LE PRÉ-PROGRAMME

Film d'enseignement / film utilitaire / film de propagande / film inédit dans les cinémas et archives de l'interrégion du Rhin supérieur 1900–1970

Une étude comparée franco-allemande

Sous la direction de : Christian Bonah Alexandre Sumpf Philipp Osten Gabriele Moser Tricia Close-Koenig Joël Danet

A 25 Rhinfilm Heidelberg · Strasbourg 2015 © Editions A 25 RhinFilm 67000 Strasbourg & 69120 Heidelberg www.rhinfilm.unistra.fr

ISBN 978-2-9553536-0-8

La version allemande de ce livre a le titre: Das Vorprogramm. Lehrfilm / Gebrauchsfilm / Propagandafilm / unveröffentlichter Film in Kinos und Archiven am Oberrhein 1900-1970. Eine französisch-deutsche Vergleichsstudie

Ce projet a été cofinancé par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) - Dépasser les frontières : projet après projet Dieses Projekt wurde vom Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) kofinanziert - Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt

Assistance éditoriale: Gabriele Moser, Leonie Ahmer und Fabian Zimmer Mise en page: Fabian Zimmer Couverture: Fabian Zimmer. Source: Universitätsbibliothek Heidelberg A25 Rhinfilm, Strasbourg & Heidelberg

















Psychopathologie en mouvement

Histoire des films psychiatriques à Strasbourg et Heidelberg

Introduction

Rares sont les films psychiatriques à avoir atteint la notoriété de *Vol au-*dessus d'un nid de coucou, film de Miloš Forman de 1975 basé sur le roman
éponyme de Ken Kesey publié en 1962. Alors que les longs métrages et, plus
encore, les documentaires se rapportant à cette thématique ont, au moins
en partie, rencontré et rencontrent encore un large public, cela n'est pas le
cas, à de rares exceptions près, des « films utilitaires », qui s'adressent à des
groupes cibles très restreints¹. Dans cette optique, il n'est pas étonnant que
la discipline historique ait seulement récemment commencé à s'intéresser, du
point de vue de l'« histoire visuelle »², au genre cinématographique « institutionnel » et aux films pédagogiques psychiatriques, pas plus que le thème
des « photographies de patients psychiatriques » ait récemment commencé à
retenir l'attention³.

- 1 Pour une « vue d'ensemble des thèmes psychiatriques abordés » dans différents genres cinématographiques, cf. Hans Jürgen Wulff, *Psychiatrie im Film*, Münster, MFAkS Publikationen, 1995 (première parution en 1985 sous le titre « Konzeptionen der psychischen Krankheit im Film »). Du côté français on trouve une synthèse dans le cadre des manifestations organisées depuis 1994 par le Centre national de documentation audiovisuelle en santé mentale (CNASM). http://www.api.asso.fr/espace_adherents/wp-content/uploads/2012/06/plaquette-CNASM.pdf (eingesehen 3.6.2015).
- 2 Pour deux études classiques au sujet du pictural turn en histoire médicale voir: Martin Pernick, The Black Stork: Eugenics and the Death of 'Defective' Babies in American Medicine and Motion Pictures since 1915, New York/Oxford, Oxford University Press, 1996. Lisa Cartwright, Screening the body. Tracing medicine's visual culture, Minneapolis, University of Mineosta Press,1995. Pour une conceptualisation de l'histoire visuellle voir: http://docupedia.de/zg/Visual_History_Version_2.o_Gerhard_Paul (consulté le 7.5.2015).
- 3 Franz-Werner Kersting, « Visual History (I/II). Anstaltspsychiatrie der 50er und 60er Jahre im Spiegel von Filmdokumenten aus Westfalen », Westfälisches Ärzteblatt 2013, cahier 3, p. 56–58 et cahier 4, p. 47–48. Au sujet des photographies psychiatriques, cf. surtout Helen Bömelburg, Der Arzt und sein Modell. Porträtfotografien aus der deutschen Psychiatrie 1880 bis 1933, Stuttgart, Steiner, 2007; Susanne Regener, Visuelle Gewalt.

La psychiatrie et la neurologie font partie des spécialités médicales qui se sont tournées de manière très précoce vers le film. Bien avant la Première Guerre mondiale, Paul Richer et Albert Londe produisent au Laboratoire photographique de la Salpêtrière à Paris une série de dix films courts mettant en scène des perturbations neurologiques affectant les malades de l'institution. En Allemagne, les premières prises de vues à thématique neurologique et psychiatrique datent sensiblement de la même période. Paul Schuster organise en 1897 à Berlin une première « présentation de mouvements pathologiques à l'aide du cinématographe avec une explication de ceux-ci » 4 et Emil Kraepelin à Munich, Otfrid Foerster à Breslau, Alexander Westphal et Hans Hennes à Bonn poursuivent cette initiative⁵. En Roumanie, Georges Marinesco engage avec un assistant des expériences cinématographique qui cherchent à démontrer visuellement le succès d'une prise en charge thérapeutique de l'hystérie par l'hypnose⁶. En 1905, le médecin américain Walter Greenough Chase à Boston, ou encore Arthur Van Gehuchten⁷ en Belgique, commencent à fixer la séméiologie clinique de leurs patients sur de la pellicule afin de l'employer pour l'enseignement. Pour l'essentiel il s'agit, comme cela a été revendiqué de manière explicite après 1920, de mettre à profit le nouveau médium film pour promouvoir une documentation « exacte » des schémas de mouvements difficiles à décrire autrement et qui étaient reconnus comme symptômes caractéristiques de certains tableaux cliniques. En particulier en psychiatrie la production de films est valorisée pour la « qualité de ces images » qui fixent des phénomènes psycho-pathologiques afin de les utiliser pour présenter ces tableaux cliniques à des étudiants dans le cadre de l'enseignement. La nouvelle cinématographie médicale portait en elle la promesse d'un enregistre-

Menschenbilder aus der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts, Bielefeld, Transcript, 2010.; et Georges Didi-Hubermann, L'invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière, Paris, Macula, 1982. Geneviève, Aubert, « From photography to cinematography: Recording movement and gait in a neurological context", Journal of the History of Neurosciences, n°11 (2002), p. 248–257.

- 4 Paul Schuster, « Vorführung pathologischer Bewegungskomplexe mittelst des Kinematographen und Erläuterung derselben », A.Wangerin, O.Taschenberg, (éds.) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft der Naturforscher und Ärzte 1897, Leipzig, FCW Vogel, 1898, p. 196–199.
- 5 Hans Hennes, « Die Kinematographie im Dienste der Neurologie und Psychiatrie, ebst Beschreibung einiger seltener Bewegungstörungen », Medizinische Klinik, n°. 6 (1910), p. 2010. Adolf Nichtenhauser, A History of Motion Pictures in Medicine (unpublished book manuscript, c. 1950), Adolf Nichtenhauser Collection, MS C 380, Archives and Modern Manuscripts, History of Medicine Division, National Library of Medicine, Bethesda, Md.
- 6 Georges Marinesco, « Un cas d'hémiplégie hystérique guéri par la suggestion hypnotique et étudié à l'aide du cinématographe », *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* vol XIII (1900), p. 176–183.
- 7 Geneviève Aubert, « Arthur van Gehuchten takes neurology to the movies », *Neurology*, n°. 59 (2002), p. 1612–1618.

ment « exact » et d'une documentation objective des éléments typiques de la clinique.

