

Jacques Prévert, ressuscité ?

Apport de l'histoire de la médecine *

*Was Jacques Prévert resurrected ?
The contribution of medical history*

par Dominique MABIN **

L'accident dont a été victime Jacques Prévert, le 12 octobre 1948, aurait pu lui être fatal, ou entraîner de lourdes séquelles. Cette étude n'aborde que les aspects médicaux. Elle est destinée à compléter, préciser, voire rectifier les données biographiques dont on dispose. Après un rappel des faits, une analyse des causes de l'accident et un bilan des séquelles, nous discuterons l'affirmation de Prévert selon laquelle il aurait eu un coma dépassé (1). L'histoire de la médecine nous aidera à prendre position sur un sujet clinique aussi sensible quant à ses conséquences médicales et éthiques.



Fig. 1 : Prévert en 1948

Après avoir déjeuné en compagnie d'Alexandre Trauner et de Nicolas Bataille, le trio est rejoint par Pierre Prévert et Joseph Kosma. Ils se rendent au bureau 102 de la Radiodiffusion française situé 116, avenue des Champs-Élysées, invités par Simone Dubreuilh, responsable de l'émission de cinéma *Actualités de Paris*, pour parler du *Petit Soldat*, dessin animé de Paul Grimault, et d'*Hécatombe*, scénario en attente de réalisation. Pierre Sabbagh, producteur de l'émission, et le journaliste Henri-François Rey sont présents. Tournant le dos à la rue, et face aux assistants, Prévert, tout en bavardant, s'appuie légèrement à la porte-fenêtre qui s'ouvre brusquement. Selon le témoignage d'Henri François Rey au commissaire de police du huitième arrondissement (2) Prévert perd l'équilibre et bascule dans le vide, tente "de reprendre appui sur la plaque en tôle" qui supporte l'enseigne du cinéma des Champs-Élysées, mais la tôle cède. Il se raccroche un instant, puis tourne sur lui-même et s'abat sur le trottoir, cinq mètres plus bas, "sa tête

* Séance de janvier 2018.

** 8, rue de la Caillibotais, 35800 Dinard.

portant directement sur le macadam". L'importance des forces de l'ordre déployées pour contenir la foule venue acclamer le boxeur Marcel Cerdan de retour des États-Unis, a permis une prise en charge rapide du blessé. Celui-ci est conduit dans un car de police secours à l'hôpital Marmottan, proche de la place de l'Étoile (3). L'équipe des urgences, sous la responsabilité du docteur Jean Debeyre, est composée d'un interne, Jacques Duparc, et d'un externe Jacques Breuzard. L'interne, puis le docteur Debeyre qui terminait une intervention, constatent un coma profond chez un polytraumatisé qui interdit tout transfert dans la clinique privée du Docteur Leibovici, ami de Prévert. Le pronostic vital est engagé. Dans la soirée, une douzaine de médecins se penchent sur la victime. Le Docteur Guillaume, neurochirurgien de renom, est appelé par le docteur Debeyre pour se prononcer sur l'important traumatisme crânien avec coma (4).

Le bilan radiologique décèle trois fractures : - une fracture grave de la base du crâne avec une grave commotion cérébrale, accompagnée d'une hémorragie méningée traumatique ; - une fracture de trois côtes avec enfoncement thoracique, et lésion de la plèvre et du poumon sous-jacents ; - une fracture de l'humérus gauche, accompagnée d'une paralysie radiale (5). La fracture de l'humérus bénéficia d'un enclouage et d'un plâtre. On ignore le traitement des fractures de côtes et de l'enfoncement thoracique. En général, si l'enfoncement n'est pas trop important, on n'intervient pas. Les complications sont un pneumothorax (air libre dans la cavité pleurale entre le poumon et la paroi thoracique) qui, s'il est minime, est négligé ; s'il est important, il est drainé. Un hémithorax se traduit par une douleur et un crachement de sang ; une ponction ou un drainage seront faits selon l'importance. S'il y a un hémio-pneumothorax, la gêne respiratoire est grave (hypoxie) ; le pronostic vital est engagé, même de nos jours. Quant à la fracture du crâne, elle reste sous surveillance, sauf s'il y a une embarrure, afin de dépister un hématome extra-dural dans les heures à venir, ou un hématome sous-dural aigu, ou un sous-dural chronique. La gravité de l'état de Prévert ouvrait toutes ces perspectives. Enfin, du sang coulait du nez, de la bouche et des oreilles (6). La fracture de la base du crâne pouvait faire craindre une fracture du rocher avec un risque de paralysie faciale. Ce ne fut pas le cas. Le sang des oreilles provenait donc du nez et de la bouche.

