenta Germaniae historica*, éd. par Wilhelm Levinson (Hanovre/Leipzig 1920).

Ordonnance criminelle de Louis XIV (1670) règle la procédure contre les suicidés et règle aussi les châtiments posthumes.

« Cause », in : Noël Chomel/Jean Marret (éds), *Supplément au Dictionnaire œconomique*, contenant divers moyens d'augmenter son bien, et de conserver sa santé. Avec plusieurs remèdes assez éprouvés pour un très grand nombre de maladies, & de beaux secrets pour parvenir à une longue & heureuse vieillesse, t. 1 (Commercy 1741) 91.

« Suicide », in : *Dictionnaire universel françois et latin*, vulgairement appelé *Dictionnaire de Trévoux*, t. 6 (Paris 1752) 1880.

« Homicide », in : *Dictionnaire de l'Académie française*, t. 1 (Paris 1762) 881.

« Suicide », in : *Dictionnaire de l'Académie française*, t. 2 (Paris 1762) 773.

« Haine », in : Jean-Ferapie Dufieu (éd.), *Dictionnaire raisonné d'anatomie et de physiologie*, t. 1 (Paris 1766) 521-524.

« Motif », in : *Dictionnaire universel françois et latin*, vulgairement appelé *Dictionnaire de Trévoux*, t. 6 (Paris 1771) 72.

« Suicide », in : *Supplément à l'Essai sur l'histoire générale des tribunaux des peuples tant anciens que modernes, ou Dictionnaire historique et judiciaire*, t. 8 (Paris 1784) 359-362.

Compte rendu de Joseph Leopold Auenbrugger, « De la rage mue, ou du penchant au suicide comme véritable maladie, avec des observations & des remarques » Von der stillen Wuth etc., [1783], *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie* 64 (1785) 498-499.

« Suicide », in : *Dictionnaire de l'Académie française* (Paris 1798) 610.

« Cause », in : *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* (Paris 1821) 547-554.

« Suicide », in : *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* (Paris 1826) 488-493.

« Hygiène publique. Rapport général sur les travaux du Conseil de salubrité pendant l'année 1827 », *Gazette de santé, journal de médecine et des sciences accessoires* 55 (1828) 283-284.

« Suicide », in : Pierre Boiste (éd.), *Dictionnaire universel de la langue française*, t. 2 (Bruxelles 1828) 379.

« Suicide », in : *Dictionnaire de l'Académie française* (Paris 1835) 789.

« Société de médecine pratique. Séance du 2 avril 1846. Du suicide », *Annales médico psychologiques* 8 (1846) 132.

« Encore le no-restraint », *Union médicale* 6 (1852) 56.

« Suicide », in : Pierre Larousse (éd.), *Nouveau dictionnaire de la langue française* (Paris 1853) 563.

« Suicide », in : Louis-Nicolas Bescherelle (éd.), *Dictionnaire national ou Dictionnaire universel de la langue française*, t. 2 (Paris 1856) 1396.

« Suicide », in : Claude-Marie Gattel (éd.), *Dictionnaire universel de la langue française*, t. 2 (Paris 1857) 702.

« Impulsion », in : Pierre-Hubert Nysten (éd.), *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire* (Paris 1865) 273.

« Suicide », in : Pierre-Hubert Nysten (éd.), *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire* (Paris 1865) 1451.

« Suicide », in : Prosper Poitevin (éd.), *Dictionnaire universel de la langue française*, t. 2 (Paris 1868) 808.

« Suicide », in : Maurice La Châtre (éd.), *Nouveau dictionnaire universel*, t. 2 (Paris 1870) 1373.

« Motif », in : Émile Littré/Charles Robin (éds), *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent* (Paris 1873) 988.

« Motif », in : Émile Littré (éd.), *Dictionnaire de la langue française*, t. 3 (Paris 1874) 641.

« Suicide », in : Pierre Larousse (éd.), *Grand dictionnaire universel du 19^e siècle*, t. 14 (Paris 1875) 1215-1217.

« Le suicide des scorpions », *Union médicale* 35 (1883) 309-310.

« Moral » (n. m.), in : Amédée Dechambre/Mathias Duval/Léon Lereboullet (éds), *Dictionnaire usuel des sciences médicales* (Paris 1885) 1013-1014.

« Penchant », in : Amédée Dechambre/Mathias Duval/Léon Lereboullet (éds), *Dictionnaire usuel des sciences médicales* (Paris 1885) 1204.

« Impulsion », in : Amédée Dechambre/Mathias Duval/Léon Lereboullet (éds), *Dictionnaire usuel des sciences médicales* (Paris 1885) 805.

« Suicide d'un chien », *Union médicale* 46 (1888) 528.

« Suicide », in : Paul Guérin (éd.), *Dictionnaire des dictionnaires. Lettres, sciences, arts, encyclopédie universelle*, t. 6 (Paris 1895a) 566.

« Suicide », in : Adolphe Hatzfeld/Arsène Darmesteter/Antoine Thomas (éds), *Dictionnaire général de la langue française du commencement du 17^e siècle jusqu'à nos jours : précédé d'un traité de la formation de la langue*, t. 2 (Paris 1895b) 2094.

Compte général de l'administration de la justice criminelle pendant l'année 1900 (Paris 1902).

« Moral » (n. m.), in : Émile Littré/Augustin Gilbert (éds), *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent* (Paris 1908) 1061.

« Motif », in : *Dictionnaire de l'Académie française* (Paris 1935), accessible en ligne, URL : <https://academie.atilf.fr/8/consulter/motif?page=1>

A

Arcet, Jean-Pierre-Joseph d', et al., « Rapport général des travaux du Conseil de salubrité de la ville de Paris pour l'année 1828 », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (2) (1829) 277-346.

Arnould, Jules, « Contribution à l'étude du suicide dans l'armée », *Archives de l'anthropologie criminelle* 8 (1893) 21-30.

Auber, Édouard, « Compte rendu du mémoire de Claude-Étienne Bourdin, *Du suicide considéré comme maladie* », *Gazette des hôpitaux civils et militaires* 19 (1846) 36.

Aubry, Paul, *La contagion du meurtre. Étude d'anthropologie criminelle* [1888], 2^e éd. augmentée (Paris 1894).

Augustin, saint, *La cité de Dieu*, in : Œuvres de saint Augustin, 33, texte établi par Bernhard Dombart/Alfons Kalb, traduction française par Gustave Combès (Paris 1959) 259-267.

Auenbrugger, Leopold, *Von der stillen Wuth oder dem Triebe zum Selbstmord als seiner wirklichen Krankheit* (Dessau 1783).

B

Baillarger, Jules Gabriel François, « De la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales. Publication d'un annuaire historique et statistique de l'aliénation mentale comme complément des Annales médico-psychologiques », *Annales médico-psychologiques* 7 (1846) 163-168.

« Théorie de l'automatisme », *Recherches sur les maladies mentales* (Paris 1890).

Baillarger, Jules Gabriel François/Alexandre Briere de Boismont/Laurent Cerise, « À nos lecteurs », *Annales médico-psychologiques* 5 (1853) vi-viii.

Baillarger, Jules Gabriel François/Laurent Cerise/Alexis Philibert/François Achille Longet, « Introduction », *Annales médico-psychologiques* 1 (1843) i-xxvii.

Balencie, Antoine, *Dissertation sur les passions, considérées comme moyens thérapeutiques*, thèse en médecine, Faculté de médecine de Paris (Paris 1819).

Beccaria, Cesare, *Des délits et des peines* [1764] (Paris 1991).

Des délits et des peines (Dei delitti e delle pene), présentation, nouvelle traduction et notes de Philippe Audegean, éd. bilingue (Lyon 2009).

Bécoulet, Auguste-Stanislas, « Étude sur le no-restraint », *Annales médico-psychologiques* 7 (1882) 41-69.

Bertrand, Louis, *Traité du suicide considéré dans ses rapports avec la philosophie, la théologie, la médecine et la jurisprudence* (Paris 1857).

Billod, Eugène, « Relation d'une visite à l'Asile des idiots d'Earlwood, comté de Surrey (Angleterre), suivi de quelques réflexions sur le no-restraint », *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Bulletin de l'enseignement médical* 1 (8) (1861) 409-421.

Blount, Thomas, *Glossographia : or a dictionary interpreting all such hard words of whatsoever language now used in our refined English tongue with etymologies, definitions and historical observations on the same : also the terms of divinity, law, physic, mathematicks and other arts and sciences explicated* (London 1656).

Boissier de Sauvages de Lacroix, François, *Pathologia methodica seu de cognoscendis morbis* (Montpellier 1739).

Bottex, Alexandre, « Monomanie-homicide chez un homme porté au suicide. Rapport sur l'état mental de Jacques M. », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (11) (1834) 242-248.

Bourdin, Claude-Étienne, *Du suicide considéré comme maladie* (Batignolles 1845a).

« Correspondance. Le suicide est-il une maladie ? Quelques mots sur cette question à MM. les rédacteurs des Annales d'hygiène », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (36) (1846a) 465-469.

« Le suicide est-il toujours le résultat ou, si l'on veut, le symptôme d'un trouble de l'esprit ? En d'autres termes, le suicide est-il toujours une maladie ? » *Annales médico-psychologiques* 8 (1846b) 41-55.

Briere de Boismont, Alexandre-Jacques-François, « De l'influence de la civilisation sur le développement de la folie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (21) (1839) 241-295.

« Analyse du livre d'Étoc-Demazy », *Recherches statistiques sur le suicide, appliquées à l'hygiène publique et à la médecine légale, Annales médico-psychologiques* 4 (1844a) 495-501.

« Observations critiques sur le système de no-restraint suivi en Angleterre à l'égard des aliénés », *Gazette des hôpitaux civils et militaires* 17 (1844b) 205-206 ; repr. dans *Annales médico-psychologiques* 4 (1844c) 111-115.

« Observations médico-légales sur les diverses espèces de suicides », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (40) (1848) 411-454 ; et 1 (41) (1849a) 143-170.

« Recherches statistiques sur le suicide dans la folie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1^{re} partie, 1 (42) (1849b) 88-102 ; 2^e partie, 1 (42) (1849c) 423-448 ; 3^e partie, 1 (43) (1850a) 144-151 ; 4^e partie, 1 (43) (1850b) 151-154 ; 5^e partie, 1 (43) (1850c) 154-162.

« Compte rendu de J.-B. Petit », *Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide, Annales médico-psychologiques* 2 (1850d) 716-719.

« De l'influence de la civilisation sur le suicide », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 2 (4) (1855) 146-182.

Du suicide et de la folie-suicide considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie (Paris 1856) ; 2^e éd. (Paris 1865).

« Recherches médico-légales sur le suicide à l'occasion d'un cas douteux de mort accidentelle ou violente, lues à la Société médico-psychologique dans sa séance du 18 avril 1859 », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 2 (12) (1859) 126-150.

« De la colonisation appliquée au traitement des aliénés », mémoire lu à l'Académie des sciences le 15 juillet 1861, *Annales médico-psychologiques* 8 (1862) 247-253.

« Suicide de Labouche, accusé d'assassinat, et reconnu aliéné par la chambre des mises en accusation de la Cour impériale de Paris », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 2 (29) (1868) 142-154.

Brochin, Hippolyte, « étiologie médicale », in : Amédée Dechambre (éd.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, série 1, t. 36 (Paris 1888) 340-353.

Brouc, Martial Alexandre, « Considérations sur les suicides de notre époque », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (16) (1836) 223-262.

Broussais, François-Joseph-Victor, *De l'irritation et de la folie*, ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique (Paris 1828).

Cours de phrénologie (Paris 1836).

Browne, Thomas, *Religio medici* [1643] (London 1970).

Brun-Séchaud, Jean-Baptiste-Prosper, *Des intérêts moraux et matériels de la profession médicale* (Limoges 1859).

Observations sur les causes du suicide, ses rapports avec l'aliénation mentale (Limoges 1862).

Burrows, George Man, *Observations on the comparative mortality of Paris and London* (Londres 1815).

Commentaries on the causes, forms, symptoms, and treatment, moral and medical, of insanity (Londres 1828).

C

Cabanis, Pierre-Jean-Georges, « Des maisons publiques et charitables de fous » [1793], in : *Quelques principes et quelques vues sur les secours publics* [1803], in : *Œuvres complètes de Cabanis*, t. 2 (Paris 1823).

Rapports du physique et du moral de l'homme (Paris an X-1802).

Rapports du physique et du moral de l'homme, 2^e éd. (Paris 1805).

Calmeil, Louis-Florentin, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la Renaissance des sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième siècle ; description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué, qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères* (Paris 1845).

Caussé, Séverin, « Cadavre trouvé dans l'anfractuosité d'un rocher et réduit à quelques ossements. Suicide probable par inanition », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 2 (45) (1876) 317-333.

Cazauvieilh, Jean-Baptiste, *Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques : recherches sur ce premier penchant chez les habitants des campagnes* (Paris 1840).

Charleton, Walter, *The Ephesian matron* (London 1659).

Chevallier de Ségré, « Lypémanie chez un vieillard. Suicide. Multiplicité de blessures. Insensibilité », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 3 (22) (1889) 545-548.

Chevrey, Jean, *Essai médical sur le suicide, considéré, dans tous les cas, comme le résultat d'une aliénation mentale*, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris (Paris 1816).

Cheyne, George, *The English malady ; or, A treatise of nervous diseases of all kinds, as spleen, vapours, lowness of spirits, hypochondriacal and hysterical distempers* (Dublin 1733).

Chomel, Auguste-François, « Cause », in : Nicolas-Philibert Adelon et al. (éds), *Dictionnaire de médecine*, t. 4 (Paris 1822) 458-467.

Chpolianski, J., *Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux*, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris (Paris 1885).

« Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 3 (17) (1887) 61-63.

Circulaire d'explication du modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857.

Collectif, « Le suicide est-il une solution ? » in : Pierre Naville/Benjamin Péret (éd.), *La Révolution surréaliste* 2 (1925). Repris in : *Enquêtes surréalistes. De Littérature à Minotaure, textes réunis et présentés par Georges Sebbag* (Paris 2004) 35-60.

Combe, George, *Traité de phrénologie* [1830], traduit de l'anglais (Bruxelles 1840).

Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1835 (Paris 1837).

Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1836 (Paris 1838).

Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1900 (Paris 1902).

Corre, Armand, *Crime et suicide : étiologie générale : facteurs individuels, sociologiques et cosmiques* (Paris 1891).

D

Dally, Eugène, « Dégénérescence » (biologie anthropologique), in : Amédée Dechambre (éd.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. 26 (Paris 1882) 212-227.

Daquin, Joseph, *La philosophie de la folie ou essai philosophique sur le traitement des personnes atteintes de folie* (Chambéry 1791), repr. (Paris 1792).

La philosophie de la folie, où l'on prouve que cette maladie doit plutôt être traitée par les secours moraux que par les secours physiques ; et que ceux

qui en sont atteints, éprouvent d'une manière non équivoque l'influence de la lune 2^e éd. (Chambéry 1804).

Daumas, Félix Casimir, Considérations sur le suicide, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris (Paris 1851).

Debreyne, Pierre-Jean-Corneille [1839], Pensées d'un croyant catholique, ou considérations philosophiques, morales et religieuses sur le matérialisme moderne, et sur divers autres sujets, tels que l'âme des bêtes, la phrénologie, le suicide, le duel et le magnétisme animal, 3^e éd. (Paris 1844).

Du suicide considéré aux points de vue philosophique, religieux, moral et médical, suivi de quelques réflexions sur le duel (Paris 1847).

Delasiauve, Louis-Jean-François, « Suicide et sépulture chrétienne », Journal de médecine mentale 8 (1868) 376-378 et 413-414.

Descuret, Jean-Baptiste-Félix, La médecine des passions ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion (Paris 1841).

Despine, Prosper, De la contagion morale. Faits démontrant son existence. Son explication scientifique. Du danger que présente pour la moralité et la sécurité publiques la relation des crimes donnée par les journaux (Marseille 1870).

Des Essarts, Nicolas-Toussaint Le Moine, « XCIIe cause. Le suicide est-il une preuve de démence ? » in : Causes célèbres, curieuses et intéressantes de toutes les cours souveraines du royaume, avec les jugements qui les ont décidées, t. 35 (Paris 1777) 2-94.

Des Étangs, Albert, « Du suicide en France. Études sur la mort volontaire depuis 1789 jusqu'à nos jours », Annales médico-psychologiques 3 (1857) 1-27.

Du suicide politique en France depuis 1789 jusqu'à nos jours. Études sur la mort volontaire (Paris 1860).

Dinocourt, Théophile, Cours de morale sociale à l'usage des pères de famille, des institutions et des écoles primaires (Paris 1839).

Doney, l'abbé [Jean-Marie], « Rapport de M. l'abbé Doney sur le concours ayant pour sujet : Les causes et les remèdes du suicide », in : Procès-verbaux et mémoires de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Besançon (Besançon 1838) 61-94.

Double, François Joseph, Séméiologie générale ou traité des signes et de leur valeur dans les maladies, t. 1 (Paris 1811).

