



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Le « normal » et le « pathologique » à la lumière de la liberté : petit essai de re-conceptualisation

The 'normal' and the 'pathological' in the light of freedom: A small attempt to establish a new conceptualisation

Anne-Frédérique Naviaux^{b,c}, Carine Duray-Parmentier^{a,d}, Pascal Janne^{d,e,*}, Maximilien Gourdin^{a,b,e}

^a Department of Anesthesiology, CHU UCL Namur, Université catholique de Louvain, Yvoir, Belgique

^b Faculty of medicine, Université catholique de Louvain, 50, avenue Emmanuel-Mounier, 1200 Woluwé-Saint-Lambert, Belgique

^c College of Psychiatrists of Ireland; Health Service Executive (HSE) Summerhill Community Mental Health Service, W35 KC58 Summerhill, Wexford, Irelande

^d Faculté de psychologie, Université catholique de Louvain, 10, place Cardinal-Mercier, 1348 Ottignies-Louvain-la-Neuve, Belgique

^e Université catholique de Louvain, CHU UCL Namur, avenue Dr.-G.-Thérasse, 5530 Yvoir, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 25 juillet 2022
Accepté le 6 mars 2023

Mots clés :
Attitudes
Comportement
Liberté
Normal
Pathologique
Pensées

Keywords:
Attitudes
Behaviour
Freedom
Normal
Pathological
Thoughts

RÉSUMÉ

La question du « normal » et du « pathologique » – bien que souvent abordée par le passé – reste assez omniprésente et, par certains aspects, non résolue, au travers de la diversité de nos consultations et de nos activités d'expertise. En témoignent les mises à jour récursives du DSM et autres CIM/ICD. En témoigne également notre propension naturelle à identifier ce qui pose problème (le « pathologique ») davantage que ce qui n'en pose pas. Comment faire la différence à tout moment ? Quelles sont les marges endéans lesquelles pouvons-nous nous positionner ? (Abraham, 1964). Le présent article a pour but de fournir une réponse claire, simple et pragmatique nous permettant de nous positionner sans perte de temps à cet égard.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The question of what is “normal” and what is “pathological” – although often addressed in the past – remains quite ubiquitous and in some respects, unresolved, because of the diversity of our consultations and our activities as practitioners as well as in the various existing diagnostic manuals. This is evidenced by the recursive updates of the DSM and other ICDs. This is also reflected in our natural propensity to identify that which is problematic (the “pathological”) more than we do with that which is not. How can we distinguish the difference between the two at any given time? What are the margins within which we can position ourselves? The purpose of this article is to provide a clear, simple and pragmatic answer that will allow us to take a stance in this regard as quickly as possible.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Aborder la question du comportement dit « normal » suppose que l'on transite initialement par un essai de définition de ce qu'est « la santé » [1,2]. Ensuite, plus précisément, nous tenterons de

délimiter, au moyen de certains repères, comment le thérapeute peut aborder pragmatiquement les questions du normal et du pathologique, en tout cas dans le registre de la santé mentale.

Le DSM, dans ses différentes versions, a désormais progressivement éliminé les termes de « santé » et de « pathologie » en les remplaçant par les termes « désordre » ou « trouble », ce qui permet de contourner la question. Toutefois, la question du « normal » et du « pathologique » reste présente à tous les esprits (Fig. 1).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : pascal.janne@uclouvain.be (P. Janne).

2. Méthodes

La littérature relative à notre sujet (normal *versus* pathologique) est tellement abondante qu'il serait impossible d'en produire un relevé exhaustif. En effet, rien qu'avec ces deux termes – toutes pathologies confondues – une recherche sur PubMed® donne déjà 38341 résultats à ce jour. Nous avons donc dû nous résigner à transiter par le catalogue général des librairies de l'Université catholique de Louvain et par la recherche de DOI sur Internet pour obtenir un ensemble de 69 références vraiment pertinentes sur Endnote®, dont 40 seront utilisées dans ce manuscrit.

3. Esquisse de définition de la santé

Il est nécessaire de s'attacher – ne fut-ce qu'un peu – à ce que peut recouvrir le mot « santé ». Le concept de « santé » est un concept global, ce qui le rend par définition peu spécifique, peu défini. La définition de l'OMS selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » reste très peu satisfaisante, non opérationnelle, en ce sens que quasi personne n'est en mesure de répondre complètement à de telles assertions. Dès lors, cette définition laisse une grande ouverture et une large diversité d'interprétations, quelles que soient les questions concernées (enfance, adolescence, santé générale, vieillissement, émotions, sexualité, etc.) [3–25].