L'accident de l'écrivain a un retentissement considérable dans la presse. La chambre du blessé est interdite durant une semaine, même à ses proches. Au 10ème jour, Prévert sort du coma, et recouvre progressivement ses fonctions cognitives. Il garde la chambre durant cinq semaines. Une première et brève sortie est autorisée le 17 novembre. Il suit une convalescence dans la clinique Remy de Gourmont, aux Buttes-Chaumont, sous la surveillance du docteur Leibovici. Elle se poursuivra à Saint-Paul-de-Vence, avec une rééducation active, à partir de février 1949.

Le docteur Denet, chirurgien expert près le tribunal de la Seine, conclut à une incapacité totale et absolue de travail (ITT) du 12 octobre 1948 au 1er juillet 1949, suivie d'une incapacité temporaire partielle (ITP) de 35 % du 1er juillet 1949 au 7 juillet 1951, et, enfin, d'une incapacité permanente partielle (IPP) de 18 % (7).

Les causes de l'accident sont au nombre de quatre : 1. La porte-fenêtre qui aurait dû être verrouillée ne l'était pas. Un faible appui suffisait alors pour l'ouvrir. 2. L'ouverture de la fenêtre se faisait vers l'extérieur, ce qui est interdit. 3. Le garde-corps était absent. L'occupant allemand l'avait retiré en 1940 afin d'installer une mitrailleuse pour surveiller les Champs-Élysées et l'Avenue Georges V. Il n'avait pas été remis après la guerre. 4. La hauteur de la chute du premier étage estimée à 5 m est due au fait que l'entrée du cinéma était au-dessous de l'appartement. Avec une certaine malveillance, un dernier

facteur fut avancé : l'état éthylique de Prévert au moment de l'accident puisqu'il venait de déjeuner avec deux amis. Les témoins protestèrent violemment. Deux arguments vont dans ce sens. Dans sa chute, Prévert a tenté de s'accrocher à l'enseigne lumineuse du cinéma. S'il avait été ivre, il serait tombé directement sur le sol sans rien faire. Le second argument est lié à la hauteur de l'indemnité de 100 000 Francs (nouveaux) de dommages et intérêts qu'il demandait et qu'il obtint des juges d'appel en février 1960, après avoir été débouté dans un premier temps par la 1ère chambre du tribunal civil, douze ans après l'accident (8). La société propriétaire de l'immeuble était évidemment coupable de négligences graves, mais ses avocats auraient certainement argué d'une ivresse, si tel avait été le cas, soit pour se disculper, soit pour réduire l'indemnité. Ni la police ni les témoins n'ont fait état d'une ébriété. Après l'accident, un garde-corps intérieur fut posé.

On n'est pas renseigné sur d'éventuelles séquelles motrices. La broche et le plâtre consolidèrent la fracture de l'humérus. On ne reparle plus de la paralysie radiale, mais "d'un traitement à l'électricité" (9), qui était peut-être destiné à la stimulation du nerf et des muscles. Prévert a-t-il conservé des douleurs thoraciques liées aux fractures et au volet costaux ? La respiration a-t-elle été altérée ? En fait, les conséquences sont essentiellement cérébrales : fatigue, difficultés de concentration, irritabilité, perte du goût de l'effort, ralentissement temporaire des idées, retard pour terminer un travail. Le préjudice professionnel fut important, car durant deux ans, Prévert "n'a presque pas pu travailler", écrit René Bertelé, et a dû refuser de nombreuses propositions du fait des séquelles de son traumatisme. Quoi qu'il en soit, il n'y eut pas de déficit moteur d'origine cérébrale, ni de crises d'épilepsie post-traumatique.

