



Cipango

Cahiers d'études japonaises

21 | 2014

Nouveaux regards sur les arts de la scène japonais II

KITANAKA Junko, *De la mort volontaire au suicide au travail : histoire et anthropologie de la dépression au Japon*

traduit de l'anglais par Pierre-Henri CASTEL, Montreuil-sous-Bois,
Ithaque, 2014, 316 p.

Nicolas Tajan



Éditeur
INALCO

Édition électronique

URL : <http://cipango.revues.org/2366>
ISSN : 2260-7706

Édition imprimée

Date de publication : 31 décembre 2014
ISSN : 1164-5857

Référence électronique

Nicolas Tajan, « KITANAKA Junko, *De la mort volontaire au suicide au travail : histoire et anthropologie de la dépression au Japon* », *Cipango* [En ligne], 21 | 2014, mis en ligne le 07 septembre 2016, consulté le 23 décembre 2016. URL : <http://cipango.revues.org/2366>

Ce document est un fac-similé de l'édition imprimée.



Cipango – Cahiers d'études japonaises est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

KITANAKA Junko, *De la mort volontaire au suicide au travail : histoire et anthropologie de la dépression au Japon*, traduit de l'anglais par Pierre-Henri CASTEL, Montreuil-sous-Bois, Ithaque, 2014, 316 p.

De la mort volontaire au suicide au travail : histoire et anthropologie de la dépression au Japon est un ouvrage destiné à devenir un classique des études japonaises, et un document précieux pour tout chercheur s'intéressant à l'histoire et à l'anthropologie des sciences médicales et psychologiques. Indispensable à tout lecteur intéressé par la dépression en tant qu'« expression socialement réglée d'une plainte »¹, il est tout aussi stimulant pour celui qui souhaite se laisser surprendre par d'autres perspectives que celles de l'orientalisme². C'est une originalité qu'il faut souligner dès à présent, car les recherches en psychiatrie et en psychologie publiées en langue anglaise ou française, dès lors qu'elles ont porté sur le Japon, ont trop souvent sombré dans les impasses nippologiques et contre-nippologiques³.

Originellement publié aux presses universitaires de Princeton⁴, l'ouvrage a été remarquablement traduit de l'anglais (États-Unis) et présenté par Pierre-Henri Castel. Il est aujourd'hui disponible dans la collection « Philosophie, anthropologie, psychologie » dirigée par ses soins aux éditions

1. Alain EHRENBURG, *La Société du malaise : le mental et le social*, Paris, Odile Jacob, 2010, p. 18.

2. Edward SAÏD, *L'Orientalisme*, Paris, Seuil, 1980.

3. BEFU Harumi, *Hegemony of Homogeneity: an Anthropological Analysis of Nihonjinron*, Melbourne, Trans Pacific Press, 2001. Peter N. DALE, *The Myth of Japanese Uniqueness*, London, Routledge, 1981. DOI Takeo, *Le Jeu de l'indulgence : étude de psychologie fondée sur le concept japonais d'amae*, Paris, l'Asiathèque, 1988 ; *L'Endroit et l'envers*, Paris, Philippe Picquier, 1993. KAWAI Hayao, *Buddhism and the Art of Psychotherapy*, College Station, Texas A&M University Press, 1996.

4. KITANAKA Junko, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton, Princeton University Press, 2012.

Ithaque. Son auteure, Kitanaka Junko 北中淳子, est une anthropologue japonaise formée à l'université McGill (Montréal, Canada) au sein d'un département d'anthropologie et d'études sociales de la médecine où d'éminents spécialistes en anthropologie médicale mènent leurs recherches : Margaret Lock, sa directrice de thèse, mais aussi Allan Young, connu pour ses travaux sur le stress post-traumatique⁵. Kitanaka Junko est aujourd'hui professeure en anthropologie à l'université de Keiō. Elle a été récompensée pour son livre par le prix Francis L. K. Hsu de la Society for East Asian Anthropology (SEAA, une association américaine d'anthropologie).