Nous disposons aujourd'hui d'études individuelles pour ces films précoces en psychiatrie et en neurologie. La Première Guerre mondiale avec son cortège de souffrances neurologiques et psychiatriques a donné lieu à une nouvelle étape du développement de ces audio-visuels8. Un nouveau genre de film « utilitaire » à sujet psychiatrique apparaît dans les années 1920. Après le film d'enseignement et de recherche des premières années se multiplient des vues d'hygiène sociale concues comme des films d'éducation (populaire). Bien que le film scientifique ne soit pas clairement distinct du film éducatif à ses débuts, et que souvent des images migrent en tant que stock-shots d'un genre vers l'autre, le film de propagande sanitaire, en particulier en Allemagne sous le national-socialisme, trouve une forme canonique et largement distribuée qui vise en particulier les maladies héréditaires et la santé « raciale » du peuple⁹. Dans ce cadre, le film psychiatrique et neurologique sert en particulier à accompagner l'adoption de la « loi pour l'empêchement de la descendance malade héréditaire » (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses) entrée en vigueur le 1er janvier 1934 et à en promouvoir l'acceptabilité sociale¹⁰. De manière similaire, la Seconde Guerre mondiale déclenche à nouveau une production intense de films psychiatriques et neurologiques de recherche, d'enseignement et d'éducation qui sont mobilisés tant pour l'instruction des troupes que pour l'information générale de la population¹¹. Enfin, il apparait dans l'entre-deux-guerres une catégorie de films qui est tournée dans des institutions et cliniques psychiatriques et qui peut être, par leur forme et caracté-

- 8 Julia Barbara Köhne, Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens (1914–1920), Husum, Matthiesen, 2009. Pour une approche comparée du sujet voir la journée d'études tenue à Strasbourg le 2 décembre 2014 « Les invalides de la Grande Guerre à l'écran, France/Russie/Allemagne ». http://medfilm. unistra.fr/wiki/Tous_les_evenements (consulté le 3.6.2015)
- 9 Rost, Karl Ludwig, Sterilisation und Euthanasie im Film des "Dritten Reiches". Nationalsozialistische Propaganda in ihrer Beziehung zu rassenhygienischen Maβnahmen des NS-Staates, Husum, Matthiesen, 1987, p. 200–221 surtout au sujet des films concernant les « Kriegshysteriker » 1917/18 de Ferdinand Kehrer et Max Nonne qui ont comme objectif de retracer les symptômes, la thérapie et l'état après traitement des malades.
- 10 Christian Bonah, Vincent Lowy, « D'Erbkrank (1934–36) à Opfer der Vergangenheit (1937): les représentations du handicap mental dans le cinéma de propagande nazi », Christian Meyer, Normes et normalisation du travail, Annecy, GEPSo, 2010, p. 35–49. Christian Bonah, Vincent Lowy, « La propagande sanitaire par le film documentaire en France et en Allemagne. Réflexions à partir de deux exemples du milieu des années 1930: L'œuvre Grancher et Erbkrank », Cahier International Fondation Auschwitz, « Studies on the audio-visual testimony of victims of the Nazi crimes and genocides », 13 (2007), p. 85–99.
- 11 Pour une vue d'ensemble américaine: National Library of Medicine, *Mental Disease moving Images pre 1950 at the National Library*, Bethesda, n.d.

ristiques communes, désignée comme des « films institutionnels asilaires »¹². Depuis les années 1950, l'industrie pharmaceutique manifeste un intérêt à documenter par le film l'influence et l'efficacité des nouvelles thérapeutiques psychopharmacologiques développées dans les années 1950 et 1960. Il s'agit de prouver par l'image les améliorations spectaculaires de patients afin de promouvoir l'utilisation des médicaments nouveaux de la période¹³. Un grand nombre des films tournés dans des institutions universitaires ou hospitalières, par l'armée ou l'industrie, n'ont pas été conservés. Bien d'autres de ces films éphémères, c'est-à-dire de films dont le message est devenu caduque ou erroné avec le temps, reposent encore aujourd'hui dans des sous-sols d'universités, de cliniques ou dans des archives du film où ils sont oubliés sans avoir servi à une analyse historique¹⁴. Nous savons peu de choses au sujet de la production de films d'enseignement et de recherche après la Seconde Guerre mondiale. Cette étude entend proposer une première contribution destinée à combler cette lacune.

Sur la base de deux corpus cinématographiques des années 1970 et 1980 réalisés de part et d'autre du Rhin, différentes questions sont explorées par un regard comparé. Pour bien cerner les problématiques qui sont en jeu, il est important de noter que le corpus français a été réalisé de manière professionnelle en coopération avec une société pharmaceutique, alors que le corpus de Heidelberg a été produit par des cinéastes médecins non professionnels avec des caméras super 8 dans un contexte purement universitaire. Dans une optique directe et transparente d'apprentissage et de formation continue, les films de Heidelberg s'adressent à un « public spécialisé » d'étudiants et de (jeunes) collègues. Les films pédagogiques français ciblent le même public, mais l'apprentissage dans ce cas véhicule une réclame plus ou moins subtile en faveur d'intérêts économiques.

- 12 Le film institutionnel psychiatrique peut être défini comme un film qui est initié de l'intérieur d'une institution à vocation psychiatrique. Ses objectifs consistent à diminuer des préjugés à l'encontre de l'institution et à promouvoir l'image de celle-ci. A titre d'exemple Hans-Walter Schmuhl und Franz-Werner Kersting ont analysé le film *Ringende Menschen* (Des hommes qui luttent, 1933) pour le désigner comme un sous-genre le « Bethelfilm ». Présentation orale à Bethel le 14.11.2014, inédit).
- 13 Christian Bonah, « Marketing Film. Audiovisuals for Scientific Marketing and Medical Training in Psychiatry: The Example of Sandoz in the 1960s », Jean-Paul Gaudillière, Ulrike Thoms (éds.), The Development of Scientific Marketing in the Twentieth Century: Research for Sales in the Pharmaceutical Industry, London, Pickering&Chato, 2015, p. 87–103.
- 14 Ce sujet est au centre du projet Neuropast actuellement en évaluation pr la Commission européenne. Neuroimages of the Past: Remediations of European Neurological and Psychiatric Film Heritage (1870–1970), Humanities in the European Research Area (HERA), HERA Joint Research Programme, 2015.

Quelles étaient les conditions locales de la production de ces films et quels étaient les buts poursuivis par leurs initiateurs ? Quel était précisément le public visé ? Existe-t-il de réelles différences entre les films universitaires et les films produits par l'industrie pharmaceutiques, par exemple concernant l'utilisation d'images suggestives ? Avant de mener une première analyse comparative des deux corpus cinématographiques, ces problématiques doivent être brièvement définies et les films placés dans leur contexte d'apparition.

Pur apprentissage ? Le service « Audiovision » de la clinique psychiatrique de Heidelberg dans les années 1970 et 1980.

« Le cinéma joue déjà un rôle considérable dans la médecine moderne », affirme Curt Thomalla à l'automne 1918 en évoquant une archive cinématographique neuropsychiatrique dans la revue Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie¹⁵. Le cinéma lui semble important dans le cadre de l'enseignement de la médecine, car pour la formation du praticien, la « vision » ne peut être remplacée par aucune explication ni aucun livre, qu'il soit ou non illustré ».

Thomalla évoque essentiellement trois domaines d'utilisation des films pédagogiques : l'observation de pathologies mentales/physiques en mouvement, particulièrement adaptée à une comparaison ultérieure avec des images des patients concernés après traitement ; la représentation de « gestes pathologiques confus », sinon difficilement descriptibles, par le biais du film ; enfin, l'utilisation du film pédagogique en tant qu'« outil de traitement psychopathologique »¹⁶. La présentation clinique traditionnelle de patients à l'auditoire n'est ainsi pas abandonnée, mais simplement complétée. En particulier, lorsque les pathologies psychiatriques doivent être discutées de manière systématique les unes après les autres dans le cadre d'une série de conférences, une « indépendance du matériau de malades » semble pertinente, car le conférencier ne trouve pas toujours, dans le « vivier » de chaque clinique, les « sujets de démonstration » appropriés.

L'organisation du cours avec des « pathologies » appropriées, pour l'essentiel lourdes, est un thème qui, de fait, joue déjà dans les années 1920 un rôle important, et probablement pas uniquement à Heidelberg. Le premier professeur de psychiatrie de Heidelberg, Karl Fürstner (1848–1906), qui enseigna à l'université de Strasbourg dès 1890, évoque déjà en 1884 plus de 60 à 70 « présentations de malades » par semestre, en expliquant à ce sujet : « Un postulat important pour qu'un cours de psychiatrie porte ses fruits est

¹⁵ Curt Thomalla, « Ein psychiatrisch-neurologisches Filmarchiv », Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, vol. 45 (1919), p. 87.
16 Ibid.

un nombre suffisant de malades nouveaux, qu'ils soient curables ou non – je laisse cette question en suspens –, de patients dont le trouble pathologique influe purement sur la sphère de l'humeur, de l'intellect et de la volonté avec une force et une puissance suffisantes pour qu'il puisse être démontré, de patients dont les impressions et représentations peuvent encore fournir des détails concernant certaines interrogations. »¹⁷