Un point mérite d'être soulevé et discuté ; il justifie cette étude. Il concerne les propos tenus par Prévert à André Pozner, et publiés dans un chapitre ajouté à l'édition de 1982 d'*Hebdromadaires* (10) : "Dans le temps, dit Pozner, on considérait qu'un homme, quand son cœur cessait de battre, était mort. Aujourd'hui, on considère qu'un homme est mort quand son cerveau a fini de fonctionner". "Moi, répond Prévert, il se trouve qu'un jour, je suis tombé d'une fenêtre de la Radio française qui n'avait pas de garde-fou (c'est le cas de le dire) et en même temps je suis tombé dans le coma. Ce coma était dépassé, et mon électroencéphalogramme était plat. Tout ce qu'il y a de plat. Raymond Leibovici, qui m'a sauvé, m'a dit plus tard : "Tu étais mort !". Il riait ; moi, je riais aussi. Le mot qui explique cet état, je l'ai appris ce jour-là, c'est *anabiose*. Si je n'avais connu un médecin qui était un ami, si j'avais été quelqu'un d'autre, peut-être qu'aujourd'hui, mon cœur (...) battrait – pour un temps assez restreint paraît-il – dans une autre poitrine". Dans les notes préparatoires à *Hebdromadaires* figure un manuscrit de Prévert intitulé "Anabiose", dédié sans doute à son ami Raymond Leibovici, qui confirme les propos précédents : "Depuis septembre 48, on peut dire que tout ce que j'ai écrit, c'est des "œuvres" [...] posthumes. Tombé d'une fenêtre, j'ai eu par la suite deux encéphalogrammes plats et deux comas prolongés. J'étais donc, d'après les derniers règlements, semble-t-il, "bel et bien mort". Bien sûr [...] les miens n'auraient [*sic*] sans aucun doute refusé de léguer mon cœur à je ne sais quel père Billancourt ou autre cobaye de la mort, mais tout de même, j'ai eu de la chance (11)". Les termes de cette déclaration sont justes, avec quelques nuances, mais ils sont anachroniques et ne concernent pas l'état de Prévert. Ils ont trait à la mort cérébrale et au prélèvement d'organes en vue de greffe. Rappelons-en les étapes. Les critères d'établissement de la mort cérébrale remontent à 1959 dans la première publication mondiale confiée à la *Revue Neurologique*, avec pour titre : "Le coma dépassé", état qui se situe au-delà des comas les plus profonds et qui est irréversible (12). Sa mise en évidence est

rendue possible grâce aux progrès de la réanimation neuro-respiratoire qui maintient en vie artificiellement des patients qui, laissés à leur sort, seraient décédés.

L'appellation de mort cérébrale est maintenant préférée à celle de coma dépassé, parce qu'elle signifie, sans aucune restriction, que le sujet est mort alors même que son cœur bat. Les critères admis unanimement sont cliniques et fournis par des examens complémentaires : - soit la nullité de l'électroencéphalogramme (EEG) constatée sur deux tracés d'une durée d'au moins une demi-heure, séparés par un intervalle d'au moins quatre heures ; - soit un arrêt total de la circulation cérébrale vérifié par l'artériographie cérébrale, ou d'autres techniques.

Le diagnostic de mort cérébrale une fois posé et sans aucune restriction, deux décisions doivent être prises : arrêter la respiration artificielle ou faire une transplantation d'organes si elle est possible et acceptée par la famille et non refusée par le patient de son vivant. Une législation récente écarte l'obligation de l'accord familial, même si, dans la réalité, l'accord est, ou devrait être, toujours demandé, ce qui humainement est préférable.