Du Camp, Maxime, « Les prisons de Paris : Mazas, Saint-Lazare, La Roquette », Revue des deux mondes 83 (1869) 598-634.

Duchesne, Léon/Michel Édouard, « Les photographes. Étude d'hygiène professionnelle », Revue d'hygiène et de police sanitaire 5 (1883) 378-387.

Dumas, Jean, Traité du suicide ou du meurtre volontaire de soi-même (Amsterdam 1773).

Durkheim, Émile, Le suicide. Étude de sociologie [1897] (Paris 2007).

L'éducation morale (Paris 1925).

E

Ebrard, Nicolas, Du suicide, considéré aux points de vue médical, philosophique, religieux et social (Avignon 1870).

Engels, Friedrich, La question du logement [1872] (Paris 1969).

Épicure, in : Lettres et maximes, texte établi et traduit par Marcel Conche (Paris 1987).

Esquirol, Jean-Étienne-Dominique, Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale, thèse de doctorat, École de médecine de Paris (Paris 1805).

« Folie », in : Dictionnaire des sciences médicales, t. 16 (Paris 1816) 151-240, repr. dans Esquirol, Jean-Étienne-Dominique, Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, t. 1 (Paris 1838) 1-158.

« Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer » [1818], in : Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, t. 2 (Paris 1838) 398-431.

« Monomanie », in : Dictionnaire des sciences médicales, t. 34 (Paris 1819a) 114-125, repr. dans Esquirol, Jean-Étienne-Dominique, Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, t. 2 (Paris 1838) 1-130.

« Mélancolie », in : Dictionnaire des sciences médicales, t. 32 (Paris 1819b), 147-183, repr. sous le titre « De la lypémanie ou mélancolie », dans Esquirol, Jean-Étienne-Dominique, Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, t. 1 (Paris 1838) 398-481.

« Suicide », in : Dictionnaire des sciences médicales, t. 53 (Paris 1821) 213-283, repr. dans Esquirol, Jean-Étienne-Dominique, Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, t. 1 (Paris 1838) 526-676.

Étoc-Demazy, Gustave-François, Recherches statistiques sur le suicide appliquées à l'hygiène publique et à la médecine légale (Paris 1844).

« Sur la folie dans la production du suicide », Annales médico-psychologiques 7 (1846) 338-362.

« Rapport médico-légal sur un cas de folie-suicide et homicide », Annales médico-psychologiques 8 (1862) 223-236.

Ey, Henri, « Étude n°11. Impulsions », in : Études psychiatriques. Aspects sémiologiques, t. 2 (Paris 1950) 163-212 ;

« Étude n°14. Le suicide pathologique », in : Études psychiatriques. Aspects sémiologiques, t. 2 (Paris 1950) 341-377.

F

Falret, Jean-Pierre, « Observations médicales et réflexions sur le délire-suicide », *Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales* 6 (1^{re} partie) (1820) 324-334 ; 7 (2^e et 3^e parties) (1820) 9-26 et 193-208 ; 8 (4^e partie) (1820) 13-30.

De l'hypocondrie et du suicide, considérations sur les causes, sur le siège et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter les progrès et d'en prévenir le développement (Paris 1822).

De l'utilité de la religion dans le traitement des maladies mentales et dans les asiles d'aliénés (Paris 1845a)

« Visite à l'établissement d'aliénés d'Illeau », *Annales médico-psychologiques* 5 (1845b) 419-444 et 6 (1845b) 69-106.

Féré, Charles, *Dégénérescence et criminalité* (Paris 1888).

Fernel, Jean, *La pathologie ou discours des maladies* [1554] (Paris 1655).

Ferrus, Guillaume-Marie-André, *Des aliénés, considérations : 1^o sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France et sur le mode de construction à préférer pour ces maisons ; 2^o sur le régime hygiénique et moral auquel ces malades doivent être soumis ; 3^o sur quelques questions de médecine légale ou de législation relatives à leur état civil* (Paris 1834).

Des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons (Paris 1850).

Fleury, Louis, « De l'hydrosudopathie, ou système thérapeutique basé sur l'action combinée de l'eau froide et de l'excitation de la respiration cutanée », *Archives générales de médecine* 3 (3) (1837) 208-224.

Fodéré, François-Emmanuel, *Les lois éclairées par les sciences physiques ; ou traité de médecine-légale et d'hygiène publique*, 1^{re} éd. (Paris an VII-1798).

Traité de médecine légale et d'hygiène publique, ou de police de santé, adapté aux codes de l'Empire français et aux connaissances actuelles, à l'usage des gens de l'art, de ceux du Barreau, des jurés et des administrateurs de la santé publique, civils, militaires et de marine, 2^e éd. (Paris 1813).

Traité du délire, appliqué à la médecine, à la morale et à la législation (Paris 1816).

Essai médico-légal sur les diverses espèces de folie vraie, simulée et raisonnée, sur leurs causes et les moyens de les distinguer ; sur leurs effets excusants ou atténuants devant les tribunaux, et sur leur association avec les penchants au crime et plusieurs maladies physiques et morales (Strasbourg 1832).

Foley, Edmond-Antoine, « Étude sur la statistique de la morgue (1851-1879) », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 3 (4) (1880) 10-35.

Foville, Achille-Louis, « Manie », in : *Répertoire général des sciences médicales au 19^e siècle*, t. 19 (Bruxelles 1841) 54-55.

Freud, Sigmund, « Deuil et mélancolie » [1917], in : *Métapsychologie* (Paris 1968) 147-174.

G

Gall, Franz-Josef, *Anatomie et physiologie du système nerveux et général, et du cerveau en particulier*, t. 3 (Paris 1818).

Sur les fonctions du cerveau et sur celles de chacune de ses parties, t. 4 (Paris 1825).

Garnier, Paul, « Le suicide à deux. Responsabilité pénale du survivant poursuivi pour homicide volontaire », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 3 (25) (1891) 202-219.

Gauthier de Saint-Victor, *Contre les IV labyrinthes de France (Contra quatuor labirinthos Franciae)* [env. 1178], édité par Palémon Glorieux, in : *Archives d'histoire doctrinale et littéraire du Moyen Âge* 19 (1952) 187-335.

Georget, Étienne-Jean, *De la folie, considérations sur cette maladie* (Paris 1820).

De la folie, ou aliénation mentale (Paris 1823).

Giné y Partagás, Juan, *Tratado teórico-práctico de freno-patología* (Madrid 1876).

Godin, Jean-Baptiste-André, *La richesse au service du peuple. Le familistère de Guise* (Paris 1874).

Goethe, Johann Wolfgang von, *Die Leiden des jungen Werthers* (Les souffrances du jeune Werther) (Leipzig 1774).

Gout, François, *Essai sur la monomanie-suicide, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris* (Paris 1832).

Guérard, Alphonse, « Mémoire sur la prison cellulaire de Mazas », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (49) (1853) 5-68.

Guerry, André-Michel, *Essai sur la statistique morale de la France* (Paris 1833).

Guislain, Joseph, *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés* (Amsterdam 1826).

H

Halbwachs, Maurice, *Les causes du suicide* [1930] (Paris 2002).

Hartmann, Franz, *Special therapeutics, according to homeopathic principles*, t. 3 (Manchester 1857).

Haslam, John, *Observations on insanity : with practical remarks on the disease, and account of the morbid appearances on dissection* (Londres 1798).

Hauviller, Paul, *Du suicide : unité de son étiologie, son traitement, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris* (Paris 1899).

Hélie, Faustin, « Des suicides et de leurs causes d'après les documents officiels français », *Revue étrangère et française de législation et d'économie politique* 2 (5) (1838) 31-46.

Holbach, Paul Henri Dietrich d', *Système de la nature, ou Des loix du monde physique et du monde moral* (Amsterdam 1770).

Hume, David, *Essai sur le suicide* [1755], traduit de l'anglais *Of suicide* [1755], in : *Essais moraux, politiques et littéraires* (Paris 2001).

J

Jousse, Daniel, *Traité de la justice criminelle de France* (Paris 1771).

K

Krügelstein, Franz Christian Karl, « Zum Schutze für die Witwen und Waisen der Selbstmörder. Ein Beitrag zu der gerichtsarztlichen Lehre von der Zurechnungsfähigkeit », *Annalen der Staats-Arzneikunde* 5 (1840a) 203-251.

« Agende zum Gebrauch für Gerichtsärzte bei Untersuchung und Begutachtung der Krankheit der Selbstmörder. Nach eigenen und fremden Beobachtungen und Erfahrungen bearbeitet », *Annalen der Staats-Arzneikunde* 5 (1840b) 673-775.

« Mémoire sur le suicide », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (25) (1841) 151-182.

L

Lacassagne, Alexandre, « L'homme criminel comparé à l'homme primitif », *Bulletin du Lyon médical* (1882) 210-217 et 244-255.

Lactance, *L'ouvrage du Dieu créateur* (Paris 1974).

Lagardelle, Firmin, *Conférences cliniques sur les maladies mentales : professées à l'Asile d'aliénés de Marseille* (Draguignan 1878).

Lallemand, Claude-François, *Éducation publique, première partie (Éducation physique)* (Paris 1848).

Landré-Beauvais, Augustin Jacob, *Séméiotique ou Traité des signes des maladies*, 1^{re} éd. (Paris 1809).

Séméiotique ou Traité des signes des maladies, 2^e éd. (Paris 1813).

Laupts (pseudonyme de Georges Saint-Paul), « Une enquête sur le suicide. Un genre de suicide : le suicide sans motifs (mélancolie intermittente bénigne) », *Annales médico-psychologiques* 5 (1897) 38-49.

Lecour, Charles-Jérôme, « Du suicide et de l'aliénation mentale dans les prisons cellulaires du département de la Seine », *Archives générales de médecine* 26 (1875a) 129-150.

Du suicide et de l'aliénation mentale dans les prisons cellulaires du département de la Seine (Paris 1875b).

Legoyt, Alfred/ Antoine Ritti, « Suicide », in : *Amédée Dechambre* (éd.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. 13 (Paris 1884) 242-347.

Legrain, Paul-Maurice/Valentin Magnan, *Les dégénérés* (Paris 1895).

Legrand du Saulle, Henri, *La folie héréditaire. Leçons professées à l'école pratique* (Paris 1873).

Lélut, Louis-Françisque, « De l'influence de l'emprisonnement solitaire sur la raison des détenus », in : *Séances et travaux de l'Académie des sciences morales et politiques*, t. 5 (Paris 1844) 213-232.

Le Roy, Émile, *Étude sur le suicide et les maladies mentales dans le département de Seine-et-Marne : avec points de comparaison pris en France et à l'étranger* (Paris 1870).

Leuret, François, « Mémoire sur l'emploi des douches, et des affusions froides dans le traitement de l'aliénation mentale », *Archives générales de médecine* 3 (4) (1839) 273-292.

Du traitement moral de la folie (Paris 1840).

Leuret, François (pathologie)/ Alphonse Devergie (médecine légale), « Suicide », in : *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. 15 (Paris 1836) 75-96.

Lisle, Pierre-Égiste, *Du suicide : statistique, médecine, histoire et législation* (Paris 1856a).

L. J. M. (sans doute **Louis-Jacques Moreau de la Sarthe**), « mobile », in : *Jacques-Louis Moreau de la Sarthe* (éd.), *Encyclopédie méthodique, médecine, par une société de médecins*, t. 10 (Paris 1821) 158.

Lombroso, Cesare, *L'homme criminel : criminel-né – fou moral – épileptique : étude anthropologique et médico-légale* [1876] (Paris 1887).

Lombroso, Cesare/ Gabriel Tarde, « La fusion de la folie morale et du criminel-né », *Revue philosophique* 20 (1885) 178-182.

Lorthiois, Marie-Michel-Edmond, *De l'automutilation, mutilations et suicides étranges* (Paris 1909).

Louis, Antoine, *Mémoire sur une question anatomique relative à la jurisprudence, dans lequel on établit les principes pour distinguer, à l'inspection d'un corps trouvé pendu, les signes du suicide d'avec ceux de l'assassinat* (Paris 1763).

Lucas, Prosper, *Traité physiologique et pratique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux, avec l'application méthodique des lois de la procréation au traitement général des affections dont elle est le principe* (Paris 1847).

Lunier, Ludger-Jules-Joseph, « Quelques remarques sur le suicide, par M. Brierrer de Boismont », *Annales médico-psychologiques* 8 (1846) 121-122.

Lurat, Jean, *Études sur le suicide des aliénés*, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris (Paris 1875).

M

Magnan, Valentin, *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles : communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 13 janvier 1885* (Paris 1885).

Mahon, Paul-Augustin-Olivier, « Cause des maladies », in : Félix Vicq-d'Azyr (éd.), Encyclopédie méthodique, t. 4 (Paris 1792) 499-501.

Maine de Biran, Pierre, Nouvelles considérations sur les rapports du physique et du moral de l'homme, publication posthume par Victor Cousin (Paris 1834).

Mandon, Jacques-Ambroise, Histoire critique de la folie instantanée, temporaire, instinctive, ou Étude philosophique, physiologique, médicale et légale des rapports de la volonté avec l'intelligence pour apprécier la responsabilité des fous instinctifs, des suicides et des criminels (Paris 1862).

Marc, Charles-Christien-Henri et al., « Prospectus », Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1(1) (1829) v-viii.

De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires (Paris 1840).

Mercier, Louis-Sébastien, « Chapitre CCLVIII. Suicide », in : Tableau de Paris [1782], t. 3 (Genève 1979) 193-196.

Mesnier, L.-Jacques-Élie, Du suicide dans l'armée. Étude statistique, étiologique et prophylactique, thèse en médecine, Faculté de médecine de Lyon (Paris, 1881).

Modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857, asile publics d'aliénés, Ministère de l'intérieur, Administration générale et départementale, 3^e bureau (Paris 1857).

Moléon, Victor de, Rapports généraux sur la salubrité publique, rédigés par les conseils ou les administrations, établis en France et dans les autres parties de l'Europe. 2^e partie officielle. Rapports généraux sur les travaux du Conseil de salubrité de la ville de Paris et du département de la Seine, exécutés depuis l'année 1802 jusqu'à l'année 1826 inclusivement (25 ans), t. 1 (Paris 1828).

Rapports généraux sur la salubrité publique, rédigés par les conseils ou les administrations, établis en France et dans les autres parties de l'Europe. 2^e partie officielle. Rapports généraux sur les travaux du Conseil de salubrité de la ville de Paris et du Département de la Seine, exécutés depuis l'année 1827 jusqu'à l'année 1840 inclusivement (14 ans), t. 2 (Paris 1841).

Montesquieu, Charles Louis de Secondat, Lettres persanes [1721], in : Œuvres complètes de Montesquieu, édition établie par Edgar Mass, t. 1 (Oxford/Naples 2004).

De l'esprit des lois [1748], introduction par Victor Goldschmidt (Paris 1979).

Moreau de la Sarthe, Louis-Jacques, « Moral » (n. m.), in : Encyclopédie méthodique, médecine, par une société de médecins, t. 10 (Paris 1821) 250-276.

Moreau de Tours, Jacques-Joseph, De l'influence du physique relativement au désordre des facultés intellectuelles, et en particulier dans cette variété du délire désignée par M. Esquirol sous le nom de monomanie, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris (Paris 1830).

« Tentative de suicide », Annales médico-psychologiques 5 (1845) 114.

« Suicide », Annales médico-psychologiques 7 (1846) 287-288.

« De la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales. Existe-t-il des

signes particuliers auxquels on puisse reconnaître cette prédisposition ? » Union médicale 4(48) (1852) 195-196.

Moreau de Tours, Paul, « Suicide », in : Sigismond Jaccoud (éd.), Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. 34 (Paris, 1883) 169-196.

« Suicides étranges », 1^{re} partie, Annales médico-psychologiques 12 (1890) 209-221 ; 2^e partie, 12 (1890) 387-402.

Suicide et crimes étranges (Paris 1899).

Morel, Bénédicte-Augustin, Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés (Nancy 1852).

Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine (Paris 1857).

« Des caractères de l'hérédité dans les maladies nerveuses », Archives générales de médecine 5 (14) (1859) 257-283.

Traité des maladies mentales (Paris 1860a).

Le no-restraint ou de l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie, suivi de considérations sur les causes de la progression dans le nombre des aliénés admis dans les asiles (Paris 1860b).

Morselli, Enrico, Il suicidio : saggio di statistica morale comparata (Milan 1879).

Motet, Auguste-Alexandre, « Le suicide et l'aliénation mentale dans les prisons cellulaires de la Seine », compte rendu du mémoire de Charles-Jérôme Lecour, Annales d'hygiène publique et de médecine légale 3 (2) (1879) 219-225.

Muyart de Vouglans, Pierre-François, Les lois criminelles de France, dans leur ordre naturel (Paris 1780).

O

Oettingen, Alexandre von, Die Moralstatistik. Inductiver Nachweis der Gesetzmäßigkeit sittlicher Lebensbewegung im Organismus der Menschheit, vol. I : Die Moralstatistik und die christliche Sittenlehre. Versuch einer Socialethik auf empirischer Grundlage (Erlangen 1868).

Über die akuten und chronischen Selbstmord (Dorpat/Tellin 1881).