Notre but dans cet article est de mettre en évidence que ce qui au premier abord apparaît comme des concepts simples, rudimentaires et banals (santé et pathologie) et qui peuvent, par leur développement au travers d'une autre grille de lecture, rendre compte rapidement durant les consultations de la plupart des approches existantes, sans nécessairement devoir compiler de multiples manuels [26].

De même, nous y retrouverons la plupart des grandes thématiques cliniques et expérimentales et même éducatives auxquelles la psychopathologie a donné le jour [27].

Face à cette définition officielle de la santé de l'OMS/WHO que nous considérons comme insatisfaisante (car inopérante) de « la santé », nous nous reporterons donc en grande partie sur certains extraits du célèbre livre de Georges Canguilhem et de ses nombreuses références [28].

3.1. Extraits de Canguilhem

Si, depuis le développement de la pathologie, on n'emploie plus le mot de « santé » qu'au pluriel, a survécu trop longtemps la notion de santé (au singulier), concept vide mais unique pour lequel on s'efforce de trouver alors une espèce de contenu qui sera, par exemple, l'existence d'une force biologique intérieure à l'individu, d'où la résistance à "la" maladie. Quelque chose comme une copie de ce que sera à la même époque, pour un théologien, une prédestination, une grâce efficace évitant de tomber à chaque tentation dans le péché [...].[29].

Nous retrouvons ici une notion selon laquelle la santé reste, dans le chef de beaucoup, comme quelque chose de l'ordre d'un donné magique, que l'on peut par exemple associer à des vœux : santé que l'on invoque, santé que l'on salue... y compris en « levant le coude » pour boire un verre, geste qui ne n'est pas nécessairement lié à la santé telle qu'elle pourrait découler d'une logique strictement médicale, hygiéniste, désinfectée, voire stérilisée, qui n'est pas la nôtre.

Inversement, il apparaît soutenable d'affirmer que, sans pouvoir assumer un certain nombre d'excès, l'individu n'est plus en bonne santé [25,29,30].

Dans cette logique, se permettre certains excès en sachant les assumer serait un signe de santé.

Reprenons le cours du texte de Canguilhem : *en fait, le coup de grâce ne fut réellement porté aux concepts globaux unitaires (comme la santé au singulier) que le jour où le chapitre étiologique (les causes de la maladie), grâce à la bactériologie, c'est-à-dire grâce à l'école pasteurienne, devint rigoureux. Le choc en retour le plus inattendu, qui marque bien la nécessité de toujours définir santé (au pluriel) et maladies (au pluriel) les unes par rapport aux autres, apparaissait alors. On assistait, en effet, à cette notion inattendue qu'il n'y avait pas une force de résistance à la maladie, mais des immunités spécifiques naturelles ou acquises (et dans ce cas spontanées ou provoquées) à un certain nombre de maladies.*

Plus même, on découvrait peu à peu qu'un très petit nombre de maladies répondait aux thèmes simplistes où l'hérédité est tout et l'environnement rien (hémophilie, maladie de Tay-Sachs), qu'un nombre à peine plus grand d'affections répondait aux schémas simples où tout est dans l'environnement (la peste, la variole ou l'intoxication oxycarbonée), et que dans la plupart des cas, la maladie naissait, sur des terrains génétiques définis avec une extrême précision, par l'action d'un certain nombre de facteurs extérieurs à l'individu, uniques ou associés, dont les actions étaient très étroitement spécifiques. [...]

Si l'on reconnaît que la maladie reste une sorte de norme biologique, cela entraîne que l'état pathologique ne peut être dit anormal absolument, mais anormal dans la relation à une situation déterminée. Réciproquement, être « sain » et être « normal » ne sont pas tout à fait équivalents, puisque le pathologique est une sorte de normal. Être sain, c'est non seulement être normal dans une situation déterminée, mais être aussi normatif, dans cette situation et dans d'autres situations éventuelles. Esquisse d'une définition de la « santé » [29,p. 119-134].