En 1948, il n'y avait pas de service de réanimation médicale ni chirurgicale. Le traitement actuel des traumatisés crâniens graves plonge la personne en coma artificiel à l'aide de psychotropes à doses élevées, ou dans un état d'hypothermie afin de diminuer les besoins du cerveau en oxygène et en glucose, le temps de juguler l'œdème lié aux lésions cérébrales. Le recours à l'intubation trachéale ou à la trachéotomie et à la ventilation artificielle est obligatoire. D'un autre côté, l'appréciation de la profondeur des comas (stades, scores), n'était pas établie. On se basait sur la clinique, la ponction lombaire (mais risquée) et le petit matériel du neurologue : marteau à réflexe, ophtalmoscope, lampe de poche, épingle de nourrice ! L'affirmation d'un coma dépassé, avec EEG plat, "tout ce qu'il y a de plus plat", est donc erronée (13). En effet, ce diagnostic exige une respiration artificielle avec des respirateurs efficaces qui n'apparurent qu'au début des années 1950, et auxquels il fallait joindre, par précaution, des contrôles gazométriques sanguins répétés. Le tracé EEG plat n'est pas dû uniquement à la mort cérébrale : on le rencontre aussi dans les comas barbituriques et autres psychotropes à hautes doses, et dans l'hypothermie. Mais dans ces deux cas, le tracé n'est pas toujours plat de façon continue, et, surtout, il est réversible (14).

Prévert bénéficia-t-il d'EEG ? Il est probable que non. Tous les hôpitaux n'en disposaient pas encore à cette époque, comme la Salpêtrière. Cet examen exige un cuir chevelu intact. Or l'épouse de Prévert constata que la tête du blessé était casquée de pansements, ce qui interdit tout enregistrement. Quant à l'affirmation de l'existence de "deux comas prolongés", elle est surprenante, car elle n'apparaît pas dans l'observation clinique. Le coma dura 10 jours, et il eut l'évolution habituelle des comas traumatiques, c'est-à-dire passant d'un état profond vers un état allégé plus ou moins confusionnel, puis le réveil.

Le dernier point concerne la transplantation cardiaque. La première transplantation en France et en Europe fut réalisée le 27 avril 1968 par le Pr C. Cabrol, à l'hôpital de la Pitié, quatre mois après la première réussite au monde par le Pr C. Barnard au Cap. Le patient de Cabrol âgé de 66 ans ne survécut que durant 53 heures. L'enthousiasme créé par cette technique entraîna une centaine d'interventions dans le monde l'année suivante. Mais cet élan fut rapidement freiné du fait de la mort rapide des patients à cause du rejet du greffon. Certains considéraient les transplantations comme non éthiques. Ce n'est qu'à partir de 1982 que les greffes reprurent grâce aux propriétés immunosuppressives de la *Ciclosporine A* qui prévenait le rejet des allogreffes.

Jacques Prévert s'est donc tenu au courant des découvertes médicales. Il n'a fait qu'imaginer rétrospectivement avoir eu des "électroencéphalogrammes plats" et un

“coma dépassé” qui aurait pu inciter les médecins, si la greffe du cœur avait déjà à l'époque été pratiquée, à prélever le sien en vue d'une greffe. Il joue du vocabulaire technique pour se présenter comme un mort-vivant, ce qui est abusif. En écho aux paroles de son ami, Yves Tanguy fait de lui une sorte de Fantomas enjambant les toits de Paris, lorsqu'il écrit d'Amérique, le 9 octobre 1950 à André Heinrich : “Il avait donc décidé-ment la vocation de passer à travers les fenêtres (15)”. Il rappelle ainsi sur le mode ironique une première chute de Jacques Prévert en 1925, sans commune mesure avec celle de 1948. Au cours d'une promenade nocturne en Torpédo avec Marcel Duhamel, Yves Tanguy est impressionné par le mur sombre de la prison de la Santé. À son retour, il s'enferme pendant deux jours dans sa chambre, une ancienne courette recouverte, à l'arrière de la maison, pour peindre son premier tableau à l'huile. Dévoré de curiosité, Jacques Prévert cherche à voir le travail de son ami. Il enjambe la fenêtre de sa propre chambre, située au premier étage, se laisse glisser sur le toit de celle d'Yves Tanguy jusqu'à la verrière qui s'effondre sous son poids, et atterrit sur le chevalet qui se brise tandis que la toile s'aplatit sur la palette. Prévert est indemne et Tanguy restaure le seul accidenté de l'aventure, le tableau *Rue de la Santé* (16).