Ordonnance royale portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés (18 décembre 1839).

Oyon, Alexandre, Une véritable cité ouvrière : le familistère de Guise (Paris 1865).

P

Parchappe, Maximien, « Asile des aliénés de Rouen. Rapport de 1842 », Annales médico-psychologiques 3 (1844) 133-135.

Parent-Duchâtelet, Alexandre-Jean-Baptiste, De la prostitution dans la ville

de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration : ouvrage appuyé de documents statistiques puisés dans les archives de la préfecture de police (Paris 1836a).

Pariset, Étienne, « Cause », in : Dictionnaire des sciences médicales, t. 4 (Paris 1812) 356-375.

Petit, J.-B., Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris (Paris 1850).

Pietra Santa, Prosper de, Mazas, études sur l'emprisonnement cellulaire et la folie pénitentiaire (Paris 1853).

Pinel, Philippe, « Observation sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir, dans certains cas, la raison égarée des Maniaques », Gazette de santé 4 (1789) 33-35, repr. dans Jacques Postel, Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel (Paris 1981) 192-196.

« Réflexions médicales sur l'état monastique », Journal gratuit, neuvième classe. Santé 6 (1790) 81-93.

« Observations sur une espèce particulière de mélancolie qui conduit au suicide », La médecine éclairée par les sciences physiques, t. 1 (1791) 154-159 et 199-201, repr. dans Jacques Postel, Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel (Paris 1981) 198-205.

« Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés », Mémoires de la Société médicale d'émulation de Paris, t. 2 (Paris an VII) 215-255.

« Le penchant au suicide par mélancolie peut-il céder à une émotion vive ? » in : Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie, 1^{re} éd. (Paris an IX (1800a)) 240-242.

Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie, 1^{re} éd. (Paris 1800b), repr. (Genève 1980).

Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 2^e éd. (Paris 1809), repr. (Le Plessis Robinson 2005).

Pline le Jeune, Lettres, texte établi et traduit par Marcel Durry (Paris 1972).

Plutarque, Actions courageuses et vertueuses des femmes, in : Œuvres morales, t. 1 (Paris 1844).

Pomme, Pierre, Traité des affections vaporeuses des deux sexes ; où l'on a tâché de joindre à une théorie solide une pratique sûre, fondée sur des observations [1760], 3^e éd. (Lyon 1767).

Nouveau recueil des pièces publiées pour l'instruction du procès que le traitement des vapeurs a fait naître parmi les médecins ; dans lequel on trouve la réponse à toutes les objections que l'on a faites contre la méthode humectante, & des nouvelles observations pratiques qui en démontrent la sûreté (Paris 1771).

Prévost, Antoine François (abbé), « Réflexions sur le suicide », Le Pour et contre, t. IV (1734) 61-64).

« Exemple de philosophie française », in : Œuvres choisies de l'abbé Prévost,

avec figures. Tome 35. Contes, aventures et faits singuliers, etc. (Amsterdam 1784) 416-422.

Prichard, James Cowles, A treatise on insanity and other disorders affecting the mind (London 1835), 2^e éd. (Philadelphia 1837).

Proal, Louis, « Le double suicide d'amour », Archives de l'anthropologie criminelle t. 12 (1897) 553-576.

Le crime et le suicide passionnels (Paris 1900).

Py, Pierre, « Premier mémoire sur le suicide », et « Second mémoire sur le suicide », Annales cliniques ou recueil périodique de mémoires et observations 37 (Montpellier 1815) 35-72 (1^{er} mémoire), 149-180 (2^e mémoire).

Q

Quetelet, Adolphe, Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai d'une physique sociale (Paris 1835).

R

Rapin, François-Rodolphe, Dissertation sur différentes espèces de monomanies, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Strasbourg (Strasbourg 1825).

Ramon, Louis-Joseph, « Suicide », in : Félix Vicq-d'Azyr/Jacques-Louis Moreau de la Sarthe (éds), Encyclopédie méthodique, médecine, par une société de médecins, t. 13 (Paris 1830) 164-168.

Recherches statistiques sur la ville de Paris et sur le département de la Seine (Paris 1821-1860).

Rech, Hippolyte, De la douche et des affusions d'eau froide sur la tête dans le traitement des aliénations mentales (Montpellier 1846).

Regnault, Élias, Nouvelles réflexions sur la monomanie-homicide, le suicide et la liberté morale (Paris 1830).

Renaudin, Louis-François-Émile, « Observations déduites de la Statistique des aliénés publiée par le Ministère du commerce », Annales médico-psychologiques 6 (1860) 111-138.

Reydellet, Pierre, Du suicide considéré dans ses rapports avec la morale publique et les progrès de la liberté dans les pays anciens et modernes, mais surtout en France (Paris 1820).

Richardière/Gastinne-Renette, « Suicide à deux ou assassinat. Relation de l'affaire Bleszinski », Annales d'hygiène publique et de médecine légale 3 (26) (1891) 53-63.

Ritti, Antoine, « Histoire des travaux de la Société médico-psychologique (1852-1902) », Annales médico-psychologiques 8 (16) (1902) 27-131.

Roubaud-Luce, Maurice, Recherches médico-philosophiques sur la mélancolie (Paris 1817).

Rousseau, Jean-Jacques, Julie, ou la nouvelle Héloïse [1761], in : Œuvres complètes,

t. 2, édité par Bernard Gagnebin/Marcel Raymond (Paris 1961).

Ruggieri, Cesare, « Storia della crocifissione di Matteo Lovat da se stesso eseguita. Comunicata in lettera da Cesare Ruggieri medico fisico, e. P.P. di clinica chirurgica in Venezia ad un medico suo amico », Nuova scelta di opuscoli interessanti sulle scienze e sulle arti (1806a).

Histoire du crucifiement exécuté sur sa propre personne par Mathieu Lovat communiqué au public dans une lettre de Cesar Ruggieri, docteur en médecine et professeur de chirurgie clinique à Venise, à un médecin son ami (1806b).

Rush, Benjamin, Medical inquiries and observations, upon the diseases of the mind (Philadelphia 1812).

S

Sauze, Alfred, Étude sur l'emprisonnement cellulaire (Marseille 1855).

Schopenhauer, Arthur, Le monde comme volonté et comme représentation [1819] (Paris, 2003).

Sénèque, Lettres à Lucilius, t. 1, texte établi par François Préchac, traduit par Henri Noblot (Paris 1985).

Sighele, Scipio, La foule criminelle : essai de psychologie collective [1891] (Paris 1892).

(Simplissime), « Un cheval qui se venge et un chien qui se suicide », Union médicale 38 (1884) 106-107.

Sizaret, Charles, « Rapport médico-légal. Tentative d'incendie volontaire, suicide et folie simulés, divergence d'opinions entre les experts », Annales médico-psychologiques 15 (1876) 69-83.

Spurzheim, Johann Gaspar, Observations sur la folie, ou sur les dérangements des fonctions morales et intellectuelles de l'homme (Paris 1818).

Staël, Germaine de, De l'Allemagne [1813], in : Œuvres complètes de Madame la Baronne de Staël-Holstein, t. 2 (Paris 1836).

Réflexions sur le suicide [1793] (Paris 1814).

T

Tarde, Gabriel, « Le type criminel », Revue philosophique 19 (1885) 593-627.

Tardieu, Ambroise, « Questions médico-légales relatives à la mort par pendaison, distinction du suicide et de l'homicide. (Affaire Durouille) », Annales d'hygiène publique et de médecine légale 2 (4) (1855) 133-146.

Tardieu, Ambroise/François-Zacharie Roussin, « Empoisonnement-suicide par une dose énorme de cyanure de potassium. Relation médico-légale », Annales d'hygiène publique et de médecine légale 2 (29) (1868) 354-370.

Tissot, Claude-Joseph, De la manie du suicide et de l'esprit de révolte, de leurs

causes et de leurs remèdes (Paris 1840).

Tissot, Joseph-Xavier (Frère Hilarion), Mémoire en faveur des aliénés (Lyon 1837).

État déplorable des aliénés, moyens d'améliorer leur sort et de les guérir, par un ancien fondateur et directeur d'hospices d'aliénés. Suivi d'une notice biographique sur les travaux et fondations de l'auteur (Paris 1850).

Nouveau traité du délire et de ses variétés, ou Théâtre des folies humaines (Paris 1856).

Délire des suicides, suivi des moyens de le prévenir et de le guérir (Paris s.d., environ 1850).

Tissot, Samuel-Auguste, L'onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation [1760] (Lausanne 1764).

Trébuchet, Adolphe, « Statistique des décès dans la ville de Paris, depuis 1809 », Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1 (44) (1850) 71-85.

V

Vignard, Prudent, Mémoire à S. E. Monseigneur le ministre de l'Intérieur, pour M. Auguste de Saint-Germain, propriétaire, demeurant à Fougères, et Mademoiselle Olive de Saint-Germain, propriétaire, demeurant à Paris ; contre Monsieur le curé de la Paroisse de Saint-Léonard, à Fougères (Rennes 1820).

Villermé, Louis-René, « Mémoire sur la mortalité en France, dans la classe aisée et dans la classe indigente », Mémoires de l'Académie royale de médecine 1 (1828) 51-98.

« De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris, et des causes qui la rendent très différente dans plusieurs d'entre eux, ainsi que dans les divers quartiers de beaucoup de grandes villes », Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1 (2) (1830) 294-341.

Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie (Paris 1840).

Villette, Achille, Du suicide, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Paris (Paris 1825).

Virey, Julien-Joseph, « Influence », in : Dictionnaire des sciences médicales, t. 25 (Paris 1818) 1-23.

« Moral » (n. m.), in : Dictionnaire des sciences médicales, t. 34 (Paris 1819a) 270-280.

« Penchant », in : Dictionnaire des sciences médicales, t. 40 (Paris 1819b) 163-167.

Hygiène philosophique, appliquée à la politique et à la morale, 2^e éd. (Paris 1831).

Voisin, Félix, De l'identité de quelques-unes des causes du suicide, du crime et des maladies mentales (Paris 1872).

Voltaire, « Du suicide ou de l'homicide de soi-même » (Chapitre II, écrit en 1729),

in : Œuvres de M. de Voltaire, t. 4 (Amsterdam 1739) 151-157.

Commentaire sur le livre Des délits et des peines par un avocat de province [1766], in : Œuvres complètes, t. 4 (Paris 1878).

W

Wier, Jean, De praestigiis daemonum. Cinq livres de l'imposture et tromperies des diables, des enchantements et sorcelleries (1569), édition critique et introduction par Serge Margel (Grenoble 2021).

Wescott, Wynn, Suicide : Its history, literature, jurisprudence, causation, and prevention (London 1885).

Winslow, Forbes, The anatomy of suicide (London 1840).

Littérature secondaire

A

Anonyme, article « Suicidium », in : Albert Blaise (éd.), Dictionnaire latin-français des auteurs chrétiens (Turnhout 1993) 792.

Ackerknecht, Erwin H., « Hygiene in France : 1815-1848 », Bulletin of the history of medicine 22 (2) (1948) 117-155.

Medicine at the Paris hospital, 1794-1848 (Baltimore 1967).

« Johann Georg Zimmermann 1728-1795 », Gesnerus 35 (1978) 224-229.

Alvarez, Alfred, The savage God : A study of suicide [1970] (New York 1972).

Anderson, Olive, Suicide in Victorian and Edwardian England (Oxford 1987).

Arena, Francesca, Trouble dans la maternité. Pour une histoire des folies puer-pérales, 18^e-20^e siècles (Aix-en-Provence 2020).

Ariès, Philippe, L'homme devant la mort (Paris 1977).

Arnaud, Sabine, « Citation and distortion : Pierre Pomme, Voltaire and the crafting of a medical reputation », Gesnerus 66 (2) (2009) 218-236.

L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670-1820) (Paris 2014).

On hysteria : The invention of a medical category between 1670 & 1820 (Chicago 2015).

Artières, Philippe, « Manuscrits ordinaires et savoir médical au 19^e siècle », Genesis (Manuscrits-Recherche-Invention) 15 (2000) 109-120.

Aubusson de Cavarlay, Bruno, « De la statistique criminelle apparente à la statistique juridique cachée », Déviance et société 22 (2) (1998) 155-180.

« Des comptes rendus à la statistique criminelle : c'est l'unité qui compte (France, 19^e-20^e siècles) », Histoire & mesure 22 (2) (2007) 39-73.

Augstein, Hannah, « J. C. Prichard's concept of moral insanity : A medical theory of the corruption of human nature », Medical history 40 (1996) 311-343.

B

Bähr, Andreas, « Between «self-murder» and «suicide» : The modern etymology of self-killing », Journal of social history 46 (1) (2013) 620-632.

Bailey, Victor, « This rash act » : Suicide across the life cycle in the Victorian city (Stanford 1998).

Balard, Frédéric/Murielle Pott/Eva Yampolsky, « Suicide among the elderly in France and Switzerland : What does the societal context tell us about the place of relatives ? » Death studies (mai 2021).

Barbagli, Marzio, Congedarsi dal mondo. Il suicidio in Occidente e in Oriente (Bologne 2009).

Barraclough, Brian/Daphne Shepherd, « A necessary neologism : The origin and uses of suicide », Suicide and life-threatening behavior 24 (2) (1994) 113-126.

- Barras, Vincent**, « Folies criminelles au 18^e siècle », *Gesnerus* 47 (1990) 285-302.
- Barras, Vincent/Micheline Louis-Courvoisier/Séverine Pilloud (éd.)**, *Archives du corps et de la santé au 18^e siècle. Les lettres de patients au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797), base de données électronique (Lausanne 2013)*. URL : <http://tissot.unil.ch/fmi/webd#Tissot>
- Batt-Maillo, Agnès/Alain Jourdain (éds)**, *Le suicide et sa prévention. Émergence du concept, actualité des programmes (Rennes 2005)*.
- Baubérot, Arnaud**, *Histoire du naturisme : Le mythe du retour à la nature (Rennes 2004)*.
- Baudelot, Christian/Roger Establet**, *Durkheim et le suicide (Paris 1984)*.
- Bédé, Jean-Albert**, « Madame de Staël, Rousseau et le suicide », *Revue d'histoire littéraire de France* 1 (1966) 52-70.
- Béguin, François**, « La machine à guérir », in : Michel Foucault/Blandine Barret Kriegel/Anne Thalamy/François Béguin/Bruno Fortier (éds), *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne (Paris 1976)* 39-43.
- Beirne, Piers**, « Adolphe Quetelet and the origins of positivist criminology », *American Journal of sociology* 92 (1987) 1140-1169.
- Bell, Richard**, *We shall be no more : Suicide and self-government in the newly United states (Cambridge, Mass. 2012)*.
- « The moral thermometer : Rush, republicanism, and suicide », *Early American Studies : An interdisciplinary journal* 15(2) (2017) 308-331.
- Berger, Emmanuel**, « Les origines de la statistique judiciaire sous la Révolution », *Crime, histoire & sociétés* 8 (1) (2004) 65-91.
- Berrios, German E.**, *The history of mental symptoms : Descriptive psychopathology since the Nineteenth Century (Cambridge 1996)*.
- « J. C. Prichard and the of Moral Insanity », *History of Psychiatry* 10(37) (1999) 111-126.
- Berrios, German/Mostafa Mohanna**, « Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide During the 19th Century. A conceptual History », *British Journal of Psychiatry* 156 (1990) 1-9.
- Bertolote, José M.**, « Suicide prevention : at what level does it work ? », *World Psychiatry* 3(3) (2004) 147-151.
- Besançon, Serge**, *La Philosophie de Cabanis, une réforme de la psychiatrie (Le Plessis Robinson 1997)*.
- Besnard, Joséphine**, « La référence aliéniste de Durkheim. Alexandre Briere de Boismont », in : Massimo Borland/Mohamed Cherkaoui (éds), *Le Suicide de Durkheim un siècle après (Paris 2000)* 185-218.
- Besnard, Philippe**, « Durkheim et les femmes ou le « Suicide » inachevé », *Revue française de sociologie* 14(1) (1973) 27-61.
- « Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle », *Revue française de sociologie* 38(4) (1997) 735-758.