Il y a donc recours ici, implicitement, à la nécessité d'un raisonnement *a minima* cybernétique mais appliqué aux systèmes ouverts, incluant les notions de thermostat et d'homéostasie.

3.2. En quoi ces textes déjà anciens sont-ils d'actualité pour nous ?

3.2.1. « Force biologique intérieure à l'individu »

- Si nous remplaçons le mot « biologique » par « bio-psychosociologique » ou « bio-psychofamilio-sociologique » et ;
- Si nous corrigeons en introduisant la dimension environnementale (ce qui suppose que la « force » n'est pas seulement intérieure à l'individu) ;
- Alors nous obtiendrons une définition assez correcte de la santé, qui est de mieux comprendre comment cette « force » naît, se développe et se maintient ou non.

3.2.2. « On assistait [...] pas à une force de résistance mais des immunités spécifiques naturelles ou acquises... »

Dans cette logique il n'y a donc pas un mais des facteurs susceptibles de permettre à l'individu de maintenir un équilibre homéostatique dont la santé serait la résultante. Le mot « résistance » renvoie actuellement au concept de « coping styles », ou « stratégies d'ajustement et d'adaptation ».

3.2.3. « Être « sain » et être « normal » ne sont pas tout à fait équivalents »

Ex. : la proportion de Covid-19 et de sida dans certaines régions devient telle que si la situation continue à évoluer de la sorte, il sera bientôt « a-normal » de n'avoir rien contracté.

Le « normal » et le « pathologique » : une quête infinie ?

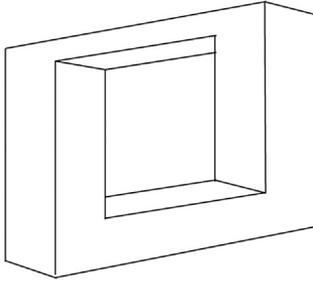


Fig. 1. Où se trouvent le début et la fin ?

3.2.4. « Être sain, c'est non seulement être normal mais aussi être normatif dans cette situation et d'autres situations éventuelles »

Ici, très clairement, se profilent les sous-bassements des travaux anglo-saxons relatifs aux « coping styles », à l'action de « to cope with¹ » : et donc être normatif revient à recréer une norme nouvelle, résultant d'un double ajustement de soi à l'environnement et de l'environnement à soi. Nous retrouvons ici également des similarités lointaines avec le concept piagétien d'accommodation [31].

3.2.5. « Ce qui caractérise la santé, c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentanément, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle, et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles. »

Ceci nous renvoie aux concepts d'optimisme, d'innovation, et de marginalité (théorie de Lamarck), ce qui veut dire que « santé » devient plutôt la capacité à s'adapter à des situations nouvelles, à des changements divers, renvoyant également aux concepts de stratégies d'adaptation ou « coping styles » et d'événements de vie « life events », et partant, de celui de « résilience ».

Il apparaît donc soutenable d'affirmer que, s'il ne peut assumer un certain nombre d'excès, l'individu n'est plus en bonne santé. Dans cette logique, se permettre certains excès en sachant les assumer serait un signe de santé. En effet, tout comme il faut être exposé aux virus pour savoir mieux s'en défendre ultérieurement (principe du vaccin), il faut savoir en quelque sorte assumer du « mauvais » pour rester « en bonne santé ». Il en va de même en ce qui concerne la santé mentale. La notion de « décompensation », vers quelque registre de la psychopathologie, en est l'illustration [32].

3.3. Extrapolation à la santé mentale

Le psychiatre, le psychologue, le médecin traitant et autres disciplines, dans leur métier, posent évidemment à certains moments un jugement de normalité ou d'anormalité, lié à la question des meilleurs soins à donner [33]. La société nous interroge inévitablement quotidiennement sur le normal et le pathologique. Tout groupe social se constitue des lois implicites ou explicites. Tout groupe social crée donc par là même sa déviance : un certain nombre d'individus ne peuvent s'adapter.

En reconnaissant que certains commettent des délits sans en être entièrement responsables, le droit pénal a introduit la notion de normalité.

¹ To "cope with" = faire face, combattre avec succès. Le terme même de "coping" est intraduisible en français. Selon les écoles, il désigne soit l'action de l'individu qui lutte contre les problèmes auxquels il est confronté, soit le résultat de cette action, c'est-à-dire l'état dans lequel se trouve l'individu qui a réussi à maîtriser les problèmes en question. "Coping" renvoie plutôt à la traduction "ajustement", là où "coping style" renverrait au terme "stratégies d'ajustement".