Pour le successeur de Fürstner également, Emil Kraepelin (1856–1926), la présentation des patients dans le cadre des cours de psychiatrie est essentielle, comme le montre notamment la publication de ses cours cliniques qui ont connu plusieurs éditions depuis 1901¹⁸. Pour le cours clinique, et d'après Kraepelin au moins autant pour la recherche clinique, le « flux » de patients lourds appropriés semble décisif et est rendu possible par l'« évacuation » rapide des malades chroniques vers les asiles et établissements psychiatriques prévus à cet effet. Kraepelin déplore à diverses reprises, « au vu de l'objectif pédagogique de l'institution », des ralentissements sensibles des transferts des malades vers les asiles et demande la construction d'un nouvel établissement ou l'extension des installations existantes¹⁹. Il s'installe à Munich en 1903, frustré de ne pas avoir obtenu satisfaction à Heidelberg à sa demande centrale d'une spécialisation de la clinique universitaire pour des patients présentant des pathologies lourdes dans l'intérêt de la recherche et de la pédagogie²⁰. Il n'est donc pas étonnant que l'influent psychiatre s'informe des évolutions et possibilités du cinéma et qu'il s'exprime sur le sujet dès 1921, alors qu'il se trouve à Munich. Lors de l'assemblée générale annuelle de l'association des psychiatres bavarois, il présente des « enregistrements cinématographiques de malades ». Le compte rendu indique : « Avec un échantillon fourni des maladies les plus diverses, le conférencier illustre l'immense valeur du cinématographe, qui permet ainsi de consigner de manière durable des pathologies passagères. »21

- 17 Karl Fürstner, Ueber Irrenkliniken an der Hand eines Berichts über den Betrieb der Universitäts-Irrenklinik zu Heidelberg während der Jahre 1878–1983, Heidelberg, Hörning, 1884, p. 32 et p. 4-5.
- 18 Emil Kraepelin, Einführung in die Psychiatrische Klinik. Zweiunddreißig Vorlesungen, Leipzig, J.A. Barth, 1901. D'autres éditions sont parues en 1905, 1916 et 1921.
- 19 Archives générales de Karlsruhe, ministère de l'éduction et de la culture, conférences des directeurs d'asiles, 235 / 484 b. Compte-rendu de la « conférence des directeurs d'asiles du 10/01/1896 », point III : « Überfüllung der Heidelberger Klinik. Schwierigkeiten der Evacuation ».
- 20 Wolfgang Burgmair, Eric Engstrom, Matthias M. Weber, « Einleitung. Anmerkungen zu Emil Kraepelins Wirken in Heidelberg », ibid, Emil Kraepelin. Kraepelin in Heidelberg 1891–1903, Munich, Belleville, 2005, p. 44–50.
- 21 Compte-rendu de la 15ème assemblée générale annuelle de l'association des psychiatres bavarois à Munich les 30 et 31 juillet 1921, 2ème session, « Emil Kraepelin, présentation d'enregistrements cinématographiques de malades », *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, n° 78 (1922), p. 147.

Quelque cinquante ans plus tard est créé, au sein de la clinique psychiatrique universitaire de Heidelberg, un petit service dont le but semblerait être calqué très exactement sur le programme de Thomalla cité en introduction si celui-ci n'avait pas alors été oublié. Au début des années 1970 apparaît en effet au sein de la clinique universitaire de psychiatrie un petit service dédié au tournage et à l'archivage de films pédagogiques appelé « Audiovision ». Le médecin-chef de l'époque, Joachim Ronge, peut être considéré comme l'initiateur de ce service cinématographique²². Il raconte, au cours d'un entretien, que la clinique a d'abord été dotée d'un service photographique au sein duquel les patients étaient photographiés pour les dossiers médicaux²³. Lorsqu'il a été mis un terme aux photographies des patients, un collaborateur de Ronge a l'idée d'utiliser la nouvelle technologie cinématographique et vidéo dans le contexte psychiatrique. En tant que cinéaste amateur (auteur essentiellement de films en haute mer) surtout intéressé par la technique cinématographique du Super 8, puis par la nouvelle technologie vidéo, Ronge s'empare de l'idée. Walter von Baeyer (1904–1987), alors professeur à Heidelberg, se montre très ouvert à cette idée novatrice²⁴. Ainsi, Heidelberg est « tout au plus la troisième clinique après Berlin » à mettre en œuvre un service d'audiovision sous le mandat de Baever²⁵. Toutefois, en ces temps particulièrement riches en controverses et en récupérations politiques, tous ses collègues ne se montrent pas aussi favorables à cette nouveauté. Le psychiatre phénoménologue Wolfgang Blankenburg (1928–2002) critique l'intrusion de la technologie dans la psychiatrie. Lorsque Blankenburg, après le départ de Baeyer en 1972, reprend son poste à titre intérimaire, il met un terme au travail du service d'audiovision. En septembre 1973, toutefois, la direction de la clinique est reprise par Werner Janzarik (*1920) jusqu'en 1988. Celui-ci se fixe pour objectif, selon

- 22 Entretien téléphonique de Maike Rotzoll avec le docteur Joachim Ronge du 7 mai 2015. Ce dernier explique qu'il a commencé à travailler à la clinique de Heidelberg au milieu des années 1960, d'abord en tant qu'assistant, puis en tant que médecin-chef (dans un premier temps non habilité). Il a dirigé le service des patients calmes dédié aux femmes, le laboratoire d'EEG et le service d'audiovision.
- 23 Ce service a été dirigé par Keilbach, collaborateur de longue date du Prof. Hans-Joachim Rauch au sein du service de neuropathologie. L'idée de Keilbach a consisté, après la fermeture du service photographique, à « faire quelque chose avec des films ».
- 24 Il n'existe, à notre connaissance, aucun film datant de l'époque antérieure au début des années 1970. Walter von Baeyer a, selon Ronge, soutenu la création du service d'audiovision mais n'a laissé filmer aucun entretien avec ses patients.
- 25 Joachim Ronge, « Über die Anwendung audiovisueller Methoden in der psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg », Hanfried Helmchen, E. Renfordt (éds.), Fernsehen in der Psychiatrie. Symposium Berlin, Oktober 1977, Stuttgart, Thieme 1978, p. 16–17. Ici se retrouve l'affirmation que « depuis quatre ans on produit à Heidelberg de manière systématique des enregistrements audio-visuels ».

ses propres termes, de réorganiser « la clinique qui part à vau-l'eau »²⁶. C'est vraisemblablement dans ce contexte qu'il autorise la reprise des activités du service d'audiovision préalablement fermé²⁷. Les activités de ce service correspondent manifestement à l'orientation choisie par Janzarik en matière de psychopathologie, dont il écrit lui-même rétrospectivement que ses théories et points de vues semblent « déraisonnables » à ses assistants et étudiants²⁸.

Ronge le convainc aisément de la pertinence des films pédagogiques, avec leurs images psychopathologiques particulièrement impressionnantes, dans le cadre de cours systématiquement tournés vers les « pathologies », utilisables en fonction des besoins car les patients appropriés ne sont pas toujours présents au moment opportun au sein de l'établissement, ni prêts à donner leur accord pour une présentation clinique en personne dans le cadre d'une conférence devant un auditoire. Ronge raconte avoir lui-même utilisé des films par ailleurs essentiellement à des fins thérapeutiques. Son but aurait été de discuter, avec les patients dépressifs et éventuellement leur partenaire après rémission, de leur pathologie lourde par le biais du film, afin d'améliorer la compréhension de la maladie²⁹. Ces thèmes, ainsi que les nouveautés en matière de technique cinématographique, sont discutés dans le cadre de l'« Internationalen Arbeitskreis für Audiovision in Psychiatrie und Psychotherapie (IAAPP) » fondé au milieu des années 1970, qu'il préside pendant quelques années³⁰. Ronge quitte la clinique de Heidelberg en 1979 pour prendre la tête du service psychiatrique à Ludwigsburg, où il met également en place un stu-

²⁶ Werner Janzarik, « 100 Jahre Heidelberger Psychiatrie », Werner Janzarik (éd.), *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*, Stuttgart, Enke, 1979, p. 13.

²⁷ Ronge se souvient de discussions avec ses collègues critiques, auxquels il aurait reproché la cessation « autoritaire » de son activité.

²⁸ Cf. note 26.