- Besnard, Philippe/Massimo Borlandi (éds)**, *Le Suicide un siècle après Durkheim (Paris 2000)*.
- Biraben, Jean-Noël, « Essai sur la statistique des causes de décès en France sous la Révolution et le Premier Empire », *Annales de Démographie Historique* (1973) 59-70.
- Bodenmann, Siegfried/Anne Lise Rey**, « La guerre en lettres : La controverse scientifique dans les correspondances des Lumières », *Revue d'histoire des sciences* 66 (2013) 233-248.
- Böhmer, Maria Dorothee**, *The Making and Travelling of Knowledge. A Biography of a Medical Case History in Nineteenth-Century Europe*, thèse de doctorat en histoire, European University Institute (Florence 2013).
- The Man Who Crucified Himself. Readings of a Medical Case in nineteenth-century Europe (Leiden 2019)*.
- Bossi, Laura**, « L'impulsion irrésistible », in : *Crime et folie (Paris 2011)* 187-232.
- Boulad-Ayoub, Josiane**, « La disparition de l'âme. Les rapports du physique et du moral dans l'Idéologie physiologiste », in : Josiane Boulad Ayoub/Alexandra Torero-Ibad (éds), *Matérialisme des modernes : nature et mœurs (Québec 2009)*.
- Bourdelaï, Patrice**, *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (18^e-20^e siècles) (Paris 2001)*.
- Bourquelot, Félix**, « Recherches sur les opinions et la législation en matière de mort volontaire, pendant le Moyen Âge. Depuis Justinien jusqu'à Charlemagne », *Bibliothèque de l'École de Chartes* 3 (1841-1842), 539-560.
- « Recherches sur les opinions et la législation en matière de mort volontaire, pendant le Moyen Âge. 10^e, 11^e, 12^e et 13^e siècles », *Bibliothèque de l'École de Chartes* 4 (1842-1843a) 242-266.
- « Recherches sur les opinions et la législation en matière de mort volontaire, pendant le Moyen Âge. 14^e, 15^e et 16^e siècles », *Bibliothèque de l'École de Chartes* 4 (1842-1843b) 456-475.
- Braconnier, Alain/Philippe Lesieur**, « Le cas unique : au-delà du singulier », in : Pierre Férida/François Villa (éds), *Le cas en controverse (Paris 1999)* 201-211.
- Brancaccio, Maria Teresa**, « «The fatal tendency of civilized society» : Enrico Morselli's suicide, moral statistics, and positivism in Italy », *Journal of social history* 46 (1) (2013) 700-715.
- Brancaccio, Maria Teresa/Eric Engstrom/David Lederer**, « The politics of suicide : Historical perspectives on suicidology before Durkheim. An introduction », *Journal of social history* 46 (1) (2013) 607-619.
- Brancaccio, Maria Teresa/David Lederer**, « The influence of national unification on the interpretation of suicide statistics in Nineteenth-Century Germany and Italy », *Criminocorpus* (2018). URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3818>
- Brandli, Frabrice/Michel Porret**, avec la collab. de Flavio Borda d'Agua et Sonia Vernhes-Rappaz, *Les corps meurtris. Investigations judiciaires et expertises médico-légales au 18^e siècle (Rennes 2014)*.

Briki, Malick, Psychiatrie et homosexualité. Lectures médicales et juridiques de l'homosexualité dans les sociétés occidentales de 1850 à nos jours (Besançon 2009).

C

Cahn, Zilla Gabrielle, Suicide in French thought from Montesquieu to Cioran (New York 1998).

Caire, Michel, « Pussin, avant Pinel », *Information psychiatrique* 6 (1993) 529-538.

Carbonel, Frédéric, « L'Asile pour aliénés de Rouen. Un laboratoire de statistiques morales de la Restauration à 1848 », *Histoire & mesure* 20 (1/2) (2005). URL : <http://journals.openedition.org/histoiremesure/788>.

Aliénistes et psychologues en Seine-Inférieure de la Restauration au début du de la IIIe République. Essai d'histoire de la médecine mentale comme "science" de gouvernement dans la région de Rouen (1825-1908), thèse de doctorat, Université de Rouen (Rouen 2009a).

« Du suicide de M^{me} Follin en 1828 aux suicides du début du 20^e siècle : pour une étude des violences suicidaires en Seine-Inférieure », *Mémoires de la protection sociale en Normandie* (2009b) 27-45.

« L'idéologie aliéniste du Dr Morel : christianisme social et médecine sociale, milieu et dégénérescence, psychiatrie et régénération », *Annales médico-psychologiques, Revue psychiatrique* 168 (2010) 672-679.

Carol, Anne, Les médecins et la mort, 19^e-20^e siècle (Paris 2004).

« Le médecin des morts à Paris au 19^e siècle », *Annales de démographie historique* 127 (1) (2014) 153-179.

Carroy, Jacqueline, « Le langage intérieur comme miroir du cerveau : une enquête, ses enjeux et ses limites », *Langue française* 132 (2001) 48-56.

« L'étude de cas psychologique et psychanalytique (19^e siècle-début du 20^e siècle) », in : Jean-Claude Passeron/Jacques Revel (éds), *Penser par cas* (Paris 2005) 201-228.

Carroy, Jacqueline/Marc Renneville, « Une cause passionnelle passionnante : Tarde et l'affaire Chambige (1889) », *Champ pénal/ Penal field* (2005). URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/260>

Mourir d'amour. Autopsie d'un imaginaire criminel (Paris 2022).

Castel, Robert, « Le traitement moral, médecine mentale et contrôle social au 19^e siècle », *Topique* 2 (1970) 109-129.

L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme (Paris 1976).

Chaney, Sarah, Self-mutilation and psychiatry : Impulse, identity and the unconscious in British explanations of self-inflicted injury, c. 1864-1914, thèse de doctorat en histoire de la médecine, University College London (Londres 2013).

Chaney, Sarah, *Psyche on the skin : A history of self-harm* (Chicago 2017).

Charland, Louis C., « Benevolent theory : moral treatment at the York Retreat », *History of psychiatry* 18(1) (2007) 61-80.

« A moral line in the sand : Alexander Crichton and Philippe Pinel on the psychopathology of the passions », in : Louis C. Charland/Peter Zachar (éds), *Facts and value in emotions* (Amsterdam/Philadelphia 2008) 15-33.

« Science and morals in the affective psychopathology of Philippe Pinel », *History of psychiatry* 21 (1) (2010) 38-53.

Charters, Erica, « L'histoire de la quantification : la guerre franco-anglaise et le développement des statistiques médicales », *Dix-huitième siècle* 47 (2015) 21-38.

Charuty, Giordana, *Le couvent des fous. L'internement et ses usages en Languedoc aux 19^e et 20^e siècles* (Paris 1985).

Chauvaud, Frédéric (éd.), *Histoires de la souffrance sociale : 17^e-20^es*. (Rennes 2007).

Chesnais, Jean-Claude, « Le suicide dans les prisons », *Population* 31(1) (1976) 73-85.

Chevalier, Louis, *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du 19^e siècle* (Paris 1958).

Clair, Jean/Robert Kopp (éds), *De la mélancolie* (Paris 2007).

Class, Monika, « Introduction : Medical case histories as genre : New approaches », *Literature and medicine* 32 (1) (2014) vii-xvi.

Coffin, Jean-Christophe, « L'hérédité et la médecine mentale française au 19^e siècle », *Ethnologie française* 24 (1) (1994) 70-80.

« La médecine mentale et la Révolution de 1848 : la création de la Société médico-psychologique », *Revue d'histoire du 19^e siècle* 16 (1998) 83-94. URL : <http://journals.openedition.org/rh19/129>

La transmission de la folie, 1850-1914 (Paris 2003).

« Stigmatisation et dégénérescence. Le vocabulaire psychiatrique aux 19^e et 20^e siècles », in Gilles Boetsch et al. (éds), *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, (Louvain-la-Neuve 2007) 171-184.

« La psychiatrie par temps de crise », *Études* 6 (2009) 751-761.

Coleman, William, *Death is a social disease : Public health and political economy in early industrial France* (Madison 1982).

Colonna d'Istria, François, « L'influence du moral sur le physique : d'après Cabanis et Maine de Biran », *Revue de métaphysique et de morale* 21 (4) (1913) 451-461.

Couturier, Lydie, « L'enfermement des aliénés : l'Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin), 1835-1860) et la loi de 1838 », *Revue d'histoire de la protection sociale* 7 (2014) 58-79.

Critical Suicide Studies Network : <https://criticalsuicidology.net>

Cunningham, Andrew, « Sir Thomas Browne and his Religio medici : Reason, nature and Religion », in : Ole Peter Grell/Andrew Cunningham (éds), *Religio medici : Medicine and religion in Seventeenth-Century England* (Aldershot 1996) 12-61.

D

Daube, David, « The linguistics of suicide », *Philosophy and public affairs* 1 (4) (1972) 387-437.

Dauphin, Stéphanie, « La loi Duruy de 1867 : le département de la Seine, laboratoire pédagogique pour l'enseignement primaire », *Carrefours de l'éducation* 37 (2014) 125-139.

Delia, Luigi, « Le problème du suicide chez Montesquieu », *Montesquieu.it*, t. 7 (déc. 2015). URL : <http://montesquieu.unibo.it/article/view/5858>

Digby, Anne, *Madness, morality and medicine : A study of the York Retreat, 1796-1914* (Cambridge 1985).

Dodman, Thomas, *What nostalgia was : War, empire, and the time of a deadly emotion* (Chicago 2018), trad. fr. *Nostalgie. Histoire d'une émotion mortelle* (Paris 2022).

Dos Santos, Jessica, « Le familistère de Guise : un paternalisme de gauche ? » *Revue internationale de l'économie sociale* 332 (2014) 62-72.

L'utopie en héritage. Le familistère de Guise (1888-1968) (Tours 2016).

Dowbiggin, Ian, « Degeneration and hereditarianism in French mental medicine 1840-90 : Psychiatric theory as ideological adaptation », in : W. F. Bynum/Roy Porter/Michael Shepherd (éds), *The anatomy of madness : Essays in the history of psychiatry*, t. 1 (London/New York 1985) 188-232.

Inheriting madness : Professionalization and psychiatric knowledge in Nineteenth-Century France (Berkeley 1991).

Droge, Arthur J./James D. Tabor, *A noble death : Suicide and martyrdom among christians and jews in Antiquity* (New York 1992).

Dupouy, Stéphanie, « Déterminisme et responsabilité : le libre arbitre en question dans le sillage de la naturalisation du crime au 19^e siècle », in : *Crime et folie* (Paris 2011) 147-170.

Durand, Georges, *Cabanis, sa vie. Son œuvre médical* (Paris 1939).

E

Edelman, Nicole, *Les métamorphoses de l'hystérique. Du début du 19^e siècle à la Grande Guerre* (Paris 2003).

Ehrenberg, Alain, *La fatigue d'être soi. Dépression et société* (Paris 2000).

Élias, Éléonore, *Les passions au temps de Pinel, les émotions dans les sciences affectives aujourd'hui. Réflexions sémantiques et épistémologiques autour de la place des affectes dans les théories de la psychiatrie aliéniste des années 1800 et dans les théories neuroscientifiques en vigueur dans la psychiatrie actuelle*, thèse de doctorat, Faculté de médecine de Nancy, Université de Lorraine (Nancy 2014).

Emch-Dériaz, Antoinette, « à propos De l'expérience en médecine de Zimmermann », *Bulletin canadien d'histoire de la médecine* 9 (1992) 3-15.

Evans, Alfred S., « Causation and disease : The Henle-Koch postulates revisited », *Yale Journal of biology in medicine* 49 (1976) 175-195.

Ey, Henri, « Étude n° 14 : Le suicide pathologique », in : *Études psychiatriques. Aspects sémiologiques*, t. 2 (Paris 1950) 341-378.

Eymann, Olivier, *Être fou au 19^e siècle. Moralisation et normalisation des internés d'office d'un asile de province* (Paris 2006).

F

Fabre, Gérard, *Épidémies et contagions. L'imaginaire du mal en Occident* (Paris 1998).

Fagot-Largeault, Anne, *Médecine et philosophie* (Paris 2010).

Farcy, Jean-Claude, *Guide des archives judiciaires et pénitentiaires 1800-1958* (Paris 1992). URL : <https://criminocorpus.org/fr/bibliotheque/doc/202/>

« Notes pour une enquête sur le suicide dans la France des 19^e et 20^e s. », *Recherches contemporaines* (1995-1996) 265-276.

Farge, Arlette, *La vie fragile. Violence, pouvoirs et solidarités à Paris au 18^e siècle* (Paris 1986).

Faubert, Michelle, « Romantic suicide, contagion, and Rousseau's Julie », in : Angela Esterhammer/Diane Piccitto/Patrick Vincent (éds), *Romanticism, Rousseau, Switzerland : New Prospects* (London 2015) 38-52.

Faure, Olivier, *Et Samuel Hahnemann inventa l'homéopathie. La longue histoire d'une médecine alternative* (Paris 2015).

Fauvel, Aude, « Le crime de Clermont et la remise en cause des asiles en 1880 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 49 (2002) 195-216.

« Puniton, dégénérescence ou malheur ? La folie d'André Gill (1840-1885) », *Revue d'histoire du 19^e siècle* 26/27 (2003). URL : <http://rh19.revues.org/751>

Témoins aliénés et 'Bastilles modernes' : une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914), thèse de doctorat en histoire et civilisations, EHESS (Paris 2005).

« Les fous morts brûlés. Cauchemar, fantasme et réalité de la médecine aliéniste (19^e-20^e siècle) », *Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences* 5 (2007) 1-8.

« La voix des fous. Hector Malot et les « romans d'asile » », *Romantisme* 141 (2008) 51-64.

« Cerveaux fous et sexes faibles (Grande-Bretagne, 1860-1900) », *Clio. Femmes, genre, histoire* 37 (2013) 41-64.

« De la création à la mutilation : Les récits d'Adèle Lauzier, femme, artiste et folle au 19^e siècle », *L'Esprit créateur* 56 (2) (2016) 12-24.

Forrester, John, « If p, then what ? Thinking in cases », *History of the human sciences* 9 (3) (1996) 1-25.

Forty, Adrian, « The modern hospital in England and France : the social and medical uses of architecture », in : Anthony D. King (éd.), *Buildings and society : Essays on the social development of the built environment* (London 1980) 61 -93.

Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique* (Paris 1972).

Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... Un cas de parricide au 19^e siècle (Paris 1973).

Surveiller et punir. Naissance de la prison (Paris 1975).

« Droit de mort et pouvoir sur la vie », in *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir* (Paris 1976) 177 -211.

Les anormaux. Cours au Collège de France, 1975 -1975 (Paris 1999).

Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973 -1974 (Paris 2003).

Foucault, Michel/Blandine Barret Kriegel/Anne Thalamy/François Béguin/Bruno Fortier, *Les machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne* (Paris 1976).

Fourcade, Nathalie/Franck von Lennep (éds), *Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives, 2^e rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS)* (Paris février 2016).

Friendly, Michael, « A.-M. Guerry's moral statistics of France : Challenges for multivariable spatial analysis », *Statistical Science* 22 (3) (2007) 368 -399.

Fromentin, Clément, « Le psychiatre face au suicide », in : Vassilis Kapsambelis (éd.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (Paris 2012) 711 -728.

Fureix, Emmanuel, *La France des larmes. Deuils politiques à l'âge romantique (1814 -1840)* (Paris 2009).

Fureix, Emmanuel/François Jarrige, *La modernité désenchantée. Relire l'histoire du 19^e siècle français* (Paris 2015).

G

Galpin, Lyndsay, *Male suicide and masculinity in 19th-Century Britain : Stories of self-destruction* (Londres, 2022).

Gaille, Marie, « Cabanis and the philosophy of human passions : The medicalization of morals and the politization of medicine », *Gesnerus* 74 (2017) 71 -90.

Garrabé, Jean, « De Pinel à Freud ? Le traitement moral : son évolution de Pinel à nos jours », in : Jean Garrabé (éd.), *Philippe Pinel* (Paris 1996) 71 -93.

Garrabé, Jean/Dora B. Weiner, « Prologue », in : Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale [1809]* (Paris 2005) 7 -60.

Garré, Jean-Bernard, « Suicide, silence, secret », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* 65 (2003) 15 -21.

Gates, Barbara T., *Victorian suicide : Mad crimes and sad histories* (Princeton 1988).

Gauchet, Marcel, *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion* (Paris 1985).

Gauchet, Marcel/Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique* (Paris 1980).

Gille, Bertrand, *Les sources statistiques de l'histoire de France. Des enquêtes du 17^e siècle à 1870* (Genève/Paris 1980).

Giraud, Sylvie, *Le suicide à Paris à l'âge préromantique (1791 -1816)*, thèse de doctorat en histoire, Université de la Sorbonne - Paris IV (Paris 2000).

Godineau, Dominique, « Honneur et suicide en France au 18^e siècle », in : Hervé Drévilion/Diego Venturino (éd.), *Penser et vivre l'honneur à l'époque moderne* (Rennes 2011) 251 -263.

S'abréger les jours. Le suicide en France au 18^e siècle (Paris 2012).

Goetz, Rose, « Les âges de la vie dans les Rapports du physique et du moral de l'homme de Pierre-Jean-Georges Cabanis », *Le Portique* 21 (2008). URL : <http://journals.openedition.org/leportique/1713>

Goldstein, Jan, *Console and classify : The French psychiatric profession in the Nineteenth Century* (Cambridge 1987).

Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française (Le Plessis-Robinson 1997a).

« Enthusiasm or imagination ? Eighteenth-Century smear words in comparative national context », *Huntington Library quarterly* 60 (1/2) (1997b) 29 -49.

Gourevitch, Michel, « Esquirol et la lypémanie : naissance de la dépression mélancolique », in : Pierre Pichot (éd.), *Les voies nouvelles de la dépression* (Paris 1978) 12 -18.

Grand, Lucile, *Maximien Parchappe de Vinay (1800 -1866), inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons, thèse pour le diplôme d'archiviste paléographe, École nationale des chartes* (Paris 1995).

Grange, Kathleen M., « Pinel and eighteenth century psychiatry », *Bulletin for the history of medicine* 35 (1961) 442 -453.