Devient « pathologique » une attitude, pensée ou comportement lorsque celui / celle-ci enfreint la liberté de l'individu et / ou de son entourage.

Fig. 2. Normal ou pathologique ?

Et tout naturellement, quoique trop, les juristes posent aux psychiatres, médecins et aux psychologues la question de savoir qui est normal et qui ne l'est pas, afin d'adapter les mesures prises [34]. Derrière cette question, apparemment très simple, se profilent des interrogations vraiment très complexes [35]. Faut-il punir, soigner, ou les deux ? Quels sont les repères disponibles [36] ? Comment rester éthique face à de tels enjeux [37] ?

L'attitude pragmatique reste sans doute ici la seule possible : quelle mesure, punitive ou thérapeutique, va le mieux prévenir la récurrence, diminuer la souffrance et/ou protéger la société ?

Mais pour nous y aider, nous disposons, outre les manuels [26], d'un certain nombre de repères [17], que nous regrouperions sous forme de trois modèles.

3.3.1. Repères de personnalité

Structures ou de fonctions, selon un modèle en quelque sorte anatomique. La maladie est décrite comme l'altération de fonctions psychiques, celles-ci coexistant et s'intégrant l'une à l'autre un peu comme les différents organes du corps. Les descriptions cliniques parleront donc des troubles de l'intelligence, des instincts, du sens du réel, de l'équilibre thymique, etc.

Parallèlement, la causalité préférée par la plupart de ces théories, l'étiologie fondamentale des troubles sera organique, cérébrale ou simplement neurophysiologique. La structure psychique est décrite comme un « tout » dynamique, offrant des niveaux successifs d'intégration, sur le modèle de l'organisation neurologique.

L'idée de *structure* reste toutefois fondamentale, ainsi que celle de son soubassement biologique. Ce qui est anormal chez le malade dans cette perspective, c'est d'abord, sinon toujours, cette structure organique et biochimique fondamentale [20].

Tout naturellement donc, ces théories s'intéressent d'abord à la constitution, l'hérédité, la neurophysiologie et la psychopharmacologie.

3.3.2. Repères en termes de psychogenèse

Conflits à résoudre, complexes à dépasser [38].

Les théories *psychogénétiques* de la personnalité ont pour modèle fondamental la psychanalyse. L'intérêt se centre sur l'histoire individuelle, les étapes de développement de la personnalité à travers les relations parentales.

La personnalité pathologique s'explique par les avatars de cette histoire : l'organisation progressive des pulsions face au réel, à travers les structures inconscientes et conscientes, s'est partiellement bloquée [39].

La pathologie parlera donc de fixation, de régression débouchant dans des comportements inadéquats, et surtout dans l'angoisse vécue. Pour ce genre de théorie, le modèle normal de personnalité est idéal, inaccessible.

Toutefois les traits qui permettent de qualifier une personnalité d'harmonieuse sont surtout son « intégration », sa « créativité », et sa sérénité interne.

Ces théories permettent d'analyser finement les troubles de la personnalité en s'adaptant à toutes les nuances individuelles et proposent une méthode thérapeutique générale.

Toutefois, toute théorie psychogénétique rencontre la difficulté d'effacer les frontières entre le normal et le pathologique. La distinction devient floue et difficile, même entre névrose et psychose. La biogenèse est oubliée, ou délaissée à l'arrière-plan [39].

Au niveau d'expertises médico-légales ou dans des problèmes d'indications à la psychothérapie, le cadre de pensée purement psychogénétique se révèle insuffisant. Il devient nécessaire de lui adjoindre des notions de structures psychologiques, d'instances, voire de constitutions qui nous ramènent au premier modèle.

Nous devons à ce modèle, dans le problème du normal et du pathologique, d'avoir attiré l'attention sur l'investissement subjectif du psychiatre, du médecin, du psychologue ou autre, et à choisir ses critères de délimitation du normal et du pathologique [9]. Il est également mis en question lui-même, sous la question du « contre-transfert » [40].

3.3.3. Repères en termes de socio- et familio-genèse

La maladie, dans ce modèle, est interprétée comme une déviance d'avec le groupe familial et social et parfois provoquée par celui-ci même. Il s'agit donc d'une interaction entre l'individu et son système.