²⁹ Les patients étaient informés et un consentement formel devait être fourni. Lors de leur départ de l'établissement, il leur était de nouveau demandé s'ils acceptaient l'utilisation des images dans le cadre de cours. Ronge se souvient qu'un collègue d'Aix-la-Chapelle avait également utilisé la confrontation avec les images filmées dans un cadre thérapeutique non pas avec des patients dépressifs, mais avec ceux diagnostiqués comme étant schizophrènes. Ronge a publié sur cette thématique : Joachim Ronge et Bernhard Kügelgen (éd.), Perspektiven des Videos in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin et Heidelberg, Springer, 1993 ; Joachim Ronge (éd.), Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwigsburg, Wissenschaft&Praxis, 1994.

³⁰ Les sessions du groupe de travail ont été documentées, certaines sous forme de conférences non disponibles dans le commerce (par exemple les 3ème et 4ème en 1978/79 dans une conférence publiée par Ronge en 1980 sous le titre « Audiovisuelle Methoden in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung », d'autres sous forme d'actes réguliers (par exemple la 17ème en 1995 dans un ouvrage de Peter Hartwich (éd.), Videotechnik in Psychiatrie und Psychotherapie, Sternenfels, Wissenschaft&Praxis, 1999.

dio cinématographique. Après le départ de Ronge, d'autres médecins-chefs assurent la direction du service d'audiovision de Heidelberg³¹.

Concernant le développement de l'audiovision dans la cave de la clinique psychiatrique sise au numéro 4 de la Voßstraße, Reinhard Steger raconte qu'il a été en charge de l'organisation du service de 1984 jusqu'à son départ de la clinique en 2011³². Janzarik est un « progressiste » en matière de films pédagogiques. Il encourage son médecin-chef Ronge et l'audiovision et s'implique personnellement en assumant le rôle du psychiatre dans de nombreux enregistrements³³. Ces films sont tournés à des fins de recherche et d'enseignement. Dans les objectifs assignés à la recherche, disposer de documentation continue est très important, et plus particulièrement, de l'évolution des symptômes dans le temps. Concernant les films à caractère pédagogique, l'objectif est essentiellement la mise à disposition de « cas » marquants pour une projection devant un auditoire dans le cadre des conférences hebdomadaires prévues au cours d'un semestre, dans l'hypothèse où aucun patient de la clinique ne présenterait les mêmes symptômes³⁴.

- 31 Selon les indications du contemporain Reinhard Steger, il s'agissait en 1979 de Wolfram Schmitt et en 1982/83 de Klaus Diebold.
- 32 L'entretien a été mené par Maike Rotzoll par téléphone le 4 février 2015. Le studio d'« audiovision » s'est toujours situé dans la cave de la clinique ; la pièce sert aujourd'hui de bureau pour le laboratoire d'EEG. Après le décès brutal de l'infirmier en charge du tournage en 1984, Reinhard Steger, salarié de la clinique depuis 1973, à temps partiel en 2011 (travail à temps dégressif) et retraité en 2014, a repris les rênes du service d'audiovision sur le plan technique et organisationnel, ainsi que le tournage des films. Tout d'abord sont utilisés des films pour caméra noir et blanc et, après 1984, des films couleur sont réalisés sur cassettes VHS. Les films anciens ont été copiés sur des cassettes VHS ensuite. Alors que l'infirmier Waldling n'a jamais monté des films, une partie des films plus longs de Reinhard Steger a été montée avant leur utilisation pédagogique, de manière à supprimer les séquences les moins pertinentes sur le plan psychopathologique. Actuellement, le service d'audiovision est géré par un infirmier à titre exclusif d'« archives cinématographiques » ; les films ont été numérisés. Toutefois, ils ne sont que très rarement utilisés dans le cadre des cours.
- 33 Ronge et ses successeurs ont tourné avec un infirmier passionné de technologie du nom de Waldling, qui assurait également l'organisation du petit service. Ce dernier était chargé de filmer les « cas » appropriés, mais aussi de les archiver.
- 34 Cette pratique n'a pas été poursuivie par le successeur de Janzarik, Christoph Mundt. Ce dernier souhaitait ne présenter que de « vrais » patients, même avec des symptômes moins impressionnants. Depuis cette époque, les films sont plutôt montrés par les médecins-chefs et les assistants à l'occasion des cours qui accompagnent les conférences tout au long d'un même semestre. C'était encore le cas dans les années 1990, comme se souvient l'auteure de par sa propre expérience.

Films d'enseignement psychiatriques entre industrie et université. L'exemple de la série de films d'enseignement Delagrange.

Du côté de Strasbourg, il est possible de rapprocher du corpus de films de Heidelberg une série de films d'enseignement français qui ont été produits entre 1971 et 1976. Compte tenu des différences d'organisation de la formation médicale dans les deux pays il convient, pour les besoins de la comparaison, de s'attarder brièvement sur ce point. En France, des cliniques et hôpitaux universitaires, en tant qu'institutions sous tutelle de la faculté de médecine, n'existent pas en tant que tels jusqu'en 1958. Même après cette date la formation médicale continue à s'appuyer sur une double structure où les facultés de médecine sont responsables de l'enseignement théorique et les hôpitaux pourvoient à l'instruction pratique. Les deux ensembles disposent de hiérarchies distinctes et leurs voies de recrutement diffèrent. Par ailleurs il existe dans le domaine de la psychiatrie, dans les deux pays, des centres hospitaliers spécialisés régionaux à côté des hôpitaux généraux. Cette différence d'organisation explique qu'en France les films d'enseignement universitaires cliniques sont plus difficilement individualisables qu'en Allemagne.

Dans le contexte de la révolution thérapeutique³⁵ d'après 1945 et de l'essor de l'industrie pharmaceutique internationale, et à l'image de la création pionnière de la Cinémathèque Sandoz à la fin des années 1950, des filmothèques d'enseignement médical sont créées dans de nombreuses entreprises de la branche. Dans une collaboration entre des médecins et des réalisateurs spécialisés dans la production de films scientifiques et pédagogiques utilitaires, des centaines de films médicaux sont tournés pour être diffusés dans le cadre de l'enseignement et dans des réunions et des congrès médicaux. Le catalogue de films de l'entreprise Sandoz de 1969 dénombre par exemple 116 de tels films d'enseignement produits depuis 1958. Ceci signifie que l'entreprise finance en movenne la production de dix films par an, dont environ un cinquième concerne des sujets psychiatriques et neurologiques dans le cas de Sandoz. Près de la moitié des films de Sandoz sont réalisés par Eric Duvivier. Né en 1928 à Lille, ce neveu du réalisateur français renommé Julien Duvivier abandonna après la Seconde Guerre mondiale ses études de médecine pour créer en 1946 une firme de production de films connue sous le nom de ScienceFilm / Art et Science à Paris. Dans les cinquante ans qui suivent il produit plus de 700 films d'enseignement médicaux sous contrat avec l'industrie pharmaceutique. Comme le montre un catalogue de ScienceFilm des années 1980, plus d'une centaine de films de cette production était dédiée à des sujets

³⁵ Jeremy Greene, Flurin Condrau, , Elizabeth Siegel Watkins, *Therapeutic Revolutions:*Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century, Chicago, Chicaggo University Press, 2015 (sous presse).

psychiatriques et neurologiques. Il pouvait s'agir de thématiques centrées sur une substance psychoactive comme dans le cas du film *Le métoclopramide* (1964) produit pour Delagrange ou orientées vers des tableaux cliniques comme les films *Syndrome hébéphréno-catatonique* (1971) également pour Delagrange ou *Dépression* (1962) financé par Lamidey; enfin le catalogue contient une série de films expérimentaux produits avec Sandoz qui inclut des titres comme *Ballet sur un thème paraphrénique* (1962/63), *Les années folles de Sylvain Fusco* (1982) ou encore *Images du monde visionnaire* (1964).