La première partie intitulée « La dépression dans l'histoire » est composée de quatre chapitres où l'auteure étudie la dépression dans une perspective d'histoire de la psychiatrie, de l'époque prémoderne jusqu'à nos jours. Bien que la psychiatrie japonaise soit née au début de l'ère Meiji, elle démontre qu'un certain nombre de maladies mentales étaient déjà présentes dans l'archipel. C'est notamment le cas pour la mélancolie connue à l'époque prémoderne sous le terme *utsushō* (鬱証 / 鬱症) :

Importé à l'origine de Chine, et s'incorporant au savoir médical japonais au XVI^e siècle, l'*utsushō* était une catégorie qui dénotait un état d'inertie pathologique débouchant sur un ensemble de symptômes au nombre desquels on comptait le manque d'énergie, un sentiment d'absence de valeur personnelle, ainsi qu'une attitude en retrait et le refus de toute interaction sociale⁶.

La mélancolie de l'époque se caractérise par une énergie vitale (*ki* 気) stagnante, ayant pour conséquence plusieurs symptômes, dont le retrait social. Lors de la période prémoderne, c'est plus généralement une conception de la maladie mentale en termes de circulation de l'énergie vitale qui prédomine. Le terme *utsushō* n'est pas le seul à être employé, car il existe aussi *utsuyūbyō* 鬱優病

5. Margaret LOCK, *Encounters with Aging. Mythologies of Menopause in Japan and North America*, Berkeley, University of California Press, 1993 ; *Twice dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*, Berkeley, University of California Press, 2001. Allan YOUNG, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1997.

6. KITANAKA Junko, *op. cit.*, 2012, p. 51.

et *ki-utsubyō* 気鬱病⁷. Lorsque *utsubyō* 鬱病 est associé à *yū*, c'est le caractère songeur qui est accentué. Lorsqu'il est associé à *ki*, on comprend que l'énergie vitale manque, elle est déprimée (*utsu*) et malade (*byō*). *Ki-utsu* est donc employé fréquemment à l'époque prémoderne, notamment pour désigner la situation de femmes oisives et recluses au foyer⁸. Mais avec l'adoption de la neuropsychiatrie allemande autour des années 1880, c'est surtout le terme *utsubyō* qui va s'imposer comme défaillance exclusivement individuelle, génétique et neurologique.

Dans les conceptions modernes, le rôle joué par l'énergie vitale (*ki*) va perdre de son importance au profit d'une conception où les nerfs (*shinkei* 神経) sont appréhendés comme causes de la maladie mentale. Des notions proches de la « neurasthénie » apparaissent chez le père de l'ethnologie japonaise, Yanagita Kunio 柳田國男, en termes d'épuisement nerveux (*shinkei suijaku* 神経衰弱) et chez Morita Shōma 森田正馬 en termes de « nervosisme » (*shinkeishitsu* 神経質). Le célèbre écrivain Natsume Sōseki 夏目漱石 voyait en sa propre neurasthénie comme en celle de ses contemporains la manifestation d'une arrivée brutale dans une modernité qu'ils n'avaient pas choisie. En 1903, l'un de ses élèves – Fujimura Misao – sautait des mythiques cascades de Nikkō. Signe de liberté pour certains, cet événement a été fraîchement accueilli par les médecins de l'époque. En outre, ceux-ci ont inauguré une autre forme de brutalité : les suicidés et les malades mentaux sont particulièrement malmenés par ceux-là mêmes qui pourraient les soigner. Ainsi, pour le spécialiste de médecine légale Katayama Kuniyoshi 片山國嘉, les suicidés « répandent du poison dans la société [et la nation] doit renforcer son corps et son esprit en sorte de pouvoir éliminer les molécules pathologiques de cette espèce-là »⁹. Lors d'un discours publié dans le journal de neurologie de 1906, Ōkuma Shigenobu 大隈重信 – dont le frère était atteint de maladie mentale – affirmait que :

Tous ces gens qui se précipitent du haut d'une cascade ou qui se jettent devant un train sont des esprits faibles. Ils n'ont pas de

7. *Ibid.*, p. 57.

8. *Ibid.*, p. 63.

9. *Ibid.*, p. 108.

constitution mentale assez forte, ils en font une maladie mentale et, à la fin, ça les tue. Inutiles, voilà ce qu'ils sont ! Les têtes faibles de ce genre ne causeraient que du mal même s'ils survivaient [applaudissements]¹⁰.

Avec d'autres discours de médecins de l'époque, ces propos témoignent de la violence du jugement médical à l'égard des suicidés, des malades mentaux, et d'une épidémie de personnes atteintes de *shinkeishitsu*.