C'est l'entourage immédiat du patient, les difficultés qu'il y rencontre, voire plus globalement tout le milieu culturel dans lequel il baigne qui provoque et entretient la maladie, et tout au moins en crée la possibilité [18].

Dans cette perspective, le symptôme pathologique doit être « recadré » dans le contexte.

Le malade doit bien sûr être réadapté et soigné, mais ceci doit se faire tout autant par une modification du groupe : le malade n'est en effet, dans ce modèle, que l'expression de la dysfonction du groupe familial et social.

Les trois modèles ont leurs intérêts et limites, et sont chacun de réelle utilité pour le psychiatre, le médecin (spécialiste ou non), le psychologue ou autre confronté à la question de la normalité des comportements.

4. Esquisse de définition du pathologique

Après de multiples années de fonctionnement clinique, alors que la plupart des indexations internationales en termes de « pathologique » se concentrent sur la notion de « souffrance », surtout – et abusivement par ailleurs – chez l'individu, nous voudrions introduire par la présente le concept de « liberté », comme seule méthode soutenable pour délimiter pragmatiquement, endéans une consultation ou une expertise, c'est-à-dire dans un laps de temps restreint pour ne devoir se plonger dans ses manuels, la question du normal et du pathologique. C'est la raison pour laquelle nous proposons le raisonnement suivant, qui sera ultérieurement illustré par quelques vignettes cliniques (Fig. 2).

Vignette n° 1

Albert adore le fait que son épouse porte des sous-vêtements affriolants, des « bas résille » et des « talons aiguilles » : cela le rend sexuellement très excité. Toutefois, au fil du temps, ce qu'il adore devient progressivement une addiction, et donc une perte de liberté pour lui-même, sans laquelle il a des difficultés à joindre un état d'excitation satisfaisant et ne parvient plus à avoir d'érection. Par ailleurs, son épouse, qui se prêtait volontiers au « jeu », finit par se lasser de cette procédure : sa liberté à elle s'en trouve donc entachée. Dans le cas qui précède, la liberté des deux partenaires se trouve donc restreinte, ce qui rend le processus « pathologique » selon notre définition.

Vignette n° 2

Arthur fume beaucoup de tabac. Il sait que cela est mauvais pour sa santé. Toutefois, sa consommation est « pathologique » car, outre sa souffrance d'être « fumeur », non seulement il a perdu la « liberté » de s'abstenir, mais également il enfreint la liberté de son entourage, soit en les intoxiquant par voie différée, soit en partant tout le temps « fumer », même lors des moments conviviaux, ce qui prive ses proches de leur liberté.

Vignette n° 3

Augustin, étudiant, aime se masturber, ce qui en soi n'est pas problématique. Toutefois, cette activité devient tellement compulsive qu'il n'arrive plus à suivre un cours entier sans se ruer aux toilettes à cette fin (perte de liberté). De surcroît, lorsqu'il s'agit d'avoir des relations sexuelles avec sa compagne, il n'est plus apte (atteinte à la liberté de son conjoint).

Vignette n° 4

Roger, aujourd'hui décédé, aurait eu 95 ans cette année et a présenté deux crises cardiaques. Il souffre d'une maladie coronarienne et a des antécédents d'angine de poitrine instable. Il a subi un double pontage coronarien (greffe de veine saphène sur l'artère descendante antérieure gauche et l'artère coronaire droite). Sur le plan cardiaque, il présentait une dyspnée de grade II à III. Nous l'avons rencontré dans le contexte de sa chirurgie cardiaque, avant et après l'intervention. Pendant la phase postopératoire, il a décrit sa deuxième crise cardiaque. Il a pris beaucoup de plaisir à nous raconter l'histoire de son deuxième infarctus, qui s'est produit alors qu'il était déjà sous traitement anti-angineux (Cedocard[®]). Tout a commencé alors qu'il pêchait à la ligne pendant le week-end. Roger avait pêché pendant plusieurs heures mais n'avait rien attrapé. Il était contrarié et sur le point de partir quand tout à coup, il a senti sa ligne se tendre pendant une fraction de seconde : une « touche » ! La truite était paraît-il énorme, et sa canne à pêche était trop légère pour ramener le poisson en une seule fois. En résulte le fait qu'il tente de l'avoir à l'usure vers sa bourriche, mais les douleurs thoraciques surviennent. Il nous explique qu'il s'est demandé : « Roger, c'est toi ou la truite ? » Finalement, lorsqu'enfin il a eu sa truite, il s'est rendu à l'hôpital.