Dans le cadre de cette activité exceptionnelle et de longue durée, Eric Duvivier réalise entre 1971 et 1976 une série de seize films d'enseignement qui, à l'aide de présentations de malades, propose des démonstrations séméiologiques de tableaux cliniques typiques et centraux pour la formation des psychiatres. Les vues tournées en 16mm, en noir et blanc, d'une durée variable entre 6 et 29 minutes, sont produits en collaboration avec le professeur agrégé Thérèse Lemperière et les psychiatres André Féline, Bertrand Samuel-Lajeunesse et Isabelle Ferrand au Centre psychiatrique de l'hôpital Saint-Anne et à l'hôpital Louis-Mourier à Colombes. Le commanditaire de la série est les Laboratoires Delagrange, une entreprise pharmaceutique française, fondée en 1931, de taille moyenne dans les années 1970, spécialisée dans le domaine des neuroleptiques et avec comme produit phare le neuroleptique antiémétique Primperan³⁶. La réalisation des films est confiée à ScienceFilm la société de production d'Eric Duvivier. La série se compose des seize titres suivants: Symptomatologie hystérique (29 minutes), Symptomatologie mélancolique (14 minutes), Etat démentiel (12 minutes), Angoisse psychotique (10 minutes), Expérience délirante primaire chez un adolescent (13 minutes), Délire chronique persécutif et mégalomaniaque (14 minutes), Bouffée délirante mystique (13 minutes), Athymhormie schizophrénique (12 minutes), Forme de début de la schizophrénie (6 minutes), Syndrome hébéphrénocatatonique (11 minutes), Psychose alcoolique (14 minutes), Psychose hallucinatoire chronique (19 minutes), Hystéro-épilepsie (21 minutes), Troubles névrotiques de la sexualité chez une personne obsessionnelle (16 minutes), Etat démentiel: maladie d'Alzheimer (15 minutes), et enfin Jalousie et dépression (11 minutes).

³⁶ Les Laboratoires Delagrange ont été créés en 1931 par Jacques Delagrange sous le nom de Société d'application pharmacodynamique. Au début des années 1960 l'entreprise investit en particulier dans la recherche autour des benzamides et développe le médicament Primperan (Métoclopramide). En 1991 les Laboratoires Delagrange sont intégrés dans le groupe pharmaceutique Synthélabo. Michèle Ruffat, 175 ans d'industrie pharmaceutique française. Histoire de Synthélabo, Paris, Synthélabo, 1996.

La démarche suivie par Eric Duvivier pour produire ces films nous est connue à travers une série d'interviews que nous avons menés avec lui ³⁷. En général, Duvivier se tourne vers un ou une spécialiste reconnu d'un domaine médical défini et qui présente une affinité pour le film. Après une première série d'échanges avec le/la médecin en quête de thématiques porteurs, le/la spécialiste rédige en général une première esquisse du sujet à traiter que Duvivier reprend ensuite pour écrire son scénario. Dans le cas des seize films d'enseignement présentés ici, les patients sont choisis par les médecins qui ensuite les interrogent en direct devant la caméra et ils sont filmés dans les bureaux ou dans des salles de consultation des cliniques où travaillent les médecins. Les médecins mettent Duvivier en contact avec des industriels du médicament avec lesquels ils travaillent. En s'appuyant sur la réputation dont les médecins disposent auprès des entreprises pharmaceutiques, Duvivier négocie ensuite les conditions de tournage et le financement des films avec les industriels qui deviennent ainsi leur commanditaires. Il s'agit ainsi d'un système de production professionnel de films qui sont initiés, comme à Heidelberg, par des cliniciens mais qui ensuite diffèrent de la situation de Heidelberg par leurs conditions de production professionnelles. Les seize films ne font aucune réclame pour des produits précis. Seul le générique de début et de fin annonce « les laboratoires Delagrange présentent ... » indiquant le contexte de commande des films. Toutefois, la série des films est ensuite annoncée et distribuée par la Cinémathèque Delagrange, accompagnée de prospectus publicitaires présentant les films individuels. La distribution des films est gratuite et leur emploi régulier, non seulement dans le cadre de l'enseignement dans les facultés, mais aussi dans des réunions et des congrès médicaux. Lors de soirées destinées à des médecins, la présentation des films est associée à la présence des visiteurs médicaux de la firme responsable de leur exploitation à des fins de réclame. En comparaison avec le corpus de films de Heidelberg, qui est une production strictement locale vouée à une utilisation sur place, les films français ne relèvent pas de la même logique. Leur production est parisienne ou nationale, issue d'une collaboration entre des industriels et des réalisateurs professionnels. Leur circulation est nationale, voire internationale. Malgré ces différences caractérisant leur production, les films cliniques des deux corpus étudiés révèlent des similitudes significatives qu'il convient d'étudier par la suite.

³⁷ http://www.canal-u.tv/video/cerimes/entretien_avec_eric_duvivier.10645 (consulté le 3.6.2015).

Gros plan sur les symptômes clés. Le psychiatre Werner Janzarik dans le contexte des films pédagogiques

Retournons à Heidelberg. L'intérêt marqué de Janzarik pour la psychopathologie explique certainement le fait que 29 films dans lesquels Janzarik examine et interroge lui-même les patients ont été conservés³⁸. Comme l'explique Reinhard Steger, si Janzarik a si souvent endossé le rôle de l'interviewer, c'est parce que c'est lui, en tant qu'excellent psychopathologue, qui parvenait le plus rapidement et de la meilleure façon à illustrer par son exploration les symptômes que l'on souhaitait conserver sur pellicule. Janzarik rencontrait les patients avant de réaliser les films, à l'occasion d'entretiens d'admission (en tant que chef de la clinique, il est connu pour avoir supervisé toutes les admissions afin de mettre au point ses propres fiches pour la documentation continue et, le cas échéant, de préparer un tournage), tout en sachant précisément quels symptômes il souhaitait « mettre en exergue ».

Manifestement, les films montrant Werner Janzarik lors de l'exploration de patients étaient considérés comme des documents intemporels d'illustration des symptômes, car ils n'ont généralement pas été datés. Ils ont été entièrement tournés en noir et blanc, donc vraisemblablement avant 1984, année où l'audiovision a adopté les films en couleur, mais aussi certainement avant 1988, année du départ en retraite de Janzarik. Sur le plan thématique, on constate un intérêt particulier pour la schizophrénie (9 films), la dépression endogène (7 films) et les syndromes organiques (10 films). Les films ont tous été tournés dans le studio spécialement aménagé à cet effet dans la cave de la clinique, assombrie à l'aide d'un rideau. Le mobilier se compose pour l'essentiel de deux chaises simples et parfois d'une petite table, ce qui correspond aux autres salles d'examen de la clinique, complété par un bureau et une table d'examen. Le cadre usuel et familier pour tous les participants de l'exploration psychiatrique ou des entretiens individuels est ainsi recréé.

Sur la base de trois séquences de film, nous allons maintenant tenter de caractériser le fonds documentaire. Ainsi, il est intéressant de déterminer quelles leçons peuvent être provisoirement tirées du choix des patients, par exemple s'ils ont servi à illustrer un modèle psychopathologique donné, comme le « typus melancholicus » d'Hubert Tellenbach, ou s'ils ont été sélectionnés en vue d'une observation courante. De plus, il convient de prendre

³⁸ Un entretien a également été réalisé avec Werner Janzarik au cours duquel il approuve l'utilisation des films dans cette optique et pour déterminer des pathologies. D'autres psychiatres de Heidelberg ont dirigé des enregistrements d'explorations psychiatriques dans des cas typiques ou, au contraire, frappants pour le fonds du service d'« audiovision », partiellement issus de périodes nettement postérieures. Cette contribution se limite aux films montrant les explorations de Janzarik car ces dernières illustrent parfaitement s période d'activité.



Fig. 1: Clinique psychiatrique de Heidelberg, archive audiovisiuel, film Anni M. (Intervieweur Prof. Werner Janzarik), s. D. (1973–1984), image fixe.

en compte l'interaction entre le médecin et le patient : dans quelle situation la documentation est-elle intervenue, comment les sujets observés ont-ils été « mis en scène », comment la relation médecin/patient peut-elle être caractérisée ? De quel type d'information dispose l'examinateur en utilisant le film comme support qu'un « récit » sans image sur la base des antécédents médicaux ne peut pas lui fournir ? Que révèlent les séquences de film du point de vue historique sur la situation des patients dans le quotidien psychiatrique ?

Dans sa blouse blanche, Werner Janzarik est assis en face d'Anni M., la quarantaine, en jupe et pull rayé. Les petits sièges simples avec accoudoirs sont disposés en diagonale, de sorte que les pieds des interlocuteurs semblent presque se toucher. Entre le médecin et sa patiente se trouve, sur la moquette claire et devant le rideau sombre qui touche le sol, un microphone sur son pied métallique et rien d'autre. Dès le début, la caméra se tourne vers les deux interlocuteurs, le psychiatre et sa patiente, alors qu'ils discutent de manière détendue et amicale, chacun avec les mains sur les genoux. Toutefois, juste après la première question du psychiatre, qui demande à la patiente si elle sait pourquoi elle est ici (à la clinique), Anni M. est filmée sous de nouveaux angles : parfois le visage et le haut du corps, parfois juste le visage de face ou de profil, parfois tout son corps, tranquillement assis sur le siège simple. Après cinq minutes environ, un artefact interrompt le déroulement du film : grâce à un fondu, le psychiatre apparaît à l'écran et les deux interlocuteurs sont montrés brièvement côte à côte, puis l'on voit de nouveau Anni M. sous différents angles, parfois seulement ses mains croisées immobiles. À la fin, le film revient à la situation de départ et montre les deux interlocuteurs.