L'après-guerre est marqué par l'occupation américaine, et se caractérise par une situation qui demeure assez inconnue des Européens :

Il y eut une brève période dans l'histoire de la psychiatrie japonaise, dans la sombre époque qui suivit la Seconde Guerre mondiale, où la domination de la neurobiologie fut ébranlée dans ses fondements sous les coups de la psychiatrie américaine d'inspiration psychanalytique. À la fin des années 1940 et jusqu'au début des années 1950, le modèle américain de « santé mentale » se propagea partout, porté par les départements universitaires qui venaient tout juste d'être créés et qui étaient orientés sur la psychanalyse, ainsi que par l'Institut national de santé mentale dirigé par les Américains¹¹.

Soulignons ce point : la psychanalyse importée au Japon au lendemain de la Seconde Guerre mondiale est aussi un des noms de l'occupation américaine (1945-1952) sur son versant « psychiatrie et santé mentale », au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et pendant la guerre de Corée (1950-1953). Au Japon, les livres sur la névrose (*noirōze* ノイロゼ) deviennent des *best-sellers* et les médias se font déjà l'écho d'inquiétudes sur l'augmentation des prescriptions de psychotropes. Bien que cette époque fût parsemée de désaccords au sein des psychiatres japonais à l'égard de la psychiatrie américaine, la grande majorité s'est néanmoins accordée pour définir l'objet de la psychiatrie comme étant « les mécanismes biologiques de la psychose », et exclure toute psychologie des névroses. C'est cette dernière, sous la forme de la psychanalyse américaine de l'époque,

10. *Ibid.*, p. 109.

11. *Ibid.*, p. 92.

qui fut progressivement et massivement rejetée par les psychiatres de l'archipel. Le Japon, sous l'occupation, a donc d'une part accepté l'influence de la psychiatrie biologique américaine, et d'autre part résisté à l'influence de la psychiatrie psychanalytique américaine. Plus précisément, les psychiatres nippons ont refusé une ego-psychologie assortie d'une prescription médicamenteuse et psychothérapique afin d'opérer un renouveau théorique du neurobiologisme en psychiatrie, potentialisé par une expansion sous la forme de cliniques et d'hôpitaux psychiatriques privés, sur l'ensemble du territoire. Le nombre de lits en psychiatrie augmenta progressivement de 136 000 en 1953, puis 173 000 en 1965, pour atteindre 278 000 en 1975, et enfin 334 000 en 1985¹². Au lieu d'une désinstitutionnalisation bien connue sur le vieux continent ou en Amérique du Nord¹³, nous avons assisté, au Japon, à un boom de l'institutionnalisation des malades mentaux. Si Takemi Tarō 武見太郎 – le directeur de l'Association médicale japonaise – voulut ridiculiser les psychiatres en les qualifiant d'« éleveurs de bétail »¹⁴, à quelle réalité faisait-il allusion ? La période de haute croissance ayant vu la multiplication des hôpitaux et cliniques psychiatriques privées, faisait-il simplement allusion à l'enrichissement personnel de psychiatres devenus « chefs d'entreprises » ? Comment comprendre cette « insulte » venant d'un médecin à l'égard de ses confrères ayant choisi une autre spécialité ? Ce type de questions mériterait d'être discuté au sein de cet ouvrage, mais nous ne pouvons raisonnablement pas reprocher à l'auteur de ne pas avoir répondu à toutes les questions suscitées. La première partie est un exposé magistral de l'histoire méconnue de la psychiatrie nipponne, via l'étude de la dépression.

La deuxième partie intitulée « La dépression dans la pratique clinique » est composée de trois chapitres. L'anthropologue y décrit son enquête de terrain au

12. *Ibid.*, p. 94.

13. Concernant l'Irlande, se reporter à Elizabeth MALCOM, "Ireland's Crowded Madhouses: the Institutional Confinement of the Insane in Nineteenth- and Twentieth-Century Ireland", in R. PORTER, D. WRIGHT (dir.), *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, p. 315-333. Concernant les États-Unis, se reporter à l'étude de la désinstitutionnalisation en Californie décrite par Paul LERMAN, *Deinstitutionalization and the Welfare State*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1982, p. 79-104.