Grisé, Yolande, *Le suicide dans la Rome antique* (Montréal-Paris 1982).

Guignard, Laurence, *Juger la folie. La folie criminelle devant les Assises au 19^e siècle* (Paris 2010).

« Contraindre à la vie : microphysique du pouvoir et prévention du suicide dans les prisons de la République », *Les Annales de l'Est* (2014) 39 -51.

« Le suicide, une pathologie carcérale ? » *Criminocorpus* (2018). URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3813>.

Guignard, Laurence/Hervé Guillemain/Stéphane Tison, *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)* (Rennes 2013).

Guillemain, Hervé, *Les directions de la conscience. Histoire sociale et culturelle des maladies psychiques et des pratiques thérapeutiques en France (1830 -1939)*, thèse de doctorat en histoire, Université de Paris XII (Val de Marne 2004).

« Médecine et religion au XIXe siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860) », *Le Mouvement Social* 215 (2006) 35-49.

« Petits arrangements avec la mort volontaire. Suicide, folie et refus de sépulture dans la première moitié du XIXe siècle », *¿ Interrogations ?* 14 (2012). URL : <https://www.revue-interrogations.org/Petits-arrangements-avec-la-mort>

H

Hacking, Ian, *The Taming of chance* (Cambridge 1990).

Hautgen, Thierry, « Les débuts de la Société médico-psychologique, entre philosophie et système nerveux central », *Annales médico-psychologiques* 170 (6) (2012) 408-414.

« Les archives et l'histoire de la psychiatrie. 1^{re} partie : les sources et les travaux », *PNS* 11 (3) (2013) 69-90.

« Les archives et l'histoire de la psychiatrie. 2^e partie : L'hospitalisation des malades mentaux à Paris au 19^e siècle », *PNS* 11 (4) (2013) 55-82.

Havelange, Carl, « Savoir et pouvoir : la presse médicale à caractère professionnel au 19^e siècle », in : Claude Brunel/Paul Servais (éds), *La formation du médecin : des Lumières au laboratoire* (Louvain-la-Neuve 1989) 99-110.

Higonnet, Margaret R., « Suicide : Representations of the feminine in the Nineteenth Century », *Poetics today* 6 (1/2) (1985) 103-118.

Higonnet, Patrice, « Joint suicide in Eighteenth-Century French literature and revolutionary politics », in : Bernadette Fort (éd.), *Fictions of the French Revolution* (Evanson 1991a) 87-110.

« Du suicide sentimental au suicide politique », in : Elizabeth Liris/Jean Maurice Bezière (éds), *La Révolution et la mort* (Toulouse 1991b) 137-149.

Hobsbawm, éric, « Introduction : Inventer des traditions », in : éric Hobsbawm/Terence Ranger (éds), *L'invention de la tradition* (Paris 2006) 11-25.

Hooff, Anton J. L. van, *From autothanasia to suicide : Self-killing in classical Antiquity* (Londres 1990).

Huertas, Rafael, « Between doctrine and clinical practice : nosography and semiology in the work of Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840) », *History of psychiatry* 19 (2) (2008) 123-140.

Huneman, Philippe, « Writing the case – Pinel as psychiatrist », *Republics of letters : A journal for the study of knowledge, politics, and the arts* 3 (2) (2014). URL : <https://arcade.stanford.edu/rofl/writing-case-pinel-psychiatrist-0>

J

Jackson, Stanley W., *Melancholia and depression. From Hippocratic Times to Modern Times* (New Haven/London 1986).

Jansson, Åsa, « From statistics to diagnostics : Medical certificates, melancholia, and «suicidal propensities» in Victorian psychiatry », *Journal of social history* 46 (3) (2013) 716-731.

From melancholia to depression. Disordered mood in Nineteenth-Century psychiatry (Cham 2021).

Jaworski, Katrina, *The gender of suicide : Knowledge production, theory and suicidology* (Londres 2016).

Jolles, André, « Le cas », in : *Formes simples* [1930] (Paris 1972) 137-157.

Jonas, Stephan (éd.), *La cité de Mulhouse (1853-1870) : un modèle d'habitat économique et social du 19^e siècle* (Strasbourg 1981).

Jones, Kathleen, « Foreword », in : Samuel Tuke, *Description of The Retreat* [1813] (London 1996) vii-xv.

Jorland, Gérard, *Une société à soigner : hygiène et salubrité publiques en France au 19^e siècle* (Paris 2010).

Jouhaud, Christian/Dinah Ribard/Nicolas Schapira, *Histoire littérature témoignage. Écrire les malheurs du temps* (Paris 2009).

Juchet, Jack/Jacques Postel, « Le 'surveillant' Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière », *Histoire des sciences médicales* 30 (2) (1996) 189-198.

K

Kalifa, Dominique, *Les bas-fonds. Histoire d'un imaginaire* (Paris 2013).

Kästner, Alexander, *Tödliche Geschichte(n) : Selbsttötungen in Kursachsen im Spannungsfeld von Normen und Praktiken (1547-1815)* (Konstanz 2012).

Kästner, Alexander/Luef, Evelyne, « The ill-treated body : Punishing and utilizing the Early Modern suicide corpse », in : Richard Ward (éd.), *A global history of execution and the criminal corpse* (Londres 2015) 147-169.

Keel, Othmar, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815 : politiques, institutions et savoirs* (Montréal 2001).

Kitanaka, Junko, *Depression in Japan. Psychiatric cures for a society in distress* (Princeton 2012).

Klibansky, Raymond/Erwin Panofsky/Fritz Saxl, *Saturn and melancholy : Studies in the history of natural philosophy, religion and art* (London 1964).

Saturne et la mélancolie. Études historiques et philosophiques : nature, religion, médecine et art (Paris 1989).

Koch, Ruth, « Der Kasus und A. Jolles Theorie von den «einfachen Formen» », *Fabula* 14 (1973) 194-204.

Kreuter, Alma, *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexicon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts* (Munich/New Providence/London/Paris 1996).

Kushner, Howard I., « *American psychiatry and the cause of suicide, 1844-1917* », *Bulletin of the history of medicine* 60 (1) (1986) 36-57.

American suicide : A psychocultural exploration (New Brunswick/London 1991).

« Suicide, gender and the fear of Modernity in 19th Century medical and social thought », *Journal of social history* 26 (3) (1993) 461-489.

« Suicide, gender, and the fear of Modernity » [1993], in : John Weaver/David Wright (éds), *Histories of suicide. International perspectives on self-destruction in the Modern world* (Toronto/Buffalo/Londres 2009) 19-52.

L

La Berge, Anne Fowler, « The Early Nineteenth-Century French public health movement : The disciplinary development and institutionalization of Hygiène Publique », *Bulletin of the history of medicine* 58 (3) (1984) 363-379.

Mission and method. The early 19th Century French public health movement (Cambridge 1992).

Laé, Jean-François, *L'ogre du jugement* (Paris 2001a).

« La place vide du suicidé dans le droit : lecture jurisprudentielle de la fin du 19^e à la mi-20^e siècle », in : Philippe Artières et al. (éds), *Michel Foucault et la médecine* (Paris 2001b) 231-248.

Laget, Pierre-Louis, « Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés », *Livraisons d'histoire de l'architecture* 7 (2004) 51-70.

Lallement, Michel, *Le travail de l'utopie. Godin et le familistère de guise* (Paris 2009).

Lalouette, Jacqueline, « Expulser Dieu : la laïcisation des écoles, des hôpitaux et des prétoires », *Mots* 27 (1991) 23-39.

Lantéri-Laura, Georges, « La chronicité dans la psychiatrie moderne française. Note d'histoire théorique et sociale », *Annales. Économies, sociétés, civilisations* 3 (1972) 548-549 et 553.

« L'appropriation psychiatrique des comportements suicidaires », in : Jean-Pierre Soubrier/Jacques Verdinne (éds), *Dépression et suicide. Aspects médicaux, psychologiques et socio-culturels* (Paris/Oxford/New York/Toronto/Sydney/Frankfurt 1983) 343-355.

Psychiatrie et connaissance. Essai sur les fondements de la pathologie mentale (Paris 1991).

Recherches psychiatriques (Paris 1993).

« Panorama historique de l'isolement en psychiatrie » (1996a). URL : http://ancien.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congre_isolement/congre_isolement.html

« Introduction historique et critique à la notion de douleur morale en psychiatrie », in : Rémi Tevissen (éd.), *La douleur morale* (Paris 1996b) 9-28.

La chronicité en psychiatrie (Le Plessis-Robinson 1997).

« Réflexions sur l'hypothèse d'une pathologie mentale unitaire », *Neuro-psy*

15 (2) (2000) 62-65.

Laplassotte, François, « Quelques étapes de la physiologie du cerveau du 17^e au début du 19^e siècle », *Annales. Économies, sociétés, civilisations* 25 (3) (1970) 599-613.

Larkin, Steve, « Introduction », in : Antoine Prévost (abbé), *Le Pour et contre* (n° 1-60) (Oxford 1993).

Lauro, Marc, « Une réflexion sur la forme des salles d'hôpital : le mémoire du médecin Hugues Maret et son illustration par Jacques-Germain Soufflot », *In Situ* 31 (2017). URL : <http://journals.openedition.org/insitu/13914>

Lavabre-Bertrand, Thierry, « Le vitalisme de l'École de Montpellier », in : Pascal Nouvel (éd.), *Repenser le vitalisme* (Paris 2011) 57-71.

Lécuyer, Bernard-Pierre, « Démographie, statistique et hygiène publique sous la monarchie censitaire », *Annales de démographie historique* (1977) 215-245.

Lederer, David, « Aufruhr auf dem Friedhof. Pfarrer Gemeinde und Selbstmord im frühneuzeitlichen Bayern », in : Gabriela Signori (éd.), *Trauer, Verzweigung und Anfechtung : Selbstmordversuch in mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Gesellschaften* (Tübingen 1994) 189-209.

« The dishonorable dead : Elite and popular perceptions of suicide in Early Modern Germany », in : Sibylle Backmann/Hans-Jörg Künast/B. Ann Tlusty/Sabine Ullmann (éds), *Ehrkonzepte in der Frühen Neuzeit : Identitäten und Abgrenzungen* (Berlin 1998) 349-365.

Madness, religion and the state in Early Modern Europe : A Bavarian beacon (Cambridge 2006a).

« Suicide in Early Modern central Europe : A historiographical review », *German Historical Institute London bulletin* 28 (2) (2006b) 33-46.

« Sociology's «one law» : Moral statistics, Modernity, religion, and German nationalism in the suicide studies of Adolf Wagner and Alexander von Ottingen », *Journal of social history* 46 (1) (2013) 684-699.

Lee, Daryl/Merrick Jeffrey (éds), *The history of suicide in England 1650-1850*, t. 7 et 8 (London 2013).

Lefebvre, Thierry/Raynal Cécile, « Les accidents du travail chez les photographes du 19^e siècle », *Revue d'histoire de la pharmacie* 329 (2001) 121-124.

Léonard, Jacques, « Femmes, religion et médecine. Les religieuses qui soignent, en France au 19^e siècle », *Annales : Économies, sociétés, civilisations* 32 (5) (1977) 887-907.

La médecine entre les pouvoirs et les savoirs (Paris 1981).

Le Roux, Thomas, « L'effacement du corps de l'ouvrier. La santé au travail lors de la première industrialisation de Paris (1770-1840) », *Le Mouvement social* 234 (2011) 103-119.

Lind, Vera, *Selbstmord in der Frühen Neuzeit : Diskurs, Lebenswelt und kultureller Wandel am Beispiel der Herzogtümer Schleswig und Holstein* (Göttingen 1999).

Louis-Courvoisier, Micheline, Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève 1750-1820) (Genève 2000).

Luef, Evelyne, « Punishment post mortem : The crime of suicide in Early Modern Austria and Sweden », in : Albrecht Classen/Connie Scarborough (éds), *Crime and punishment in Middle Ages and Early Modern Age : Mental-historical investigations of basic human problems and social responses* (Berlin/Boston 2012) 555-576.

M

MacDonald, Michael, « The medicalization of suicide in England : Laymen, physicians, and cultural change, 1500-1870 », in : Charles Rosenberg/Janet Golden (éds), *Framing disease : Studies in cultural history* (New Brunswick 1992) 85-103, paru d'abord dans *The Milbank Quarterly* 67, supplément 1 (1989) 69-91.

MacDonald, Michael/Murphy Terence R., *Sleepless souls : Suicide in the Early Modern England* (Oxford 1990).

Mandressi, Rafael, « Félix Vicq d'Azyr : l'anatomie, l'État, la médecine », *Bibliothèque numérique Medic@* (2006). URL : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/vicq.php>

Margel, Serge, « Jean Wier et les démons du savoir. De la philologie radicale à la déconstruction du christianisme », in : Jean Wier, *De praestigiis daemonum*. Cinq livres de l'imposture et tromperies des diables, des enchantements et sorcelleries (1569), édition critique par Serge Margel (Grenoble 2021) 5-69.

Marsh, Ian, *Suicide : Foucault, history and truth* (Cambridge 2010).

Martinage, Renée, « Le "Compte général de l'administration de la justice criminelle" : son rôle depuis 1825 », in : Isabelle Martinez/Christine Pochet (éds), *Mesure(s)*, actes des 12^e Rencontres organisées par l'Institution d'administration des entreprises à Toulouse les 27-28 novembre 2003 (Toulouse 2004) 215-234.

Matlock, Jann, *Scenes of seduction : Prostitution, hysteria, and reading difference in Nineteenth-Century France* (New York 1994).

Mauzi, Robert, *L'idée du bonheur dans la littérature et la pensée française au 18^e siècle* (Paris 1960).

McGuire, Kelly, *Dying to be English : Suicide narratives and national identity, 1721-1814* (London 2012).

Merrick, Jeffrey, « Patterns and prosecution of suicide in Eighteenth-Century Paris », *Historical Reflections/Réflexions historiques* 16(1) (1989) 1-53.

Midelfort, Erik, « Religious melancholy and suicide : On the Reformation origins of a sociological stereotype », *Graven Images* 3 (1996) 41-46.

A history of madness in Sixteenth-Century Germany (Stanford 1999).

Millard, Chris, *A history of self-harm in Britain : A genealogy of cutting and overdosing* (London 2015).

Minois, Georges, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire* (Paris 1995).

Histoire du mal de vivre. De la mélancolie à la dépression (Paris 2003).

Moore, Sheila, *The decriminalisation of suicide*, thèse de doctorat, Department of law, London School of economics and political science (Londres 2000).

Moravia, Sergio, *Il pensiero degli Ideologues : Scienza e filosofia in Francia (1790-1815)* (Florence 1974).

« Introduction. Cabanis and his contemporaries », in : Pierre-Jean-Georges Cabanis, *On the relations between the physical and the moral aspects of man*, édition préparée par George Mora, introduction par Sergio Moravia et George Mora, traduit du français par Margaret Duggan Saidi (Baltimore/London 1981).

Morris, Thelma, *L'abbé Desfontaines et son rôle dans la littérature de son temps* (Paris/Genève 1961).

Mrozowski, Robert, *Médecine et politique dans l'œuvre de Pierre-Jean-Georges Cabanis*, thèse de doctorat, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne (Paris 2013).

Mucchielli, Laurent/Renneville Marc, « Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale ? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930) », *Déviance et société* 22 (1) (1998) 3-36.

Murray, Alexander, *Suicide in the Middle Ages. Volume 1* (Oxford/New York 1998).

Myllykangas, Mikko, « The curse and the gift of modernity in late Nineteenth-Century suicide discourse in Finland », in : Melissa Dickson/Emilie Taylor-Brown/Sally Shuttleworth (éd.), *Progress and pathology : Medicine and culture in the Nineteenth Century* (Manchester 2020) 194-214.

N

Nicolas, Serge, « Les Annales médico-psychologiques. Abrégé d'histoire sur la fondation de la première revue française de psychiatrie ». *Bibliothèque numérique Medic@*. URL : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/Annales-medicopsychologiques.php>

Nye, Robert, « Heredity or milieu : Foundations of criminology », *Isis* 67 (3) (1976) 334-355.

Crime, madness, and politics in Modern France : The medical concept of national decline (Princeton 1984).

O

Oquendo, Maria A./Baca-Garcia Enrique, « Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system : advantages outweigh limitations », *World Psychiatry* 13 (2) (2014) 128-130.

Ortolani, Marc, « Le procès à cadavre des suicidés à la fin de l'Ancien Régime. Deux exemples provençaux », *Historia et ius. Rivista di storia giuridica dell'età medievale e moderna* 10 (2016). URL : <http://www.storiadeldiritto.org/home/historia-et-ius-publicato-il-numero-10>

Ouellet, Brigitte, *Le Désillusionné et son ba du Papyrus Berlin 3024. L'herméneutique d'une expérience ontophanique*, thèse de doctorat en théologie et en sciences des religions, Université de Montréal (Montréal 2004).

Ozouf-Marignier, Marie-Vic, « Entre tradition et modernité. Les Recherches statistiques sur la ville de Paris (1821) », *Mélanges de l'École française de Rome. Italie et Méditerranée* 111 (2) (1999) 747-762.