Roger est très fier d'expliquer comment il a remplacé notre raisonnement médical (demander une hospitalisation d'urgence ou au moins se rendre aux urgences) par sa propre hiérarchie de priorités. Son attitude peut sembler suicidaire pour ses soignants, mais reflète parfaitement notre question du normal et du pathologique, en ceci que son attitude peut entrer en conflit avec le raisonnement médical et scientifique, mais *in fine* reste tributaire de sa liberté. Ce cas clinique en dit long sur les différents points de vue que peuvent avoir les patients et les soignants sur un même sujet. Dans une dialectique mentale, le patient a typiquement donné la priorité à ses impératifs de loisirs et à son désir d'être victorieux sur ses besoins de santé. De plus, c'est le patient lui-même qui met consciemment en évidence la notion d'autodestruction à travers son récit. Du point de vue d'un médecin ou autre, le comportement du patient risque d'apparaître comme une anomalie, le patient mettant sa vie en danger. En revanche, d'autres pourraient voir dans ce rapport de cas une forte affirmation de soi et du désir, associée à un comportement motivé par une certaine forme d'instinct de vie... Ceci démontre clairement la frange floue entre le « normal » et le « pathologique ».

5. Conclusion

Si la question de la délimitation du normal et du pathologique reste inévitable, force nous est aussi d'accepter que les réponses que nous pouvons proposer restent partielles puisqu'elles doivent rester singulières et remises dans leur contexte.

Déjà nous apercevons que le problème du normal et du pathologique se lie indissolublement au sens moral de chacun, à ses options subjectives, à l'idée qu'il se fait de lui-même dans sa position dans la société. Non seulement nous gagnerons à en clarifier les données (ce qui suppose de se connaître soi-même), mais encore ceci peut déjà nous apparaître comme une sorte de nécessité, de devoir même, pour éviter de projeter inconsciemment nos options individuelles dans notre action thérapeutique.

Il n'en reste pas moins qu'il faut parfois prendre et souvent rapidement des options claires face aux situations cliniques auxquelles nous sommes confrontés, et trancher dans nos scrupules pour prendre des mesures thérapeutiques pour l'individu et/ou son entourage.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références non citées

[41–68].

Remerciements

À Madame Anne-Marie Klein pour ses suggestions.