Cet exemple montre qu'il faut rester vigilant face à tous les témoignages dont se nourrit une biographie, y compris les souvenirs qui émanent de celui dont on raconte la vie. À partir d'un événement qui aurait pu lui être fatal, Jacques Prévert rapporte des faits qu'il n'aurait pu vivre que vingt ans plus tard. La forte émotion liée à ce souvenir explique-t-elle cette part fictionnelle, ou bien Prévert a-t-il simplement reconstruit cet épisode à partir d'informations glanées dans les actualités des années ultérieures ? Quoi qu'il en soit, l'histoire de la médecine permet de faire progresser notre connaissance de la biographie de l'auteur et de rétablir la vérité sur un sujet médical sensible (17).

NOTES

- (1) La biographie d'Yves COURRIÈRE, malgré ses partis pris et des lacunes et inexactitudes, nous servira de guide, *Jacques Prévert*, Gallimard, 2000, 719 p.
- (2) Rapporté par Courrière, p. 586.
- (3) Jean-Claude LAMY signale que Pierre Bergé, le futur P.D.G. d'Yves Saint-Laurent, fut le témoin de la chute de Prévert, *Prévert, les frères amis*, Robert Laffont, 1997, p. 267.
- (4) Les médecins qui accueillirent Jacques Prévert aux urgences de Marmottan eurent une carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire brillante. Le plus emblématique dans ce contexte dramatique fut J.-M. Guillaume, provenant de la faculté de Strasbourg, neurologue consultant de Thierry de Martel, élève de Babinski, lui-même élève préféré de Charcot. Travailleur acharné, il se forma à la technique neurochirurgicale. On lui confia la direction de la section neurochirurgicale du service de chirurgie générale d'Antonin Gosset à la Salpêtrière. Il créa une véritable unité neurochirurgicale avec un bloc opératoire autonome. En 1948, il y eut la création officielle de la neurochirurgie dans les hôpitaux de Paris. J.-M. Guillaume fut l'un des quatre neurochirurgiens nommés sur titre à ce premier concours. Il devint chef d'un service autonome à la Salpêtrière en 1949, créant une école qui forma de nombreux neurochirurgiens français et étrangers. Lorsqu'il fut appelé au chevet de Prévert, il venait donc d'être nommé neurochirurgien des hôpitaux de Paris, il avait déjà acquis un grand renom. Son œuvre scientifique fut considérable, jointe à une activité opératoire intense. Ce passionné de l'acte chirurgical mourut brutalement à l'âge de 56 ans, en 1959 (Jacques PHILIPPON - Histoire de la neurochirurgie à la Pitié-Salpêtrière, *Histoire des sciences médicales*, t. 31, 2, 173-179). Quant aux autres médecins présents aux urgences de Marmottan ce jour-là, le Docteur Alain Mouchet, chirurgien des hôpitaux, était professeur de chirurgie générale, spécialisé dans la chirurgie digestive. Jean Debeyre (1910-1996) devint professeur de chirurgie orthopédique au CHU de Créteil. C'est lui qui traita la fracture de l'humérus de Prévert. L'interne Jacques Duparc (1929) est professeur

DOMINIQUE MABIN

honoraire de chirurgie orthopédique et traumatologique de la Faculté de médecine Xavier Bichat (Université Paris VII). Il joua un rôle majeur dans la chirurgie orthopédique.