P

Pandolfi, Jean, « Beccaria traduit par Morellet », *Dix-huitième siècle* 9 (1977) 291-316.

Paradis, André, « De Condillac à Pinel ou les fondements philosophiques du traitement moral », *Philosophiques* 20 (1) (1993) 69-112.

Passeron, Jean-Claude/Jacques Revel, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », in : Jean-Claude Passeron/Jacques Revel (éds), *Penser par cas* (Paris 2005) 9-44.

Perrot, Michelle/Robert Philippe (éd.), *Compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1880 et rapport relatif aux années 1826 à 1880* (Genève-Paris 1989).

Pethes, Nicolas, « Telling cases : Writing against genre in medicine and literature », *Literature and medicine* 32 (1) (2014) 24-45.

Pick, Daniel, *Faces of degeneration. A European disorder, c.1848-c.1918* (Cambridge 1989).

Pigeaud, Jackie, « Prolégomènes à une histoire de la mélancolie », *Histoire, économie et société* 3-4 (1984) 501-510.

« Cabanis et les rapports du physique et du moral », *Revue médicale de la Suisse romande* 106 (1) (1986) 47-59.

La maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique (Paris 1989).

« Aux sources des cas », *Nouvelle Revue de psychanalyse* 42 (1990) 65-81. (éd.), *Mélancolie, numéro spécial, Psychiatrie française* 29(2) (1998).

Aux portes de la psychiatrie. Pinel, l'ancien et le moderne (Paris 2001).

De la mélancolie. Fragments de poétique et d'histoire (Paris 2005).

Pinon, Pierre, *L'Hospice de Charenton* (Liège 1989).

Pomata, Gianna, « Sharing cases : The Observations in Early Modern medicine », *Early Science and medicine* 15 (3) (2010) 193-236.

« The medical case narrative : Distant reading of an epistemic genre », *Literature and medicine* 32 (1) (2014) 1-23.

Pomeau, René, « En marge des Lettres philosophiques. Un essai de Voltaire sur le suicide », *Revue des sciences humaines* (1954) 285-294.

Porret, Michel, « Mourir l'âme angoissée : les Réflexions sur le suicide de l'horloger genevois J.-J. Mellaret (1769) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 42 (1) (1995) 71-90.

(éd.), *Beccaria et la culture juridique des Lumières*, issu des actes du colloque européen de Genève, 25-26 novembre 1995 (Genève 1997).

Sur la scène du crime. Pratique pénale, enquête et expertises judiciaires à Genève (18^e-19^e siècle) (Montréal 2008).

« Maintenir mais modérer la mort comme peine au temps des Lumières », in : Frédéric Chauvaud (éd.), *Le droit de punir du siècle des Lumières à nos jours* (Rennes 2012) 27-40.

« L'archive du dernier instant : histoire sensible des lettres d'adieu de suicidés au 18^e siècle », *Retour d'y voir* 6-8 (2013) 826-853.

Postel, Jacques, *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel* (Paris 1981).

R

Ramsey, Matthew, « Public health in France », in : Dorothy Porter (éd.), *The history of public health and the Modern state* (Amsterdam/Atlanta 1994) 45-118.

Ratcliffe, Barrie M., « Suicides in the city : Perceptions and realities of self-destruction in Paris in the first half of the Nineteenth Century », *Historical Reflections/Réflexions historiques* 18 (1) (1992) 1-70.

Renneville, Marc, *La médecine du crime. Essai sur l'émergence d'un regard médical sur la criminalité en France (1785-1885)* (Lille 1997a).

Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires (Paris 2003).

« D'un Cesare à l'autre. Le droit de punir à l'aune de la science », in : Frédéric Chauvaud (éd.), *Le droit de punir du siècle des Lumières à nos jours* (Rennes 2012) 85-97.

« Le suicide est-il une folie ? Les lectures médicales du suicide en France au 19^e siècle », *Criminocorpus* (2018). URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3797>

Rey, Roselyne, *Histoire de la douleur* (Paris 1993).

Naissance et développement du vitalisme en France de la deuxième moitié du 18^e siècle à la fin du Premier Empire (Oxford 2000).

Rigoli, Juan, *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature au 19^e siècle* (Paris 2001).

« Psychopathologie et poétique de l'"ennui" en France au 19^e siècle », *Criminocorpus* (2018). URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3845>

Rimke, Heidi/Alan Hunt, « From sinners to degenerates : the medicalization of morality in the 19th Century », *History of human sciences* 15 (1) (2002) 59-88.

Ripa, Yannick, *La ronde des folles. Femmes, folie et enfermement au 19^e siècle*

(Paris 1986).

Rosen, George, « The philosophy of ideology and the emergence of modern medicine in France », *Bulletin of the history of medicine* 20 (1946) 329-339.

« History in the study of suicide », *Psychological Medicine* 1 (1971) 267-285.

Ruffieux, Christiane, *Les médecins qui comptent. Médecine populationnelle à Genève au 19^e siècle* (Lausanne 2022).

Saad, Mariana, *Santé et maladie dans l'œuvre de P. J. G. Cabanis*, thèse de doctorat en philosophie, Université Panthéon Sorbonne (Paris 1997).

Cabanis, *comprendre l'homme pour changer le monde* (Paris 2016).

S

Savorelli, Mirella Brini, « Della riflessione sul suicidio : da Hume a Rousseau », *Studi Settecenteschi* 25-26 (2005-2006) 47-56.

Schmitt, Jean-Claude, « Le suicide au Moyen Âge », *Annales. Économies, sociétés, civilisations* 31 (1) (1976) 3-28.

Schreiner, Julia, « Zwischen Aufgeklärtheit und Moral, Zweckmäßigkeit und Pathologie. Wie preußische Juristen über den Selbstmord urteilen », in : Eckhart Hellmuth/Immo Meenken/Michael Trauth (éds), *Zeitenwende ? Preußen um 1800* (Stuttgart-Bad Cannstatt 1999) 207-228.

Jenseits von Glück : Suizid, Melancholie und Hypochondrie in deutschsprachigen Texten des späten 18. Jahrhunderts (Munich 2003).

Scull, Andrew, « From madness to mental illness : Medical men as moral entrepreneurs », *Archives européennes de sociologie* 16 (1975) 218-251.

« A convenient place to get rid of inconvenient people : The Victorian lunatic asylum », in : Anthony D. King (éd.), *Buildings and society : Essays on the social development of the built environment* (London 1980) 37-60.

Madness in civilization : A cultural history of insanity from the Bible to Freud, from the madhouse to modern medicine (Princeton 2015).

Sgard, Jean, *Le « Pour et contre » de Prévost* (Paris 1969).

(éd.), *Dictionnaire de la presse, 1600-1789. I. Dictionnaire des journaux* (Paris/Oxford 1991). URL : <http://dictionnaire-journaux.gazettes18e.fr/>

Shepherd, Anne, *Institutionalizing the insane in Nineteenth-Century England* (London/New York 2014).

Shepherd, Anne/Wright David, « Madness, suicide and the Victorian asylum : Attempted self-murder in the age of no-restraint », *Medical History* 46 (2002) 175-196.

Starobinski, Jean, *Histoire du traitement de la mélancolie*, thèse en médecine [1960], in : *L'encre de la mélancolie* (Paris 2012).

Staum, Martin S., *Cabanis. Enlightenment and medical philosophy in the French Revolution* (Princeton 1980).

Steinke, Hubert, « Albrecht von Haller, patron dans son réseau : Le rôle de la correspondance dans les controverses scientifiques », *Revue d'histoire des sciences* 66 (2013) 325-359.

Stevenson, Christine, « Medicine and architecture », in : W. F. Bynum/Roy Porter (éds), *Companion Encyclopedia of the history of medicine* (Londres 1993) 1495-1519.

Stuart, Kathy, *Defiled trades and social outcasts : Honor and ritual pollution in Early Modern Germany* (Cambridge 1999).

« Suicide by proxy : The unintended consequences of public executions in Eighteenth-Century Germany », *Central European History* 41 (2008) 413-445.

Studer, André, « Historique de la cité ouvrière », *Base numérique du patrimoine d'Alsace* (2010). URL : http://www.crdp-strasbourg.fr/data/patrimoine-industriel/mulhouse-19/cite_ouvriere.php?parent=25.

Swain, Gladys, *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie* (Toulouse 1977).

Dialogue avec l'insensé, précédé de Marcel Gauchet, à la recherche d'une autre histoire de la folie (Paris 1994a).

« De l'idée morale de la folie au traitement moral », *Dialogue avec l'insensé* (Paris 1994b) 85-109.

Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie (Paris 1997).

T

Touraine, Marisol, « Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'Observatoire national du suicide ». URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

Tremel, Marion, *Tentatives de suicide et suicides à travers l'œuvre freudienne, mémoire pour le Diplôme inter-universitaire* (2008).

Trichet, Yohan, *L'entrée dans la psychose : apparition ou déclenchement ? La clinique de l'entrée dans la psychose, ses mécanismes, ses thérapeutiques et ses auto-traitements dans le champ de la psychopathologie*, thèse de doctorat en psychologie, Université Rennes 2 (Rennes 2010).

L'entrée dans la psychose. Approches psychopathologiques, cliniques et (auto)traitements (Rennes 2011).

V

Vandekerckhove, Lieven, *La punition mise à nu. Pénalisation et criminalisation du suicide dans l'Europe médiévale et de l'Ancien Régime* (Louvain-la-Neuve 2004).

Vigarello, Georges, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge* (Paris 1985).

Volpilhac-Auger, Catherine, « Les Lettres persanes : une histoire de suicide et de twist », in : Charles Martin (éd.), *Les Lettres persanes de Montesquieu* (Paris 2013) 109-126.

Vovelle, Michel, *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours* (Paris 1983).

Vyve, Maurice van, « La notion de suicide », *Revue philosophique de Louvain* t. 52, n° 36 (1954) 593-618.

W

Wachsmann, Patrick, « La polémique face au droit de la presse », in Gilles Declercq, Michel Murat et Jacqueline Dangel (éds), *La parole polémique* (Paris 2003) 297-323.

Watt, Jeffrey R., *Choosing death : Suicide and calvinism in Early Modern Geneva* (Missouri 2001).

« Suicide, gender, and religion : The case of Geneva », in : Jeffrey R. Watt (éd.), *From sin to insanity : Suicide in Early Modern Europe* (Ithaca 2004) 138-157.

Weaver, John C., *Sadly troubled history : The meanings of suicide in the Modern Age* (Montreal/Kingston 2009).

Weiner, Dora B., « The apprenticeship of Philippe Pinel : A new document "Observations of citizen Pinel on the insane" », *American Journal of psychiatry* 136 (1979) 1128-1134.

« Mind and body in the clinic : Philippe Pinel, Alexander Crichton, Dominique Esquirol, and the birth of psychiatry », in : George S. Rousseau (éd.), *The languages of psyche : Mind and body in Enlightenment thought* (Berkeley 1990) 331-402.

« Pinel et Pussin à Bicêtre : causes et conséquences méthodologiques d'une rencontre », in : Jean Garrabé (éd.), *Philippe Pinel* (Paris 1994) 95-116.

Comprendre et soigner : Philippe Pinel (1745-1826), la médecine de l'esprit (Paris 1999).

Wenger, Alexandre, « Le "procès Pierre Pomme" : légitimité professionnelle et violence polémique dans une querelle médicale du 18^e siècle », in : Vincent Azoulay/Patrick Boucheron (éds), *Le mot qui tue, les violences intellectuelles de l'Antiquité à nos jours* (Paris 2009) 191-206.

Widloecher, Daniel, « La méthode du cas unique », in : Pierre Fédida et François Villa (éds), *Le cas en controverse* (Paris 1999) 191-200.

Williams, Elizabeth E., *The physical and the moral. Anthropology, physiology, and philosophical medicine in France, 1750-1850* [1994] (Cambridge 2002).

A cultural history of medical vitalism in Enlightenment Montpellier (Burlington 2003).

Y

Yampolsky, Eva, « La pathologie du suicide chez Fodéré. Les ambiguïtés du discours entre crime et folie », *Criminocorpus* (2018). URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3789>

La folie du suicide. Une histoire de la mort volontaire comme objet médical en France de la fin du 18^e siècle jusqu'aux années 1870, thèse de doctorat en histoire, Université de Lausanne (Lausanne 2019).

« La lecture et la mort : le suicide et le pouvoir contagieux de la littérature », *L'Esprit créateur* 61 (1) (2021a) 109-122.

« De l'anachronisme à l'invention de l'histoire. Jean Wier à l'épreuve de la psychiatrie », in : Jean Wier, *Cinq livres de l'imposture et tromperies des diables, des enchantements et sorcelleries (1569)*, édition critique par Serge Margel (Grenoble 2021b) 665-697.

York, Sarah H., *Suicide, lunacy and the asylum in Nineteenth-Century England*, thèse de doctorat en histoire de la médecine, School of Health and Population Sciences, The University of Birmingham (Birmingham 2009).

Index des noms de personnes

A

Arcet, Jean-Pierre-Joseph d', 380
 Arétée de Cappadoce, 148
 Arnould, Jules, 380
 Artaud, Antonin, 5
 Auber, Édouard, 380
 Aubry, Paul, 380
 Auenbrugger, Leopold, 293, 294, 295, 378, 380

B

Baillarger, Jules Gabriel François, 233, 243, 380
 Balencie, Antoine, 167, 380
 Barrough, Peter, 146
 Barthez, Paul-Joseph, 206
 Beccaria, Cesare, 45, 380, 412, 413
 Bécoulet, Auguste-Stanislas, 380
 Belhomme, Jacques Étienne, 240, 243, 244
 Bertrand, Louis, 69, 95, 96, 120, 121, 250, 252-258, 302, 337, 340, 348, 349, 350, 355, 377, 380, 405
 Billod, Eugène, 322, 380
 Blount, Thomas, 63, 381
 Boissier de Sauvages de Lacroix, François, 381
 Boište, Pierre, 72, 73, 378
 Bottex, Alexandre, 381
 Bourdin, Claude-Étienne, 79, 135, 152, 167, 168, 228, 232, 239-244, 329, 331, 347, 380, 381
 Brierre de Boismont, Alexandre-Jacques-François, 34, 90, 120, 122, 136, 137, 140-145, 155, 167, 168, 169, 192, 193, 194, 197, 200, 238, 240, 242, 243, 248-256, 258, 260-268, 270, 271, 272, 274, 276, 282, 285, 295, 297, 302, 311, 312, 316, 324, 325, 328, 334, 339, 340, 341, 348, 349, 350, 356, 365, 380, 381, 389, 398
 Brochin, Hippolyte, 203, 382
 Brouc, Martial Alexandre, 382

Broussais, François-Joseph-Victor, 79, 80, 229, 306, 382
 Browne, Thomas, 62, 63, 65, 382, 401
 Brun-Séchaud, Jean-Baptiste-Prospère, 269, 382
 Burrows, George Man, 170, 171, 382
 Burton, Robert, 146

C

Cabanis, Pierre-Jean-Georges, 123, 139, 207-217, 318, 319, 344, 382, 398, 401, 402, 404, 405, 411, 412, 414
 Calmeil, Louis-Florentin, 79, 80, 84, 92, 382
 Caussé, Séverin, 382
 Cazaavieilh, Jean-Baptiste, 112-116, 119, 132, 135, 222, 223, 224, 256, 271, 274, 275, 295, 316, 324, 330, 338, 347, 383
 Cerise, Laurent Alexis Philibert, 240, 243, 380
 Charcot, Jean-Martin, 346
 Charleton, Walter, 62, 383
 Chateaubriand, François-René de, 149
 Chéreau, Achille, 95, 246, 377
 Chevrey, Jean, 34, 37, 39, 49, 50, 56, 57, 79, 151, 199, 220, 258, 290, 291, 295, 336, 346, 383
 Cheyne, George, 68, 170, 383
 Chomel, Auguste-François, 201, 204, 378, 383
 Chomel, Noël, 201, 204, 378, 383
 Chpolianski, J., 383
 Combe, George, 383
 Condillac, Étienne Bonnot de, 207, 412
 Corre, Armand, 202, 249, 258, 383

D

Dally, Eugène, 341, 383
 Dancel, Jean-François, 244
 Daquin, Joseph, 30, 37, 39, 49, 53, 54, 55, 83, 124, 364, 383

Darwin, Érasme, 310
 Daumas, Félix Casimir, 94, 97, 98, 99, 384
 Debreyne, Pierre-Jean-Corneille, 167, 258, 259, 272, 282, 347, 354, 355, 377, 384
 Delahousse, Alphonse François Joseph René, 377
 Delasiauve, Louis-Jean-François, 155, 384
 Des Essarts, Nicolas-Toussaint Le Moyne, 384
 Des Étangs, Albert, 90, 244, 245, 248, 251, 384
 Descuret, Jean-Baptiste-Félix, 92, 384
 Desfontaines, Pierre François Guyot (abbé), 63, 64, 411
 Despine, Prosper, 328, 384
 Devergie, Alphonse, 389
 Dinocourt, Théophile, 384
 Doney, Jean-Marie (abbé), 384
 Double, François Joseph, 127, 384
 Du Camp, Maxime, 384
 Duchesne, Léon, 384
 Ducret, J., 53
 Dumas, Jean, 68, 349, 350, 384
 Durand, Mary, 402
 Durkheim, Émile, 18, 22, 38, 61, 91, 94, 95, 181, 271, 336, 337, 342, 369, 370, 384, 398, 399, 411