Seules la blouse blanche et l'initiative du dialogue du psychiatre définissent l'asymétrie de la situation et orientent l'attention du spectateur sur la patiente. Cette constellation s'appuie sur le cadrage : elle, la patiente, est avant tout l'objet de l'observation, le film n'a visiblement pas pour objectif de montrer et de transmettre, au sens d'un modèle, les positions du corps dont les psychiatres peuvent ensuite discuter. Le cadrage s'avère faire partie intégrante du film pédagogique, il indique discrètement au spectateur sans un mot de commentaire à quel endroit il doit poser son regard pendant l'entretien d'exploration psychiatrique : sur les mimiques et la gestuelle, sur les changements d'expression du patient ou leur absence.

De fait, Anni M. semble extrêmement calme et placide si l'on considère les monstruosités qu'elle raconte ; elle évoque largement le fait que ces horreurs l'accablent, mais sans exprimer d'émotion. Comme s'il s'agissait d'une communication tout à fait « normale », elle décrit, avec un choix de mots cohérent et une syntaxe correcte, ses surprenantes expériences et ses réflexions à ce sujet.

Voici ce qu'elle affirme. Par radio, le voisin de la maison mitoyenne et sa femme commentent d'un air tout à fait approbateur ses activités ménagères, échangent entre eux à ce sujet et émettent même des suggestions, jusqu'au choix des sels de bain multicolores. Manifestement, les voisins peuvent tout observer avec précision malgré les murs, ce qui ne peut s'expliquer que par l'installation d'un dispositif d'écoute et de capture d'images, toutefois si habilement camouflé sous le crépi que l'on ne remarque rien depuis l'extérieur. À ce moment de l'entretien, le psychiatre implique activement la caméra en rappelant que l'entretien en cours est également filmé : « Regardez, nous avons ici un appareil pour filmer [...] était-ce la même chose ou bien était-ce différent? » Mais cette caméra n'intéresse pas la patiente, elle veut parler de ses expériences avec les dispositifs d'enregistrement invisibles. Dans certaines pièces de sa maison, raconte-t-elle, les voisins ont même réussi à créer une mise sous influence mentale ou bien à générer des manifestations physiques étranges en elle. Tous deux mettent en œuvre des efforts importants, notamment pour la réalisation des films. Cela se justifie du fait de leur intention de vendre ces films dans la « zone de l'Est ». Selon Anni M., ses voisins, qui ne seraient pas comme elle-même des électeurs de la CDU, mais « autre chose », souhaiteraient en effet y émigrer.

Fascinés, de plus en plus incrédules et vraisemblablement aussi en partie amusés à l'idée de la commercialisation en RDA de films sur la vie de cette ménagère du Palatinat électoral, la plupart des spectateurs du film se concentrent probablement sur le contenu informatif. Ils notent au passage qu'Anni M. réagit avec incompréhension aux questions suspicieuses du psy-

chiatre et qu'à un moment, elle lance presque indignée : « Ça ne s'invente pas. »

Alors qu'un historien commencerait peut-être à réfléchir à une période de la Guerre froide où la RDA pouvait être qualifiée de « zone de l'Est » et où les téléviseurs couleur (1967) ou les magnétoscopes (1971) étaient à la pointe de la technologie, la psychiatre estime que ce film pédagogique aborde rien de moins que l'une des questions centrales de sa spécialité : qu'est-ce que la folie ? À l'époque, les dispositifs d'écoute intégrés n'étaient après tout pas du tout impensables, l'entretien s'étant déroulé à l'époque de l'affaire « Lauschangriff auf Bürger T. » (mise sur écoute du citoyen T.) – on savait, en 1977, que la sécurité du territoire, dans le cadre de la lutte contre les attentats terroristes, avait placé deux ans auparavant des micros dans un logement privé³⁹. Aussi, Anni M. constate dans le film que ce qu'elle vit s'apparente largement à de l'espionnage.

La « folie » est ainsi le thème principal de ce film pédagogique. Du point de vue psychiatrique, on peut certes largement utiliser l'enregistrement pour familiariser les étudiants, dans le cadre de conférences ou de cours, à d'autres catégories de psychopathologies, et en particulier aux différents types d'hallucinations, au fait d'entendre des voix, à savoir des voix qui dialoguent, qui commentent, qui insultent ou qui donnent des ordres (lesquelles étaient même considérées comme des symptômes de premier ordre selon Kurt Schneider (1887–1967) ? Ce sont particulièrement les questions à choix multiple qui permettent de l'appréhender...). Mais la particularité de ce film semble être autre chose, la pureté de la représentation de ce que les neurologues appellent un « trouble mental de fond ». Il est rare d'avoir accès aussi tranquillement aux incohérences du raisonnement formel dans une pensée propre, et donc à une conviction propre et à une évidence immédiate que l'on qualifie de « délirante » en psychiatrie et que l'on ne peut que difficilement, voire pas du tout, transmettre avec des mots, sans expérience.

Ce qui semble couler de source du dialogue entre Janzarik et Anni M., et qui illustre la conviction intangible de la patiente concernant les machinations de ses voisins, s'avère toutefois être le fruit de la technique d'interrogatoire du psychiatre. Par le biais d'« objections suspicieuses » (au sens d'un doute émis par l'interlocuteur dans le cadre de l'entretien pour évaluer sa réaction), Janzarik approfondit l'exploration des critères de folie définis en 1913 par Karl Jaspers dans son ouvrage *Allgemeine Psychopathologie*, et plus particulièrement son caractère non corrigible ou « non influençable ni par l'expérience ni par des conclusions impératives » et la qualité spécifique

³⁹ Le magazine *Der Spiegel* en date du 28 février 1977 (n° 10) est consacré au premier gros scandale d'écoutes de la RFA et portait le titre de première page « Verfassungsschutz bricht Verfassung. Lauschangriff auf Bürger T. – Atomstaat oder Rechtsstaat ? », cf. http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-40941938.html (consulté le 08/05/2015).



Fig. 2: Clinique psychiatrique de Heidelberg, archive audiovisiuel, film Doris S. (Intervieweur Prof. Werner Janzarik), s. D. (1973–1984), image fixe.

de la « certitude subjective incomparable » ⁴⁰. Il s'agit de déterminer comment le doute émis est perçu, admis et assimilé ou d'emblée rejeté comme étant insignifiant » ⁴¹. Les étudiants doivent comprendre et se remémorer plus tard, en tant que médecins, que rien au monde ne peut faire démordre Anni M. de ses convictions.

De Doris S., admise à la clinique pour une « dépression sévère », on dispose de deux enregistrements, l'un effectué lors de sa phase sévère directement après son admission, et l'autre après amélioration sensible de son état environ quatre semaines plus tard. Les deux entretiens sont largement de nature diagnostique, à l'exception de quelques brefs apartés dans le premier, par exemple pour signifier à la patiente dépressive qu'elle doit garder espoir en une amélioration. Janzarik recherche systématiquement les symptômes considérés comme typiques de la « dépression endogène », les symptômes sévères comme l'humeur dépressive matinale, les troubles du sommeil avec un réveil précoce, les pensées suicidaires et le « sentiment de perte de sentiments ». Il tente également d'identifier la « personnalité prémorbide » en suggérant à la comptable qu'elle exerce son métier avec plaisir en temps normal et qu'elle est d'un naturel pointilleux. À ce moment, juste après le début du premier des deux entretiens, il approfondit pour les spectateurs du film ce qu'Hubert Tellenbach (1914–1994) a postulé avec précision comme le « trait de caractère de base constitutif du typus melancholicus », en référence à l'« ordre

 $[\]textbf{40} \; \text{Karl Jaspers}, \textit{Allgemeine Psychopathologie}, \\ \text{Berlin et Heidelberg}, \\ \text{Springer}, \; \textbf{1948}, \\ \text{p. 80}.$

⁴¹ Concernant le principe de doute dans le diagnostic psychiatrique, cf. Hermes A. Kick, « Der Wahn als Problem der klinischen Diagnostik und als Abwandlung der dialogischen Grundverfassung », *Fundamenta Psychiatrica*, n° 6, 1992, p. 193.