- (5) Archives Pierre Assouline, citées par COURRIÈRE, p.587.
- (6) COURRIÈRE, p. 586.
- (7) COURRIÈRE, p. 588.
- (8) LAMY, p. 268.
- (9) COURRIÈRE, p. 590.
- (10) Prévert n'a pas envie de parler de lui mais "de la presse". "Ce qui serait intéressant, c'est de questionner les hebdomadaires [...] ; il serait bon d'ajouter quelques commentaires". Cela s'appellera finalement *Hebdomadaires*. Prévert ne se limite pas aux hebdomadaires, mais puise dans ses réserves de coupures de presse.
- (11) PRÉVERT Jacques - *Œuvres complètes*, édition de Danièle GASIGLIA-LASTER et Arnaud LASTER, t. II, Textes divers (1929-1977), n.1 de la p. 98 ; allusion au père Boulogne greffé en mars 1968, et qui survécut 17 mois.
- (12) MOLLARET P., GOULON M. - Le coma dépassé, *Rev. Neurol.*, 1959, 101, 1, 3-15. Les critères unanimement admis pour définir un coma dépassé sont les suivants :
 1. critères cliniques : abolition totale de la conscience ; mydriase bilatérale ; abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ; abolition de la respiration spontanée malgré le développement, à l'arrêt du respirateur, d'une hypercapnie ; absence de médicaments déprimeurs du système nerveux central ; température au voisinage de sa valeur normale ; absence de certaines maladies métaboliques ou endocriniennes connues pour leur capacité à fausser l'interprétation des critères fondamentaux. Ces critères doivent être tous réunis durant un temps suffisant.
 2. critères fournis par les examens complémentaires : soit nullité de l'EEG ; soit un arrêt total de la circulation cérébrale.
- (13) L'application de l'EEG chez l'homme commença au milieu des années 30, mais les connaissances se développèrent surtout après la guerre, notamment en épileptologie, et dans la surveillance des comas. La classification electroclinique de Fischgold et Mathis (1959) distingue 4 stades de comas : le stade I est le moins profond, à la limite de la veille ; le stade IV est le plus profond avec des troubles végétatifs, à ne pas confondre avec la mort cérébrale. Les principaux travaux sur les aspects EEG des comas traumatiques datent du début des années 70. Les laboratoires français eurent un rôle pionnier.
- (14) Le 1er septembre 1954, à l'hôpital Claude Bernard, à Paris, fut appliquée pour la première fois en France, dans le service de la Clinique des maladies infectieuses du professeur Pierre Mollaret, la ventilation mécanique à pression positive intermittente destinée au traitement des formes respiratoires de la poliomyélite. Dès lors, se développa le concept de réanimation telle que nous l'entendons actuellement. La poliomyélite fut le starter de la réanimation (GOULON Maurice - *La réanimation, naissance et développement d'un concept*, Maloine, 2004, 345 pages).
- (15) *Album Jacques Prévert*, Gallimard, 1992, p. 40.
- (16) Informations et précisions fournies par Renée Mabin, que je remercie.
- (17) Cette étude a été faite à la suite d'une question d'Arnaud Laster, qui partage avec Danièle Gasiglia-Laster, son épouse, la responsabilité de l'édition des œuvres de Jacques Prévert, dans la collection de la Pléiade citée en référence dans notre note 11. Trouvant les propos de Prévert sur son coma très troublants, il sollicita mon avis, en conséquence duquel une note fut ajoutée dans l'édition 2016 du tome II (p. 1508) qui rétablit les faits. Yves Courrière, lui, n'a exprimé, dans sa biographie aucune réserve ni étonnement sur les propos de Prévert.

RÉSUMÉ

À la suite d'un traumatisme crânien grave survenu en octobre 1948, Jacques Prévert affirme qu'il aurait eu un "coma dépassé". Cette étude fait appel à l'histoire de la médecine pour établir la vérité sur un sujet aussi sensible.

SUMMARY

Following a serious head injury which happened in October 1948, Jacques Prévert asserts that he would have been in "brain death". This essay resorts to history of medicine so as to establish the truth on a sensitive subject.