14. KITANAKA Junko, *op. cit.*, 2012, p. 95.

sein des hôpitaux et cliniques psychiatriques nippons, ce qui est suffisamment rare pour être souligné. Elle y décrit le quotidien de psychiatres surmenés¹⁵ qui voient des patients quasiment tous les jours et reviennent souvent dans la salle commune, autour de seize heures, épuisés, après avoir vu entre quarante et soixante patients. Or, certains psychiatres témoignent de leur envie de pouvoir passer plus de temps avec les patients. Ce problème de temps a été retrouvé de façon systématique dans tous les hôpitaux psychiatriques universitaires où Kitanaoka Junko a effectué son terrain, d'où un fait indéniable : « Il est clair que le système institutionnel japonais en psychiatrie ne promeut en rien une atmosphère propice à la psychothérapie pour traiter la dépression »¹⁶. Au Japon, cette réalité est connue des professionnels et des patients, mais elle n'avait jamais été décrite à un niveau anthropologique.

L'auteure démontre que l'exercice de la psychothérapie est rendu difficile par l'organisation du travail et les contraintes temporelles et économiques¹⁷. Il nous revient de préciser que l'on reçoit moins de patients lorsque l'on pratique des psychothérapies (trente minutes), comparé à des consultations où une courte conversation s'assortit d'une prescription de psychotropes, ou d'un ajustement du traitement (cinq à dix minutes). Ici, diverses questions auraient mérité davantage de développements : les psychiatres sont-ils découragés de pratiquer les psychothérapies par le directeur de la clinique dans laquelle ils travaillent, et ce pour des raisons financières ? Dans cette optique, un biopsychiatre ou un neuropsychiatre qui reçoit six à dix patients par heure est plus rentable qu'un psychiatre-psychothérapeute qui en reçoit un ou deux. Bien que l'auteure ne réponde pas à cette question, il n'est pas improbable qu'elle puisse recevoir une

15. Voir à ce propos un article sur le surmenage des psychiatres japonais : UMENE-NAKANO Wakako *et al.*, "Nationwide Survey of Work Environment, Work-Life Balance and Burnout among Psychiatrists in Japan", *PLoS ONE*, 8(2): e55189, 2013.

16. KITANAOKA Junko, *op. cit.*, 2012, p. 151. Mais est-ce une question d'autorité du psychiatre ou de choix personnel ? Ou bien est-ce tout simplement qu'au regard de leur faible nombre, ils ne « peuvent » pas faire autrement ?

17. Ces contraintes sont plus généralement celles qui pèsent sur la médecine nipponne depuis au moins la seconde moitié du XX^e siècle. Par exemple en 1973, un médecin japonais consulte 65 patients par jour (9 heures travaillées) là où un Américain en consulte 17 (8,3 heures travaillées), tout en étant payé trois fois moins et en disposant de quatre fois moins de jours de congé qu'un médecin américain. Margaret LOCK, "Plea for Acceptance: School Refusal Syndrome in Japan", *Social Science & Medicine*, n° 23, 1986, p. 101.

réponse positive. Aussi, nous devons y associer d'autres interrogations : la psychothérapie est-elle vraiment conçue comme faisant partie de la « fiche de poste » du psychiatre ? La psychothérapie ne serait-elle pas plutôt déléguée à des subalternes, dont le temps de travail est moins coûteux : les psychologues ? S'il y avait une critique à adresser à l'auteure, ce serait celle de ne pas avoir décrit la place de la psychothérapie parmi les psychologues. Une enquête approfondie serait ici nécessaire, et elle demeure difficile dans la mesure où elle porterait sur des établissements privés qui composent l'essentiel du dispositif de santé mentale nippon¹⁸.

Une des limites que nous avons repérées dans son approche est l'absence de réflexions sur les aspects cliniques liés à la présence du transfert¹⁹ et du contre-transfert²⁰. Concrètement, ce que l'anthropologue observe – bien qu'elle ne le nomme pas ainsi – peut être nommé « transfert » : d'une part, l'énonciation diffère selon qu'elle est écrite (seul) ou orale (face à un autre incarné) ; et d'autre part, le discours de l'individu se subjectivise lorsqu'il est adressé à l'autre supposé savoir (le médecin-psychiatre). L'énoncé se transforme parce que le transfert s'inaugure et que le contenu de l'énoncé du sujet n'est pas le même lorsqu'il est face à une feuille ou face à une personne en présence réelle. Ce que démontre indirectement l'enquête ethnographique de Kitanaka Junko, c'est que le sujet et le transfert sont bien présents, mais les individus mettent en place des procédures/protocoles pour n'en rien savoir, et se concentrent uniquement sur les éléments communicationnels, étouffant malentendus et manifestations de l'inconscient. L'inconscient se manifeste, d'une manière ou d'une autre, via un sujet confronté à de puissantes normes.