E

Ebrard, Nicolas, 79, 97, 99, 102, 104, 105, 116, 117, 132, 133, 258, 274, 348, 349, 356, 357, 385
 Engels, Friedrich, 385
 Épicure, 40, 385
 Esquirol, Jean-Étienne-Dominique, 5, 26, 33, 34, 39, 50, 57, 67, 69, 75, 77-80, 84-89, 91, 96, 99, 110, 112, 113, 114, 116, 119, 125-132, 134, 136, 141-144, 148, 149, 151-156, 166-169, 171, 174, 181, 187, 189, 191, 193, 199, 211, 216, 217, 219, 220, 221, 228, 230-235, 244, 258, 266, 269, 270, 273, 275, 276, 278, 279, 280, 282, 285, 286, 292, 297, 306, 307, 309, 313, 314, 315, 322, 325, 338, 346, 352, 354, 364, 373, 385, 390, 405, 406, 416

Étoc-Demazy, Gustave-François, 34, 189, 191, 234-243, 245, 249, 256, 259, 285, 336, 337, 338, 347, 353, 364, 381, 385
 Ey, Henri, 385, 403

F

Falret, Jean-Pierre, 34, 50, 85, 91, 93, 111, 112, 119, 120, 127, 131, 132, 135, 136, 142, 143, 154, 166, 167, 171, 199, 220, 221, 222, 227, 228, 230, 231, 232, 282, 285, 291, 296, 297, 302, 304, 306, 310, 316, 321, 324, 325, 339, 346, 347, 354, 386
 Féré, Charles, 386
 Fernel, Jean, 386
 Ferrus, Guillaume-Marie-André, 320, 321, 386
 Fleury, Louis, 386
 Fodéré, François-Emmanuel, 14, 37, 39, 56, 306, 351, 354, 386, 416
 Foley, Edmond-Antoine, 277, 386
 Fourcroy, Antoine-François, 156
 Fourier, Joseph, 175
 Foville, Achille-Louis F., 131, 299, 386
 Fréteau, Jean-Marie-Nicolas, 156
 Freud, Sigmund, 114, 387, 404, 414

G

Gall, Franz-Josef, 56, 156, 387
 Garnier, Paul, 387
 Gastinne-Renette, 393
 Gattel, Claude-Marie, 72, 379
 Gauthier de Saint-Victor, 64, 387
 Georget, Étienne-Jean, 79, 84, 136, 144, 157, 228, 307, 387
 Giné y Partagás, Juan, 213, 387
 Godin, Jean-Baptiste-André, 387, 408
 Goethe, Johann Wolfgang von, 149, 169, 350, 387
 Gout, François, 79, 115, 127, 151, 152, 167, 387
 Guérrard, Alphonse, 387
 Guerry de Champneuf, Jacques, 181
 Guerry, André-Michel, 79, 170, 172, 173, 174, 181, 270, 328, 387, 404
 Guislain, Joseph, 148, 296, 297, 387

H

Halbwachs, Maurice, 91, 92, 370, 387, 411
 Hartmann, Franz, 387
 Haslam, John, 314, 387
 Hauviller, Paul, 94, 97, 100, 101, 102, 387
 Hélié, Faustin, 222, 387
 Holbach, Paul Henri Dietrich d', 45, 387
 Hufeland, Christoph Wilhelm, 39, 152, 156
 Hume, David, 45, 214, 388, 414

J

Jousse, Daniel, 45, 388

K

Krügelstein, Franz Christian Karl, 110, 170, 388

L

La Berge, Louis de, 176, 408
 Lacassagne, Alexandre, 174, 388
 Lafon, H., 377
 Lagardelle, Firmin, 388
 Lallemand, Claude-François, 343, 344, 388
 Landré-Beauvais, Augustin Jacob, 127, 388
 Laromiguière, Pierre, 167
 Laronde, Charles, 353, 355, 377
 Lasègue, Charles, 111, 131, 289
 Laupt (pseudonyme de Georges Saint-Paul), 388
 Le Cornier de Cideville, Pierre-Robert, 64
 Le Roy, Émile, 105, 200, 248, 249, 258, 285, 287, 288, 331, 332, 333, 348, 350, 353, 357, 389
 Le Tertre Vallier, 246, 247, 377
 Lecour, Charles-Jérôme, 388, 391
 Legoyt, Alfred, 90, 388
 Legrain, Paul-Maurice, 111, 389
 Legrand du Saulle, Henri, 389
 Lélut, Louis-Françisque, 389
 Leuret, François, 80, 89, 99, 188, 299-302, 309, 389

Lisle, Pierre-Égiste, 33, 34, 95, 96, 116, 121, 122, 129, 130, 144, 161, 166, 188, 189, 191, 200, 221, 231, 232, 237, 245, 246, 249, 250, 252-255, 258, 282, 332, 335, 339, 348, 353, 356, 364, 377, 389
 Lombroso, Cesare, 174, 271, 328, 341, 389
 Longet, François Achille, 380
 Lorry, Anne-Charles, 164
 Lorthiois, Marie-Michel-Edmond, 281, 389
 Louis, Antoine, 41, 69, 92, 95, 96, 120, 121, 155, 214, 253, 289, 313, 377, 378, 380, 386, 389, 390, 393, 401
 Lovat, Mathieu (Mattio), 282, 394
 Lucas, Prosper, 389
 Lunier, Ludger-Jules-Joseph, 389
 Lurat, Jean, 97, 389

M

Magnan, Valentin, 111, 131, 341, 389
 Mahon, Paul-Augustin-Olivier, 390
 Maine de Biran, Pierre, 208, 390, 401
 Mairault, Adrien-Maurice, 63
 Mandon, Jacques-Ambroise, 390
 Marc, Charles-Christien-Henri, 9, 11, 15, 17, 42, 79, 157, 198, 282, 348, 390, 400, 409, 411, 413
 Marchand, Émile, 129, 377
 Mercier, Louis-Sébastien, 69, 390
 Mesnier, L.-Jacques-élie, 96, 140, 141, 258, 390
 Michel, Édouard, 211, 384, 398, 399, 400, 404, 405, 408, 413, 415, 416
 Moléon, Victor de, 178, 198, 390
 Montesquieu, Charles Louis de Secondat, 45, 51, 171, 390, 400, 402, 415
 Moreau de la Sarthe, Louis-Jacques, 207, 389, 390, 393
 Moreau de Tours, Jacques-Joseph, 84, 85, 97, 105, 122, 136-140, 240, 277, 289, 377, 390, 391
 Moreau de Tours, Paul, 84, 85, 97, 105, 122, 136-140, 240, 277, 289, 377, 390, 391

Morel, Bénédict-Augustin, 111, 131, 138, 139, 140, 156, 157, 158, 282, 312, 313, 323, 328, 340, 341, 391, 400
 Morselli, Enrico, 174, 271, 328, 391, 399
 Motet, Auguste-Alexandre, 391
 Muyart de Vouglans, Pierre-François, 45, 391

O

Oettingen, Alexander von, 328, 391, 409

P

Parchappe, Maximien, 319, 391, 405
 Parent-Duchâtelet, Alexandre-Jean-Baptiste, 176, 392
 Pâris, François de, 92
 Pariset, Étienne, 203, 204, 392
 Petit, J.-B., 93, 97, 98, 99, 190, 191, 249, 381, 392
 Pétrone, 62
 Pietra Santa, Prosper de, 392
 Pinel, Philippe, 30, 37, 39, 49-53, 56, 57, 80, 85, 119, 124, 129, 131, 141, 148, 150, 163, 164, 166-169, 206, 212, 214, 259, 290, 291, 293, 299, 300, 303-306, 308, 309, 314, 316, 317, 318, 321, 345, 349, 364, 392, 400, 401, 402, 404, 405, 406, 412, 413, 416
 Pline le Jeune, 392
 Plutarque, 165, 169, 257, 392
 Pomme, Pierre, 298, 392, 397, 416
 Prévost, Antoine François (abbé), 63, 64, 68, 392, 393, 409, 414
 Prichard, James Cowles, 393, 397, 398
 Proal, Louis, 393
 Pussin, Jean-Baptiste, 300, 308, 400, 407, 416
 Py, Pierre, 34, 39, 56, 151, 393

Q

Quetelet, Adolphe, 170, 172, 173, 174, 270, 328, 393, 398

R

Ramon, Louis-Joseph, 89, 228, 393
 Rapin, François-Rodolphe, 393
 Rech, Hippolyte, 299, 393
 Regnault, Élias, 115, 228-231, 393
 Renaudin, Louis-François-Émile, 270, 393
 Reydellet, Pierre, 124, 125, 393
 Richardière, H., 393
 Ritti, Antoine, 388, 393
 Rivière, Pierre, 404
 Robertet, Érasme, 122, 297, 305, 377
 Roubaud-Luce, Maurice, 167, 393
 Rousseau, Jean-Jacques, 45, 394, 398, 403, 414, 416
 Roussin, François-Zacharie, 394
 Ruggieri, Cesare, 282, 394
 Rush, Benjamin, 30, 152, 165, 394, 398

S

Saint-Paul, Georges (voir Laupt) 5, 22, 327, 388
 Sauze, Alfred, 394
 Sénèque, 40, 64, 394
 Sighele, Scipio, 394
 Sizaret, Charles, 394
 Spurzheim, Johann Gaspar, 394
 Staël, Germaine de, 149, 169, 394, 398
 Sydenham, Thomas, 146
 Szafkowski, Rufin, 377

T

Tarde, Gabriel, 389, 394, 400
 Tardieu, Ambroise, 394
 Tissot, Claude-Joseph, 79, 80, 92, 96, 118, 119, 120, 129, 164, 225-228, 259, 305, 306, 377, 395, 398
 Tissot, Joseph-Xavier (Frère Hilarion), 79, 80, 92, 96, 118, 119, 120, 129, 164, 225-228, 259, 305, 306, 377, 395, 398
 Tissot, Samuel-Auguste, 79, 80, 92, 96, 118, 119, 120, 129, 164, 225-228, 259, 305, 306, 377, 395, 398
 Trébuchet, Adolphe, 177, 395

V

Vallé, Ernest, 187
 Vatel, François, 241
 Vicq d'Azyr, Félix, 58, 410
 Vignard, Prudent, 395
 Villermé, Louis-René, 176, 395
 Villette, Achille, 211, 395
 Virey, Julien Joseph, 84, 207, 208, 209, 217, 395
 Voisin, Félix, 377, 395
 Voltaire, 45, 63, 64, 396, 397, 412

W

Wescott, Wynn, 54, 396
 Wier, Johann, 42, 396, 410, 417

Index des notions

A

Adultère, 223, 251
 Alcoolisme (ivrognerie), 94, 140, 143, 173, 185, 239, 356, 357
 Ambition, 277, 329
 Amour (comme motif du suicide), 150, 179, 180, 185, 198, 216, 217, 219, 223, 226, 231, 245, 252, 259, 265, 266, 273, 277, 335-337, 339
 Amour de la vie, 237, 238
 Auto-crucifixion, 282
 Automutilation, 31, 281, 282
 αὐτοχειρία, 66, 69

C

Chagrin, 179, 180, 185, 186, 193, 198, 223, 236, 247, 252, 253, 260, 265-267, 270, 277, 283, 315, 316, 334, 335, 337, 353
 Choc, 150, 166, 169, 298, 300, 308, 309
 Christianisme (chrétien), 28, 40, 65, 68, 91, 96, 139, 140, 155, 214 n. 66, 255, 257, 271, 331, 347-349, 355
 Civilisation, 57, 90, 112, 137, 140, 172, 222, 223, 225, 239, 240, 243, 246, 247, 254, 269-272, 274, 328-330, 336, 337
 Coercition (coercitif, -ive), 293, 299, 300, 302, 311-314, 323
 Condamnation morale, 71, 103, 236
 Conservation (auto-), 51, 57, 80, 85, 86, 88, 102, 109, 125, 132, 136, 144, 208, 209, 217, 237, 374
 Consolation, 214 n. 66, 295, 303, 304, 307, 309, 338, 349
 Contagion (contagieux, -euse, contagiosité), 31, 38, 55, 57, 165, 169, 202, 205, 247 n. 197, 269, 352, 353, 369
 Contention, 313
 Courage (courageux), 68, 72, 89, 97, 99, 100, 168, 169, 208, 228, 272, 277, 304, 348
 Crainte, 111, 116, 147, 148 n. 173, 179, 180, 185, 198, 239, 257, 265, 267, 277, 299, 308, 330
 Criminalité
 - Suicide comme crime, 18, 21, 23, 22, 24, 34, 35, 37, 39, 40, 44, 55, 66, 70, 72, 73, 77, 78, 86, 90, 91, 96, 98, 99, 102-104, 109, 110, 113, 117, 120, 125, 153, 158, 183, 184 n. 81, 222, 223, 230, 239, 242, 253, 255, 283, 290, 303, 347, 351, 352, 356, 357
 - Criminels suicidés, 88, 97, 237
 Criminologie (criminologue), 18, 173, 174, 181, 201, 270, 328, 341
 Crise, 167-169

Croyances, 29, 88, 171, 225, 227, 240, 243, 246, 256, 272, 282, 287, 336, 345, 347
 Culpabilité, 210, 308
 Cupidité, 223

D

Débauche, 185, 223, 225, 236, 245, 247, 259, 335, 337, 357, 179
 Dégénérescence, 35, 111, 131, 138-140, 142, 144, 153, 157 n. 217, 201, 251, 287, 328, 340, 341, 343, 344, 367
 Dégout de la vie, 51, 84-86, 146, 151, 166, 179, 180, 186, 187, 192, 198, 222, 229, 237, 252, 265, 266, 268, 325
 Démence, 39, 41, 44, 93, 113, 131, 142, 144, 267, 289
 Dépénalisation, 17, 18, 22, 26, 29, 30, 34, 36, 37, 40, 44, 47, 48, 54, 71, 77, 85, 103, 134, 145, 146, 155, 178, 227, 288, 347, 354, 355, 364, 369
 Dépression, 146, 264
 Désespoir, 48, 52, 73, 136, 144, 146, 147, 168, 169, 209, 226, 232, 257, 277, 312, 331, 333
 Destruction, 40, 47, 179, 229, 230, 286
 Déviance (déviant), 23, 25, 35, 140, 157, 158 n. 220, 170, 171, 173, 198, 201, 202, 218, 243, 283, 303, 342-356, 365, 367, 373
 Discipline (discipliner), 292, 299, 303, 309, 310, 315, 345, 349
 Douleur, 128, 206, 221, 226, 236, 241, 242, 252, 266, 276, 299, 301, 304, 311, 312, 336, 349
 - Douleur morale, 89, 148, 185, 230, 237, 302, 310, 334, 335
 Économie (économique), 38, 58, 76, 90, 103, 171, 172, 181, 221, 247, 251, 260, 264, 265, 268, 275, 287, 318-320, 328, 330, 331, 333, 337, 347, 356, 365, 369
 Éducation, 102, 121, 125, 139, 169, 171, 181, 202, 212, 213, 217, 220, 224, 239, 240, 242, 247, 249, 254, 255, 269, 270, 272, 274, 282, 287, 292, 301, 305, 328, 329, 333, 339, 342-347, 349, 350, 352, 357

E

Efféminé (effémination), 272, 273
 Égoïsme, 94, 102, 103, 227, 247 n. 196, 333
 Ennui de vivre, 85, 146

F

Fait social, 23, 24, 95, 105, 107, 130, 200, 244, 285, 332, 369

Famille, 29, 36, 40, 44-46, 48, 76, 87, 98, 102, 104, 157, 171, 178, 185, 189, 217, 224, 238, 245, 247, 248, 256, 259, 272, 274, 276, 277, 279, 280, 287, 288, 313-315, 329, 331, 333-335, 337-339, 354, 355, 357, 372
- **Mariage**, 150, 185, 216, 279, 297, 335, 337, 339, 340
Fléau, 38, 58, 78, 103-105, 124

G

Gourmandise, 206, 257

H

Haine de la vie, 85, 232
Hérédité (héréditaire), 35, 38, 57, 84, 97, 107, 110, 136, 138-141, 151, 156, 157, 165, 201, 219, 220, 223, 239, 240, 249, 251, 253, 287, 328, 338-341, 344, 345
Héroïsme (héroïque), 91, 112, 239, 341
Homéopathie, 295
Homicide de soi-même, 42, 56, 62, 63, 66-68, 70 n. 40, 77
Homme moyen, 172
Honneur, 37, 41, 66, 76, 87, 91-93, 97, 98, 103, 132, 165, 217, 220, 226, 236, 237, 240, 248, 265, 286, 354-356
Hydrothérapie, 293, 298, 299
Hygiène morale, 217, 255, 282, 291
Hypocondrie (hypocondriaque), 78, 93, 124, 177
Hystérie (hystérique), 124, 278-280, 297, 298