Fig. 3: Clinique psychiatrique de Heidelberg, archive audiovisiuel, film Christa H. (Intervieweur Prof. Werner Janzarik), s. D. (1973–1984), image fixe.

du monde du travail », dans son livre sur la mélancolie⁴². Janzarik juge ce livre comme étant l'ouvrage de l'école psycho-phénoménologique « le plus actuel »⁴³. Des échos rapportent les critiques selon lesquelles Tellenbach aurait plutôt décrit le « typus » de la ménagère souabe en se basant sur les représentantes rencontrées au sein de la clinique de Heidelberg et admises en tant que patientes dépressives.

C'est vraisemblablement un autre point qui marque la plupart des spectateurs de ces deux films pédagogiques et surtout du premier, qui présente la patiente dans un état de dépression grave : son immobilité corporelle et la torpeur triste de son visage. Cette impression est renforcée par un cadrage pour une large part totalement fixe.

Le film consacré à la patiente maniaque Christa H. est tout l'opposé, et ce n'est probablement pas un hasard si les enregistrements de Doris S. et Christa H. sont classés l'un après l'autre sur différents supports. Le fait de les projeter l'un après l'autre permet d'illustrer de manière exemplaire la polarité qui existe entre « manie » et « dépression ». Ce qui impressionne chez Christa H., outre un mélange unique de gaieté et d'irritabilité, c'est l'agitation psychomotrice très photogénique saisie par la caméra qui tente de suivre dans la salle d'examen les mouvements vifs de la patiente. De temps en temps, le psychiatre apparaît aussi à l'image, assis seul et légèrement amusé par les escapades et les avances de la patiente qu'il observe. Ce n'est que lorsqu'elle commence à se déshabiller pour de bon et à jeter des objets vers la caméra que

⁴² Hubert Tellenbach, Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik, Berlin, Springer, 1961, p. 51-57.

⁴³ Werner Janzarik, « 100 Jahre Heidelberger Psychiatrie », Werner Janzarik (éd.), *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*, Stuttgart, Enke, 1979, p. 16.

le psychiatre intervient, apparemment avant tout pour protéger l'équipement technique du service d'audiovision : « Bien, maintenant on se rhabille, même si c'est difficile ! »

On déduit de nombreux autres films qu'ils ont tous été tournés le premier jour après l'admission, avant même le début du traitement (non spécifié). C'est particulièrement vrai pour un cas important, tel que Thomalla l'avait déjà défini , pour des troubles physiques typiques mais rares tels que la « catatonie », mais aussi pour les cas purement psychopathologiques considérés comme typiques. On trouve souvent de la documentation sur le déroulement, les améliorations de l'état sous médication, sans toutefois mentionner quels médicaments.

Pour les patients aussi, il devait être clair, pendant les enregistrements, que le but était de faire ressortir le côté typique de leur état psychiatrique. Des phrases comme : « Nous observons chez nos dépressifs... » amènent à s'interroger sur les symptômes de l'interlocutrice. Le style du psychiatre semble paternaliste et tourné vers la norme, il paraît intéressé par le récit des personnes concernées. Le quotidien psychiatrique en dehors de la phase d'exploration se dessine à peine par le biais du film, à l'exception de brèves indications sur la situation au sein de la clinique et parmi les autres patients. Il semble toutefois évident que de nombreuses personnes concernées ne se sont présentées pour admission au sein de la clinique que contraintes et forcées, l'enregistrement en cas de situation grave semblant être perçu comme partiellement désagréable dans la plupart des cas. Ceci a-t-il constitué, pour les opposants à l'audiovision dans les tumultueuses années 1970, un motif de considérer la caméra et la psychopathologie elle-même comme des instruments psychiatriques répressif ?

Comparaison avec les films d'enseignement français entre production locale et films dédiés à un « public spécialisé »

Il convient de comparer aux trois séquences de films enregistrés à Heidelberg trois films issus de la série d'enseignement Delagrange. Là où les films du corpus de Heidelberg sont identifiés par le nom des patientes (Doris S., Christa H., etc.) le corpus Delagrange indique clairement que ces films sont destinés à un public plus large que celui de la clinique où ils sont produits. Ces films en 16 mm portent tous le titre d'une maladie ou d'un syndrome (Délire chronique, Psychose maniaco-dépressive, etc.). Tous les films de la série commencent avec un générique qui insiste sur le fait qu'il s'agit de films d'enseignement « strictement réservés au corps médical ». Les publics cibles des deux séries de films sont donc clairement de nature identique mais de diffusion différente. Le générique invariable des films français poursuit par la

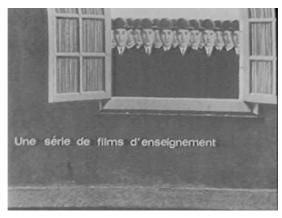


Fig. 4 : Génériique de début identique pour tous les films de la série de films d'enseignement Delagrange, 1971-1976. Délire chronique persécutif et mégalo-maniaque (ScienceFilm / Delagrange,1971). Source: Medfilm.unistra.fr.

mention du commanditaire « Delagrange présente ... » pour ensuite inscrire le film individuel dans la série de films d'enseignement « Séméiologie psychiatrique : présentations de malades » et le situer par rapport à la clinique où le film est tourné et aux médecins qui ont participés à l'enregistrement. En contraste avec les films cliniques de Heidelberg qui n'ont pas de générique et ne peuvent être situés que par référence à leur contexte local, les films français sont des documents publiés où la mention et l'identification des patients ne jouent aucun rôle au point que leur nom n'est jamais mentionné. Dans ces films, ce sont des patients anonymes qui illustrent des tableaux cliniques.

Sous le titre Délire chronique persécutif et mégalo-maniaque (1971), nous rencontrons un patient corpulent, dans sa soixantaine, qui est assis en costume et cravate face à la caméra. La jeune psychiatre qui l'interroge, en jupe courte, n'est visible que furtivement au tout début du film en marge de l'image et filmée de dos. A la suite de sa question initiale qui portait sur ce qui se passait dans la vie du patient depuis un certain temps, le champ de prise de vue de la caméra se rapproche du patient avec un gros plan sur son visage lorsqu'il relate ses observations. Ses expressions faciales sont enregistrées dans de longues séquences calmes et statiques pour montrer au spectateur, comme dans les films de Heidelberg, ce qu'il devrait observer en particulier dans des situations analogues. Les cadrages du film pendant sa durée de onze minutes oscillent de manière périodique entre les gros plans sur le visage du patient et un plan moyen montrant son buste afin de transcrire ses gestes et ses mouvements. Après son apparition rapide au début du film la psychiatre intervient peu dans la suite de la séquence et elle n'est présente que par sa voix



Fig. 5: Délire chronique persécutif et mégalo-maniaque (ScienceFilm / Delagrange, 1971) Au premier plan la jeune psychiatre et face à la caméra le patient sexagénaire. Source: Medfilm.unistra.fr.

off minimale qui de temps en temps relance le récit par des « et puis ... » sans orienter le patient davantage.

Comme dans le cas de Anni M. à Heidelberg, le patient est calme et détendu. Il relate sa persécution par la franc-maçonnerie. Il décrit qu'il est observé depuis des années par des membres de la Grande Loge qui le poursuivent pour lui extorquer des fonds. Son récit est émaillé de la relation de scènes de surveillance par la police qui est de mèche avec les francs-maçons et s'attarde sur une blessure grave en Algérie qui a guéri de manière miraculeuse à la suite d'une apparition divine qu'a eue le patient. En changeant de sujet, le patient se plaint ensuite d'être recherché à la télévision pour un meurtre qu'il n'a évidemment pas commis. A aucun moment de l'échange, la psychiatre ne remet en question les observations du patient ni ne cherche à introduire l'enregistrement audio-visuel en train de se faire comme élément pour savoir s'il pourrait s'inscrire dans la surveillance ressentie par le patient. Le patient et sa description se trouvent au premier plan du film, la caméra comme dispositif reste invisible. La prise de vue calme et maitrisée se termine simplement par un gros plan sur le visage du patient que le film présente.