Références

- [1] Abraham G. *Psychodynamique essentielle : normale et pathologique*. Paris: Doin; 1964.
- [2] Akhtar S. Normal and pathological generosity. *Psychoanal Rev* 2012;99:645–76.
- [3] Amad A, Geoffroy PA, Vaiva G, Thomas P. Personality and personality disorders in the elderly: diagnostic, course and management. *Encephale* 2013;39:374–82.
- [4] Armelle G. Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale. *Inf Psychiatr* 2011;87:479–86.
- [5] Arminjon M. Le normal et le pathologique : des catégories périmées ?. Paris: Éditions matériologiques; 2022.
- [6] Balbuena Rivera F. In honor of Jurgen Ruesch: Remembering his work in psychiatry. *Int J Soc Psychiatry* 2018;64:198–203.
- [7] Bassett AM, Baker C. Normal or abnormal? 'Normative uncertainty' in psychiatric practice. *J Med Humanit* 2015;36:89–111.
- [8] Benaroyo L. Responsabilité éthique au quotidien : la narration au cœur du soin. *Ethique Sante* 2005;2:76–81.
- [9] Bergeret J. La personnalité normale et pathologique : les structures mentales, le caractère, les symptômes, 3^e éd., Malakoff: Dunod; 2021.
- [10] Bernheim E. De l'existence d'une norme de l'anormal. Portée et valeur de la recherche empirique au regard du droit vivant : une contribution à la sociologie du droit. *Cah Droit* 2011;52:461–96.
- [11] Biéder J, Callens H, Alcalay JM. À propos du vol « normal » et pathologique. *Ann Med Psychol* 2001;159:131–9.
- [12] Bonin E. État de conscience altérée : du normal au pathologique. 2019.
- [13] Boujon C. L'inhibition : au carrefour des neurosciences et des sciences de la cognition : fonctionnements normal et pathologique. Marseille: Solal; 2002.
- [14] Bourgeois ML. Deuil normal, deuil pathologique : clinique et psychopathologie. Paris: Doin; 2003.
- [15] Canguilhem G. *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Clermond-Ferrand: La Montagne; 1943.
- [16] Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF; 1966.
- [17] Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF; 1966.
- [18] Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF; 2013.
- [19] Catita M, Águas A, Morgado P. Normality in medicine: a critical review. *Philos Ethics Humanit Med* 2020;15:3.
- [20] Celik SU, Aslan A, Coskun E, Coban BN, Haner Z, Kart S, et al. Prevalence and associated factors for burnout among attending general surgeons: a national cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2021;21:39.
- [21] Centre national de recherches sur la croissance normale et pathologique B. Rapport sur l'activité - Centre national de recherches sur la croissance normale et pathologique. Bruxelles.
- [22] Chapelle G, Rimé B, Van Rillaer J. Le moi : du normal au pathologique : la conscience de soi, la gestion des émotions, les maladies mentales, les psychothérapies. Auxerre: Sciences humaines; 2004.
- [23] Coulibaly SP, Maïga FI, Landouré G, Dolo H, Mounkoro PP, Dara AE, et al. Factors associated with mental disorders in the psychiatric department of the university hospital centre of Point G in Mali. *Mali Med* 2021;36:52–7.
- [24] Couturier E. L'agitation motrice, du normal au pathologique : quels liens peut-on faire entre une perturbation des interactions précoces et l'agitation motrice ? HAL CCSD 2014.
- [25] de Becker E, Lescalier-Grosjean I. The << king-child >>: a modern pathology? Sociopsychological thoughts and therapeutic proposals about a society symptom. *Arch Pediatr* 2005;12:1411–8.
- [26] Debru C. Georges Canguilhem, 1904–1995. *Arch Int Hist Sci (Paris)* 1997;46:359–63.
- [27] Dessambre N, Zech Ep, l'éducation UPFDpedsd. Deuil normal et deuil pathologique : les stratégies d'ajustements. Louvain-la-Neuve: UCL; 2003.
- [28] Dow-Edwards D, MacMaster FP, Peterson BS, Niesink R, Andersen S, Braams BR. Experience during adolescence shapes brain development: From synapses and networks to normal and pathological behavior. *Neurotoxicol Teratol* 2019;76:106834.
- [29] Dreuil D, Boury D. Autour du vieillissement : le normal, le pathologique et le fragile. Actualité de Georges Canguilhem. *Ethique Sante* 2010;7:36–41.
- [30] Dujardin K, Lemaire P. Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2008.
- [31] Ehrenberg A. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit (1940-);* 2004. p. 133–56.
- [32] Fasse L, Sultan S, Flahault C. Le deuil, des signes à l'expérience. Réflexions sur la norme et le vécu de la personne endeuillée à l'heure de la classification du deuil compliqué. *Evol Psychiatr* 2014;79:295–311.
- [33] Fournier E, Jabre JF, Labarre-Vila A, Magistris MR, Soichot P, Wang FC. Table ronde : « Le normal et le pathologique ». *Neurophysiol Clin* 2006.
- [34] Frances A, Granger B, Laignel-Lavastine A. Sommes-nous tous des malades mentaux ? : le normal et le pathologique.. Paris: Odile Jacob; 2013.
- [35] Freud A, Widlöcher D. Le normal et le pathologique chez l'enfant : estimations du développement. Paris: Gallimard; 1995.
- [36] Gauvard C. Chapitre 10. Normal et pathologique. Éditions de la Sorbonne; 1991.
- [37] Geroulanos S. Beyond the normal and the pathological: recent literature on Georges Canguilhem. *Gesnerus* 2009;66:288–306.
- [38] Giroux E. Les facteurs de risque et le problème de la démarcation entre le normal et le pathologique : une analyse épistémologique. *Rev Med Interne* 2010;31:651–4.
- [39] Giroux É. Vieillir : normal ou pathologique ? Comprendre la vieillesse.. Éditions modulaires européennes; 2011. p. 33–51.
- [40] Guénolet F, Marcaggi G, Baleyte JM, Garma L. Dreams in normal and pathological aging. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2010;8:87–96.
- [41] Gutiérrez F, Vall G, Peri JM, Gárriz M, Garrido JM. A hierarchical model of normal and abnormal personality up to seven factors. *Compr Psychiatry* 2014;55:326–35.
- [42] Haustgen T. Les débuts de la Société médico-psychologique, entre philosophie et système nerveux central. *Ann Med Psychol* 2012;170:408–14.
- [43] Haustgen T. Les discussions sur les classifications psychiatriques à la Société médico-psychologique (1860–2014). *Ann Med Psychol* 2017;175:165–72.
- [44] Hesnard A. *La sexologie normale et pathologique*. Paris: Payot; 1959.
- [45] Hunyadi M. La santé-je, -tu, -il. Retour sur le normal et le pathologique, 1^{re} éd., Paris: PUF; 2009.
- [46] Joubert J. Le normal et le pathologique ». Relire Canguilhem. *Rev Sci Religieuses* 1999;73:497–518.
- [47] Kleinman A. The normal, the pathological, and the existential. *Compr Psychiatry* 2008;49:111–2.
- [48] Kohn R. *La pberté normale et pathologique*. Paris: Doin; 1952.
- [49] Lancon C. Sujet addict : entre normal et pathologique ? *Eur Psychiatry* 2015;30. S14–5.
- [50] Le Moigne P. Une nouvelle carte du normal et du pathologique. L'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis. *Sci Soc Sante* 2010;28:81–108.
- [51] Litinetskaia M, Guelfi JD. État amoureux normal et pathologique. *Ann Med Psychol* 2021;179:280–5.
- [52] Maillart C. Développement du langage normal et pathologique. 2013.
- [53] Malherbe JF. Douze thèses de Georges Canguilhem sur les rapports entre le normal et le pathologique. Louvain-la-Neuve: Cabay; 1980.
- [54] Meidani A. C'est normal docteur ? Normal et pathologique en médecine générale. *Deviance Soc* 2018;42:465–99.
- [55] Muzinic L, Kozaric-Kovacic D, Marinic I. Psychiatric aspects of normal and pathological lying. *Int J Law Psychiatry* 2016;46:88–93.
- [56] Pélicier Y, Hamburger J, Schumann N. Le développement psychologique normal, la vie psychologique pathologique : tome 3. Paris: Lidis; 1978.
- [57] Phillips-Musnier B, Draperi C. Témoigner, raconter, comprendre. L'écoute au quotidien. *Ethique Sante* 2018;15:43–7.
- [58] Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013;12:92–8.
- [59] Rhéaume J. Santé mentale et travail, entre plaisir et souffrance : quand le normal devient pathologique. *Int Rev Sociol* 2008;18:457–67.
- [60] Rusinek S. Les émotions : du normal au pathologique. Paris: Dunod; 2004.
- [61] Sedlak V. Le psychanalyste et son Surmoi (normal et pathologique). *Ann Psychanal Int* 2018;2018:55–83.