Prenant l'exemple de la dépression, nous observons une construction genrée insolite : maladie de femmes en Occident, elle est autant féminine que masculine et électivement présentée comme celle du *sarariman* (サラリーマン) au Japon.

18. Davantage de détails sont disponibles dans un document du ministère de la Santé, disponible en anglais, et portant spécifiquement sur les institutions médicales et hospitalières. KŌSEI RŌDŌSHŌ, *Summary of Static/Dynamic Surveys of Medical Institutions and Hospital Report*, Tōkyō, Kōsei rōdōshō, 2010.

19. Voir notamment la discussion de cas autour du professeur Higashi. KITANAKA Junko, *op. cit.*, 2012, p. 187.

20. Voir le témoignage d'une psychiatre de trente-sept ans qui fondit en larmes alors qu'elle se souvenait du premier patient qu'elle avait « perdu » (suicide). *Ibid.*, p. 193-194.

Pour les hommes, c'est une dépression dont la cause est dans le nom : dépression par surtravail (*karō utsubyō* 過労うつ病), contrairement aux femmes qui ont peine à faire reconnaître un mal dont la cause demeure floue. Bien que les statistiques montrent qu'autant les femmes que les hommes sont touchés par la dépression, depuis son émergence dans les années 1990 les médias en font une maladie d'hommes, préférentiellement de *sararīman*. Ce stéréotype est renforcé par des programmes de la NHK (première chaîne de la télévision japonaise) consacrés aux femmes déprimées, mais qui s'intitulent « Les femmes aussi peuvent tomber en dépression »²¹, ce qui assoit la dépression d'abord comme une maladie d'hommes, et indique ensuite une reconnaissance partielle de la souffrance des femmes, systématiquement indexée sur celle des hommes. Le « travail » est central au sein d'une configuration japonaise résumable ainsi : la dépression masculine est causée par le travail et la dépression féminine est un lieu de lutte de pouvoir posé en rapport au travail (tâches domestiques, éducation des enfants, bénévolat ou autres activités). En effet, « bien des femmes, au cours des entretiens que j'ai eus avec elle, commençaient leur récit en décrivant leur quête désespérée de reconnaissance par les autres de ce qu'elles subissaient »²². Les médecins les présenteraient comme « indigestibles » ou bien diagnostiqueraient un déséquilibre du système nerveux autonome (*jiritsu shinkei shicchōshō* 自律神経失調症). La description anthropologique est ici remarquable et peut être considérée comme une nouveauté dans le champ scientifique. Toutefois, le lecteur apprécierait davantage de réflexions sur les aspects cliniques observés. Illustrons-le par une de ces vignettes cliniques résumée par nos soins.

Madame Nagano, bibliothécaire de 49 ans dont la dépression a commencé lorsqu'elle a été promue « chef » dans l'administration, lie certains changements professionnels à l'apparition d'insomnies et une perte de concentration. Inquiète de savoir s'il s'agissait là de signes de ménopause, elle a consulté une personne faisant autorité dans le champ de la psychiatrie psychosomatique qui lui a diagnostiqué un déséquilibre du système nerveux autonome. Pourtant, elle a d'abord essayé de lui parler de ses difficultés psychologiques et de couple, en lui disant qu'elle et

21. *Ibid.*, p. 207.

22. *Ibid.*, p. 222.

son mari avaient des personnalités incompatibles : le psychiatre l'a grondée sur-le-champ et lui a fait la morale en lui rétorquant qu'elle ne devrait pas dire des choses pareilles. Elle a continué le traitement avec lui, mais a fini par aller voir un psychothérapeute qui a déclaré que son problème était conjugal. Sa situation s'est détériorée. Le troisième interlocuteur consulté, un psychiatre, a prescrit autant de médicaments qu'elle le demandait, et elle a fini par souffrir d'effets secondaires liés au surdosage²³. Ce cas met en valeur la richesse du travail ethnographique, mais révèle également une limite de son approche déjà mentionnée : la faible élaboration des aspects cliniques et transférentiels. Notre lecture du cas invite en effet à la méfiance. Chaque praticien a reçu, un jour ou l'autre, un(e) patient(e) qui a « fait le tour des psys » : que signifie cette répétition de l'échec ? Évidemment, dans certains cas le praticien peut être incompétent, ou bien aucune entente n'est conclue entre les deux parties, ou bien aucun transfert ne s'opère. Mais si l'on met cela de côté, doit-on prendre au pied de la lettre ce que rapporte la patiente ? Ces questions étant posées, ne transposons pas hâtivement nos raisonnements correspondant à des situations françaises au contexte japonais : il est assez vraisemblable que l'accès à un praticien qui puisse fournir une écoute telle que nous nous la représentons en France soit difficile au Japon. Il y a des exceptions, bien sûr, mais c'est une réalité qui est systématiquement rapportée par les chercheurs²⁴. Dans ces conditions-là, et pour des raisons qu'il faudrait encore détailler, il semble qu'il y ait une difficulté générale à faire confiance aux médecins-psychiatres nippons et ce d'autant plus qu'ils sont de sexe masculin.