Les formes bipolaires de la psychose maniaco-dépressive sont au centre de trois des seize films d'enseignement. Afin de poursuivre notre comparaison, nous revenons ici sur deux de ces films. *Psychose maniaco-dépressive : accès mélancolique chez une personne âgée* (1971) présente une patiente, également dans sa soixantaine, qui est assise, comme dans le premier film, face à la caméra et au psychiatre. De manière similaire le psychiatre, cette fois un homme, sous la forme de professeur J. M. Alby, apparaît brièvement et de dos en marge de l'image au début du film qui est tourné dans le bureau du psy-



Fig. 6: Psychose maniaco-dépressive: accès mélancolique chez une personne âgée, (ScienceFilm / Delagrange, 1971). Source: Medfilm.unistra.fr.

chiatre, et non pas dans une salle de consultation de la clinique comme dans le film précédent. La patiente, toujours sans nom, porte un peignoir fermé de manière négligée et gémit avec une toute petite voix hésitante « je ne peux pas dormir ... ». Les questions plus directives du psychiatre paraissent plus rudes et présentes que dans le film précédent et contrastent avec la mimique de la patiente filmée en gros plan pour montrer son absence d'expressivité et son découragement. La patiente baisse ses yeux et la caméra suit son regard en élargissant le champ qui montre par un plan moven les gestes de la patiente dont les mains crispées et désespérées se tordent. Le questionnement du psychiatre se fait plus insistant et énergique : « Comment voyez-vous votre avenir? » « Très sombre ... (gémissement) ». « Est-ce qu'on peut vous aider ? » mais la patiente esquive « ... plus à mon âge ». « Plus rien ne vous intéresse? » Après un gémissement renouvelé, le plan retourne à un gros plan sur les mains immobiles de la patiente abattue qui amorce un geste lent et hésitant pour retirer de la poche de son peignoir un mouchoir chiffonné et en boule et s'essuyer lentement son front en sueur. Dans un dernier constat désespéré, la patiente déclare « je ne peux plus rien faire ... » et son regard vide croise une dernière fois celui de la caméra. Comme dans le corpus de Heidelberg, un deuxième film consacré à la même pathologie contraste cet état de la patiente avec le trouble opposé de ce que les psychiatres désignent sous le terme d'une manifestation bipolaire : le versant manique. Avec une première partie du titre identique, le film Psychose maniaco-dépressive : accès maniaque (1971) présente, dans le même bureau, avec le même psychiatre, un patient masculin de 49 ans. Entre une étagère de livres et une plante verte du bureau, le patient souriant et avenant répond volontiers à la question qui

lui demande comment il va. Ses élaborations contrastent singulièrement avec l'inhibition de la patiente précédente. Le patient est affable, change plusieurs fois de sujet, saute d'un événement à un autre en passant en revue sa formation et son enfance, sa famille et un séjour de vacances à la mer, il détaille ses connaissances de voile et philosophe sur la meilleure manière de faire sortir le soleil quand il ne fait pas beau et constate pour finir que, depuis plus de trois ans, il est toujours de bonne humeur.

Les trois films présentés ici sont très homogènes dans leur manière de présenter les malades et la manière de les filmer. Un plan initial pose le cadre des entretiens avec, au centre, le patient et en effleurant en marge de l'image et vu de dos, le professionnel de santé psychiatre. Sa présence est plus évoquée que montrée. Le restant des films est entièrement consacré au portrait du patient présenté. Les films se donnent volontairement une tonalité documentaire, ils sont calmes et objectivant à la fois par le choix que fait le réalisateur Eric Duvivier de filmer en noir et blanc et par une action de caméra minimaliste et fonctionnaliste. Les films « documentent » plus un état ou un tableau clinique qu'ils ne rendent compte du patient à proprement parler aux fins d'orienter le regard des spectateurs en formation pour apprendre à voir par soi-même.

Intemporalité et apolitisme ? La psychopathologie à Heidelberg

La clinique de Heidelberg peut compter sur une longue et puissante tradition en matière de psychopathologie. Depuis Kraepelin au moins, cette tradition est déterminante pour sa renommée, et ses successeurs y ont également contribué. Après la Seconde Guerre mondiale, sous Kurt Schneider, la psychopathologie « intemporelle » remplit une fonction de retraite apolitique dans une tour d'ivoire, un retour à l'« essentiel » dans une mise à distance muette de l'activité politique de la clinique sous le psychiatre nazi Carl Schneider, y compris l'implication taboue dans la mise à mort de patients. Cependant, une psychiatrie qui tourne le dos à la société ne peut pas s'inscrire durablement dans la tendance sociopolitique d'alors. De Walter von Baeyer, nommé en 1955, on attendait qu'il dépasse ce silence sans engagement. Et de fait, sa « psychiatrie de la rencontre » et la psychiatrie sociale établie depuis les années 1960 ont conduit à un véritable engagement politique de la clinique et de ses représentants au sens de la réforme psychiatrique des années 1970. À son grand regret, von Baever quitte son poste en 1972 alors que l'histoire de la clinique est marquée par des affrontements politiques autour du « collectif socialiste des patients », dont il se sent partiellement responsable en raison de sa tolérance de tendances démocratiques⁴⁴. Selon les récits internes à la

⁴⁴ Maike Rotzoll, Gerrit Hohendorf, « Zwischen Tabu und Reformimpuls. Der Umgang mit der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Heidelberger Universitätsklinik nach

clinique, Janzarik a dû remettre de l'ordre dans le chaos laissé par son prédécesseur. Le retour à la tradition d'une psychopathologie forte et classique en tant que premier centre d'intérêt scientifique a joué, dans ce contexte, un rôle décisif. Ce retour à une situation antérieure n'est apolitique que dans la mesure où elle a permis de mener à bien une dépolitisation au sein de la clinique; vraisemblablement, les collaborateurs récalcitrants de la clinique ont tout d'abord rejeté l'orientation vers l'ancienne psychopathologie du nouveau chef car ils l'ont interprétée comme un instrument répressif de domination.

Les films pédagogiques réalisés par le département audiovision avec Werner Janzarik comme psychiatre se veulent aussi des documents sur la psychopathologie intemporelle et apolitique. Ils représentent un système de pensée refermé sur lui-même dans lequel des symptômes ainsi que des maladies psychiatriques hypothétiques ont une place clairement définie et immuable. Si l'on accepte, en tant que psychiatre, la construction de ce système de pensée, alors on peut concevoir et utiliser les films qu'il a produits de manière « intemporelle » pour (re)produire le système. Du point de vue historique, depuis l'extérieur de cette construction, les films font eux-mêmes symptôme. Ils reflètent un système incapable d'un regard critique sur lui-même ou sur ses limites. Un système faisant désormais lui-même partie de l'histoire et dont l'« intemporalité apolitique » se heurte de plus en plus clairement aux liens complexes qui sous-tendent un système de diagnostic en prise avec les conditions culturelles et sociales d'une société.

Notre regard comparé montre par ailleurs que les films de part et d'autre du Rhin ne suggèrent pas seulement une intemporalité apolitique, mais aussi combien les prises de vues de part et d'autre, malgré leur contexte de production très différent, se ressemblent dans ce qu'ils donnent à voir des présentations des patients dans les années 1970. A l'époque de la psychopharmacologie moderne, l'industrie produit des films d'enseignement de séméiologie psychiatrique qui non seulement ressemblent, comme nous l'avons montré, aux films cliniques de Heidelberg mais qui participent en tant que films d'enseignement pour les futures psychiatres à harmoniser ou encore à uniformiser des systèmes de pensée et d'évaluation clinique. Ainsi les documents filmiques analysés ici se donnent à voir non seulement comme apparemment intemporels et apolitiques, mais encore comme des vues transculturelles d'une portée quasiment universelle pour une pratique et séméiologie psychiatrique semblable et donc comparable partout. Ces films sont ainsi à la fois le reflet d'une pratique de plus en plus homogène de part et d'autre du Rhin de ce qu'est – ou doit être – la séméiologie psychiatrique et un instrument de

1945 », Sigrid Oehler-Klein, Volker Roelcke (éd.), Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus, Stuttgart, Steiner, 2007, p. 326.

cette même uniformisation. En cela, ces films sont peut-être aussi une image en creux de la mise en pratique progressive d'une directive statistique des troubles mentaux sous l'égide de la société américaine de psychiatrie qui, à la même époque, promeut son *Manuel diagnostique des troubles mentaux* (DSM I et II 1952–1968). Celui-ci classe et catégorise les maladies mentales selon une clé unique – transculturelle et universelle – dont le fondement est l'identification clinique de syndromes et leur articulation en cinq axes, dont le lien avec l'industrie pharmaceutique a été critiqué à maintes reprises.