A.-F. Naviaux, C. Duray-Parmentier, P. Janne et al.

Annales Médico-Psychologiques xxx (xxxx) xxx–xxx

- [62] Servais A. Étude testant le lien entre la personnalité, normale et pathologique, et l'attachement à l'âge adulte. 2015.
- [63] Servantie A, Becut MF, Bernard A. Normal et pathologique ; introduction à l'anthropologie psychiatrique.1971.
- [64] Squverer A. Pour une théorie freudienne du normal et du pathologique. Penser la norme depuis le sexuel. Clin Mediterr 2017;95:49–57.
- [65] Tordjman S. Évolution des recherches en pédopsychiatrie : vers la subjectivité et une approche intégrée psychodynamique et biologique appliquée à l'étude du développement normal et pathologique de l'enfant : recherche et clinique. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2006;54:3–8.
- [66] Tran The J. Le continuum entre normal et pathologique en psychopathologie : Freud, Canguilhem et les neurosciences. Rech Psychanal 2018;26:154.
- [67] Verhoeff B. Normal or pathological? The view of Georges Canguilhem (1904–1995) Tijdschr Psychiatr 2010;52:639–47.
- [68] Watson D, Stasik SM, Ro E, Clark LA. Integrating normal and pathological personality: relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. Assessment 2013;20:312–26.