I

Idée fixe, 128, 168
Imagination, 52, 227, 273, 309
Immoralité (immoral, immoraux), 23, 25, 26, 35, 38, 49, 55, 58, 97, 103, 121, 157, 202, 206, 216, 227, 228, 230, 236, 243, 151, 255, 270, 337, 338, 352, 356, 367, 368
Impulsion, 97, 113, 137, 138, 141, 202, 253
Industrialisation, 176
Infortune, 66
Infortunium, 65
Innité (inné), 84, 86, 110, 117, 209, 251, 277, 341
Inštinč, 51, 80, 85, 86, 88, 89, 109, 125, 136, 142, 144, 153, 155, 156, 201, 207-209, 217, 237, 240, 253, 255, 275, 311, 317, 324, 334, 374
Irritation, 229, 312
Isolement (isoler), 52, 94, 211 n. 55, 212, 242, 247, 277, 292, 309, 310, 313-317, 322, 328, 337,

J

Jalousie, 185, 223, 237, 245, 259, 265, 266, 335, 337

L

Lâcheté (lâche), 54, 68, 72, 92, 99, 100, 103, 104, 124, 168, 169, 228
Liberté morale, 96, 110, 122, 137-139, 230, 234, 240, 244
Libertinage, 206, 257, 348
Libre arbitre, 26, 29, 52, 53, 86, 109, 119, 121, 122, 137, 138, 153, 242, 283, 348, 374
Littérature, 149, 164 n. 13, 169, 305 n. 93, 370

M

Machine rotatoire, 310
Mal anglais, 51, 170, 171
Maladie morale, 23, 73, 79, 104, 117, 118, 120, 129, 222, 225, 305
Manus sibi inferre, 65
Martyr (martyre), 23, 66, 76, 87, 88, 92, 227
Médecine perturbatrice, 309
Menstruation (menstrues), 216, 221, 239, 266, 267 n. 231, 273
Meurtre (meurtrier) de soi-même, 62, 66-68, 77, 78, 83, 244
Militaire, 17, 25, 62, 76, 91, 103, 104, 112, 122, 140, 169 n. 28, 175, 186, 246, 247, 327, 365
- **Soldats**, 136 n. 126, 241
Misère, 44, 73, 176, 179-181, 185, 198, 206, 220, 236-238, 242, 245, 247, 253, 256, 257, 259, 260, 264-266, 269, 279, 286, 329-332, 335
- **Pauvreté**, 150, 172, 205, 264, 280
- **Précarité**, 172
Mobile, 200, 202
Mœurs, 28, 40, 43, 55, 74, 79, 85, 86, 121, 124, 125, 155, 168, 171, 172, 180, 181, 198, 202, 206, 213, 216, 218, 220-222, 226, 246, 251, 270-272, 275, 280, 288, 292, 301, 314, 317, 324, 328, 347, 349, 351, 357
Moral (n.m.), 25, 74, 79, 123, 125, 139, 206-211, 213-218, 225, 226, 229, 234, 250, 257, 258, 277, 286, 288, 292, 296, 297, 299, 301, 317, 344, 345, 366, 367
Morale (n.f.), 21, 22, 25, 28, 35, 38, 53, 54, 58, 62, 71-74, 79, 85, 86, 98, 117, 120, 122, 125, 140, 168, 206, 211-218, 220, 225-230, 233, 234, 237, 240, 243, 250, 253, 254, 257, 258, 264, 268, 277, 282, 283, 286, 288, 292, 297, 301, 317, 329, 331, 336, 337, 342, 344-348, 353, 366, 367
Moraliste, 81, 89, 90, 92, 94, 99, 117, 118, 120, 193, 194, 209, 210, 213, 215, 370
Moralité, 49, 55, 58, 102, 121, 215, 226, 227, 230, 243, 247, 249, 251, 254, 255, 258, 264, 268, 286, 288, 292, 301, 318, 329, 338
Mors voluntaria, 66, 67, 77
Mort volontaire, 17, 24, 31, 48, 51, 55, 57, 66, 70, 76-78, 84, 87, 88, 91, 92, 94, 97, 98, 107, 112, 145, 191, 231, 235, 237, 271, 283, 352, 365
Mortalité, 58, 171, 176, 181
Mortem sibi consciscere, 65

N

Motif, 19, 40, 47, 48, 68, 85, 87, 88, 98, 99, 112, 121, 122, 136-138, 141, 170, 174, 178-190, 192, 193, 198, 200-202, 221, 229, 230, 232, 235, 236, 245-249, 252-255, 258, 259, 265, 277, 286, 289, 315, 326
Murder, 63, 66

Non-restraint

Non-restraint, 233 n. 131, 312, 322
Nostalgie, 146, 169

O

Oisiveté, 225, 318, 319, 329
Onanisme, 220, 222, 239, 267

P

Paresse, 185, 206, 257, 268, 318, 348, 350
Passion, 57, 84, 85, 89, 92, 96, 110, 111, 114, 116, 121, 130, 132, 133, 135, 146, 153, 164, 166, 179, 180, 198, 206, 209, 214, 215, 217, 219, 222, 224-227, 231, 232, 236-240, 242, 252, 253, 256, 257, 273, 274, 285, 286, 305, 307, 309, 325, 327, 328, 335, 346, 347, 349
Patrie, 87, 91, 93, 226, 339
Péché, 21, 24, 257
Penchant, 51, 56, 57, 84, 85, 96, 111-113, 116, 117, 119, 124, 125, 135, 142, 147, 156, 157, 166, 177, 198, 235, 237, 257, 275, 282, 287, 294, 296, 304, 339, 346, 349
Perversion, 80, 93, 124, 125, 136, 152, 157 n. 219, 201, 206, 251, 255, 311, 367
Philosophique (suicide-), 122
Prédisposition (prédisposant, prédisposé), 80, 110, 139, 145, 153, 169, 205, 219-231, 235, 237-240, 249, 251, 252, 254, 256, 260, 264, 268, 325, 336, 338-340, 368
Presse, 33, 46, 233 n. 130
Prostitution, 172, 173, 176, 216, 279, 280, 297, 357
Pseudo-suicide, 97
Punition (punir, puni), 41, 42, 45, 68, 97, 179, 180, 198, 211, 230, 231, 293, 300-302, 308, 310, 314, 318, 352, 356

R

Religion (religieux, -euse), 22, 23, 25, 27-29, 31, 33, 36, 38, 41, 48, 55, 61, 62, 65, 68, 71-73, 76, 86, 88, 90-92, 96, 98, 99, 102, 103, 109, 116, 117, 120, 121, 125, 140, 146, 150, 154, 163 n. 6, 168, 169, 171, 186, 187, 214, 217, 220-222, 225, 227, 228, 230, 241, 242, 247, 255, 256, 269, 270, 272-274, 282, 286, 287, 295, 301, 304-307, 329, 331, 333, 336, 337, 339, 342-350, 352, 354-357, 364-366, 369
Remords, 185, 230, 237, 265
Repentir, 300, 301, 338
Rural, 18, 112, 178, 182, 271, 274, 275, 330, 333, 346, 347

S

Sacrifice, 23, 66, 76, 87, 88, 91-93, 97, 98, 111, 118, 209, 227, 241, 365
Sang-froid, 53
Se défaire, 66, 77, 128
Se tuer soi-même, 75
Self-murderer, 66
Simulation, 248, 281, 301, 308, 44
Solitude, 111, 116, 128, 337, 339
Souffrance, 21, 97, 98, 109, 119, 146-148, 169, 186, 226, 236, 237, 241, 244, 257, 268, 269, 274, 278, 280, 283, 328-331, 333, 336-338, 350
Suicide libre, 23, 96, 109, 110, 121, 250, 252-256, 258, 266, 325, 335, 337, 348, 351, 357
Suicide moral, 118, 123, 247, 252
Suicidium, 65, 67, 69, 152
Suicidologie, 19, 21, 24, 26, 361, 364, 370-372, 374
Surveillance (surveiller), 17, 135, 244, 312, 313, 316, 322, 337

T

Tædium vitæ, 85, 146, 148, 252, 268, 318
Tentative de suicide, 84, 130, 281, 282, 288, 289
Terreur, 166, 167, 186, 187, 217, 253, 300, 312
Théatralité (théâtre, théâtral), 62, 76, 103, 104, 202, 300, 306, 308, 324
- **Mise en scene**, 44, 301, 307-309
Traitement moral, 32, 53, 150, 211, 212, 214 n. 66, 215, 217, 286, 291-293, 297-305, 308, 309, 313, 314, 317, 319, 320, 325, 345
Travail, 150, 180, 217, 287, 293, 309, 317-321, 323-326, 329, 339, 357
Tristesse, 111, 116, 147, 148, 152, 317, 339

U

Urbain, 112, 175, 270, 271, 274, 330, 347

V

Vague (m.) des passions, 85, 99, 146
Vénérien, 239, 266
Vice, 38, 54, 103, 117, 124, 202, 218, 227, 230, 238, 243-245, 318, 319, 333, 347, 349

Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé*

La folie du suicide. La mort volontaire comme objet médical en France au 19^e siècle

E. Yampolsky
Préface par Marc Renneville
432 p., 2023

L'Âme machine. L'invention de l'esprit moderne

G. Makari
Titre original : Soul Machine. The Invention of the Modern Mind
Traduction française par A.-S. Homassel
Postface par R. Marion-Veyron
750 p., 2023
Cet ouvrage n'est pas disponible en format électronique

Le laboratoire des esprits animaux. Modéliser le trouble mental à l'ère de la psychopharmacologie

L. Gerber, 324 p., 2022

Les médecins qui comptent. Médecine populationnelle au 19^e siècle à Genève

Ch. Ruffieux, 305 p., 2022

Les deux langages de la modernité. Jean Starobinski entre littérature et science

A. Trucchio, 250 p., 2021

Le mouvement peut-il guérir? Les usages médicaux de la gymnastique au 19^e siècle

G. Quin, 352 p., 2019

Visages. Histoires, représentations, créations

Édité par L. Guido, M. Hennard Dutheil de la Rochère, B. Maire, F. Panese et N. Roelens, avec un prélude de J.-J. Courtine, XXII et 410 p., 2017

L'Usage du sexe. Lettres au Dr Tissot, auteur de « L'Onanisme » (1760)

Édition, introduction et notes par P. Singy, X et 278 p., 2014

L'Imprimé scientifique. Enjeux matériels et intellectuels

Édité par M. Nicoli, 186 p., 2014

Les mots du corps. Expérience de la maladie dans des lettres de patients à un médecin du 18^e siècle : Samuel Auguste Tissot

S. Pilloud, avec une préface par O. Faure, XVIII et 374 p., 2013

Maladies en lettres, 17^e-21^e siècles

Édité par V. Barras et M. Dinges, 266 p., 2013

Le compas et le bistouri. Architectures de la médecine et du tourisme curatif.

L'exemple vaudois (1760-1940)

D. Lüthi, avec une préface par A.-M. Châtelet, XXII et 548 p., 2012

Body, Disease and Treatment in a Changing World. Latin Texts and Contexts in Ancient and Medieval Medicine

Édité par D. R. Langslow et B. Maire, XVIII et 404 p., 2010

Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876-1920)

Ph. Rieder, XII et 392 p., 2009

Le style des gestes. Corporéité et kinésie dans le récit littéraire

G. Bolens, avec une préface par A. Berthoz, XIV et 156 p., 2008

La médecine dans l'Antiquité grecque et romaine

H. King et V. Dasen, XII et 130 p., 2008

L'Ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)

P.-Y. Donzé, avec une préface par J. V. Pickstone, XX et 369 p., 2007

Medicina, soror philosophiae. Regards sur la littérature et les textes médicaux antiques (1975-2005)

Ph. Mudry. Édité par B. Maire, avec une préface par J. Pigeaud, XXIV et 545 p., 2006

La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961-1996 (ECVIP)

J. Pedroletti, VIII et 231 p., 2004

Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande

P.-Y. Donzé, 388 p., 2003

Visions du rêve

Édité par V. Barras, J. Gasser, Ph. Junod, Ph. Kaenel et O. Mottaz,
288 p., 2002

Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débat sur l'eugénisme. Pratique de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au 20^e siècle

G. Heller, G. Jeanmonod et J. Gasser, 482 p., 2002

Médecins voyageurs. Théorie et pratique du voyage médical au début du 19^e siècle

D. Vaj, 348 p., 2002

La médecine à Genève jusqu'à la fin du 18^e siècle

L. Gautier, réédition, avec une préface par J. Starobinski et une introduction par V. Barras et M. Louis-Courvoisier, 746 p., 2001

L'Avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815. Politique, institutions et savoirs

O. Keel, 544 p., 2001

Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève 1750-1820)

M. Louis-Courvoisier, 336 p., 2000

* Sauf mention contraire, ces ouvrages sont également disponibles en accès libre

www.chuv.ch/bhms

Sources en perspectives

Galien, Tempéraments. Traités sur la composition des corps

Édition bilingue grec-français

Introduction, traduction et notes par V. Barras et T. Birchler, 334 p., 2022

Walter B. Cannon, Conférences sur les émotions et l'homéostasie, Paris, 1930

Édition, introduction et notes par M. Arminjon, 400 p., 2020

C. G. Jung, Comptes rendus critiques de la psychologie francophone

Introduction, traduction et notes par F. Serina, 204 p., 2020

Maqari, Le Recueil des vertus de la médecine ancienne. La médecine gréco-arabe en Mauritanie

Édition, introduction et notes par B. Graz, V. Barras, A.-M. Moulin et

C. Fortier, 361 p., 2017

Archives du corps et de la santé au 18^e siècle: les lettres de patients au

Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)

S. Pilloud, M. Louis-Courvoisier et V. Barras

Base de données en ligne: www.chuv.ch/iuhmsp/ihtm_bhms 2013

Documenter l'histoire de la santé et de la maladie au siècle des Lumières: les consultations épistolaires adressées au Dr Samuel Auguste Tissot (1728-1797)

S. Pilloud, 50 p., 2013

Samuel Auguste Tissot, De la Médecine civile ou de la Police de la Médecine

Édition par M. Nicoli, introduction par D. Tosato-Rigo et M. Nicoli,

LXX et 160 p., 2009

Gabriel Tarde, « Sur le sommeil. Ou plutôt sur les rêves ». Et autres textes inédits

Édition, introduction et notes par J. Carroy et L. Salmon,

VIII et 228 p., 2009

Se soigner par les plantes. Les « Remèdes » de Gargile Martial

Édition, traduction et notes par B. Maire avec un avant-propos

par K. Hostettmann et un dossier iconographique par M. Fuchs, XXXVI et 136 p., 2007

Hors-série*

Le Cbablais aux petits soins. Histoire sanitaire d'une région entre Vaud et Valais

A. Cochand, 120 p., 2023

Pierre Decker, médecin et collectionneur

G. Monney, C. Noverraz et V. Barras, 240 p., 2021

Histoire de la médecine par Jean Starobinski

Édition établie par V. Barras

En co-édition avec Héros-Limite, 110 p., 2020

La Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie au tournant du nouveau millénaire

M. Kaba, 200 p., 2020

L'Hôpital Riviera-Cbablais. Enjeux et défis d'une collaboration intercantonale

M. Kaba et A. Cochand, 308 p., 2019

Une histoire de l'orthopédie. L'Hôpital orthopédique de la Suisse romande dans le contexte international (18^e-21^e siècle)

M. Kaba, 284 p., 2018

La Maternité de Lausanne. Un patrimoine pour la vie

Édité par R. Fuschetto, 112 p., 2017

75 ans de pédopsychiatrie à Lausanne. Du Bercaïl au Centre psychothérapeutique

T. Garibian, avec un avant-propos par J.-M. Henny, une préface par F. Ansermet et une postface par O. Halfon et Ph. Nendaz, XVIII et 130 p., 2015

Anatomies. De Vésale au virtuel

Édité par V. Barras

En co-édition avec T. Schaap éditeur, 104 p., 2014

Migration et système de santé vaudois, du 19^e siècle à nos jours

M. Garibian et V. Barras, XVI et 72 p., 2012

L'Hôpital de l'enfance de Lausanne. Histoire d'une institution pionnière de la pédiatrie suisse

M. Tavera et V. Barras, XII et 188 p., 2011

**Sauf mention contraire, ces ouvrages ne sont pas en accès libre.*

À paraître

Écrits d'histoire de la médecine et de la biologie

Roselyne Rey

Éditions et introduction par Vincent Barras et Anne-Lise Rey

Collection Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé

Printemps 2024

Au cours de sa très courte carrière, Roselyne Rey (1951-1995) a été l'une des historiennes de la médecine et des sciences les plus brillantes de son temps. Cet ouvrage recueille ses principaux articles, devenus introuvables pour la plupart, abordant des sujets aussi innovants et variés que les rapports entre littérature et médecine, entre philosophie et sciences de la vie, l'émergence de la biologie ou de la psychiatrie moderne, gardant toute leur acuité au croisement de l'histoire scientifique et culturelle.

*La folie du suicide. La mort volontaire comme objet médical en France au
19^e siècle* a été achevé d'imprimer en septembre 2023 par
l'imprimerie Tipolitografia Saccardo snc, Ornavasso (VB), Italie.
Dépôt légal : septembre 2023