La troisième partie intitulée « Dépression et société » est composée de trois chapitres. Elle prolonge les deux précédentes via une étude sur la médicalisation de la mort par surtravail (*karōshi* 過労死), et une réflexion sur la situation contemporaine de la psychiatrie et son avenir. Pour la première fois, la psychiatrie japonaise est définie comme une biopsychiatrie avec conscience sociale et

23. *Ibid.*, p. 225.

24. Amy BOROVOY, "Japan's Hidden Youths: Mainstreaming the Emotionally Distressed in Japan", *Culture, Medicine and Psychiatry*, n° 32, 2008, p. 52-56. Susan D. HOLLOWAY, *Women and Family in Contemporary Japan*, New York, Cambridge University Press, 2010. Margaret LOCK, *op. cit.*, 1993.

sans psychothérapie. Dans ce sens, un des grands apports de cette partie réside dans l'argumentation de l'articulation des causalités biologique et sociale de la souffrance. L'auteure y démontre que, si les raisons professionnelles peuvent être évoquées partout dans le monde lorsque l'on parle de dépression, au Japon elles sont devenues les causes légitimes de la dépression²⁵. Ceci, en continuité avec la partie précédente, est une illustration parmi d'autres d'un processus continu de renforcement des inégalités de genre. En effet, si la dépression est légitimée par les conditions de travail, ceux qui ne travaillent pas n'ont aucune raison de déprimer : c'est donc ici les femmes au foyer qui sont particulièrement visées. Or, pour remédier à cela, une alternative a été trouvée par les féministes : celle de revendiquer que les femmes au foyer produisent un travail, et que ce travail domestique doit être rémunéré. Si cette revendication n'est pas associée directement à la question de la dépression – elle est beaucoup plus large et concerne aussi les difficultés pouvant surgir au moment du divorce – logiquement, elle permet alors de reconnaître qu'elles peuvent être en dépression. Le prix à payer est le suivant : pour pouvoir se dire, et être reconnu, comme « déprimé », il est indispensable d'inclure sa souffrance dans une rhétorique où la notion de travail est centrale. Une causalité qui recourt au « travail », en tant que valeur, doit être invoquée.

L'anthropologue évoque l'ouverture de l'ère d'une « psychiatrie biologique et scientifique "socialement consciente" »²⁶, ce qui correspond sans doute à la situation japonaise. Néanmoins, cette nouvelle psychiatrie incluse dans une « science du travail » demeure difficile à penser. Elle peut soit évoluer en un système de *management* biologique et de surveillance aux fins de sélection de ceux qui sont aptes et inaptes au système du travail, soit contribuer à créer un espace plus humain pour les malades mentaux sur le lieu de travail²⁷.

Dans l'ensemble, l'ouvrage est d'une qualité remarquable et bien que quelques questions demeurent en suspens, ceci peut aussi être perçu comme un des atouts d'une recherche qui ne pouvait pas répondre à toutes les questions suscitées. Kitanaka Junko inaugure l'histoire et l'anthropologie de la psychiatrie japonaise

25. KITANAKA Junko, *op. cit.*, 2012, p. 233-235.

26. *Ibid.*, p. 280.

27. *Ibid.*, p. 288.

selon une perspective inédite et particulièrement riche d'enseignements. Ses travaux sur la dépression, le suicide et la mort par surtravail doivent faire l'objet de recherches supplémentaires, portant sur d'autres thèmes et pathologies psychiatriques. Cet ouvrage signe le début d'un approfondissement de notre compréhension du discours des psychiatres nippons, du témoignage de leurs patients, et invite à être poursuivi par des travaux en histoire et anthropologie de la psychologie clinique.

Nicolas TAJAN
université de Kyōto