

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2015

N° :

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat

Mention : D.E.S de Psychiatrie

PAR

CLAUSS Julie

née le 18/04/1986 à Sarreguemines (France)

Titre de la thèse :

**Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de
l'introduction de la notion de schizophrénie à la Clinique Psychiatrique Universitaire
des Hôpitaux de Strasbourg (1912-1962)**

Président de thèse : Professeur Anne DANION-GRILLIAT

Directeur de thèse : Professeur Christian BONAHE

A Madame le Professeur Anne Danion-Grilliat,

Sans vous, ce travail de thèse n'aurait jamais vu le jour. Mue par votre passion pour l'histoire et vos convictions, vous l'avez initié ainsi que plus globalement le projet de recherche qui existe aujourd'hui autour du fonds d'archives « retrouvé » de la Clinique psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Vos remarques pertinentes et vos conseils ont régulièrement nourri mon travail et vous avez toujours été à l'écoute et bienveillante. Vous m'avez, par ailleurs, offert l'opportunité de poursuivre cette belle aventure de recherche en me proposant un poste au sein de votre pôle. Vous savez déjà toute ma reconnaissance mais je souhaite vous la témoigner encore une fois. Merci pour tout ce que vous avez fait et pour avoir accepté de présider ma thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Marie Danion,

Vous avez manifesté un intérêt pour mon travail de thèse et plus globalement pour le projet de recherche dans lequel il s'intègre. J'ai beaucoup apprécié les discussions que nous avons eues à ce propos, à l'occasion desquelles vos remarques se sont toujours avérées constructives et enrichissantes. Non seulement, ce travail vous a intéressé, mais vous l'avez aussi soutenu et vous m'avez offert l'opportunité de le poursuivre en occupant un poste dans votre service après mon internat. Sachez que tout ce que vous avez fait m'a beaucoup touchée et je souhaite vous témoigner toute ma reconnaissance. Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet,

Ayant été interne dans votre service pendant un an, j'ai beaucoup apprécié travailler avec vous. Vous avez manifesté un intérêt pour ce travail de thèse. Les discussions régulières que nous avons eues à ce propos et d'une façon plus générale autour de l'histoire de la psychiatrie et de la question des nosographies ont toujours été des plus enrichissantes et ont fait avancer ma réflexion. Je vous en suis reconnaissante et vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A Monsieur le Professeur Volker Hess,

Vos connaissances pointues et vos compétences dans l'exploitation des archives médicales ont été la clé de voûte de mon travail. Chacun de vos conseils a été des plus précieux et vous vous êtes toujours montré disponible et patient. Par ailleurs, vous m'avez offert une opportunité que jamais je n'aurais osé espérer. Je souhaite vous témoigner toute ma reconnaissance et vous remercie d'avoir accepté de faire le déplacement depuis Berlin pour juger mon travail de thèse.

A Monsieur le Professeur Christian Bonah,

Merci d'avoir dirigé mon travail de thèse. Ce fut une très belle aventure. Vous avez été présent, patient et toujours soutenant, y compris dans les moments de doute. Vous avez su me transmettre votre enseignement et me guider par un véritable compagnonnage sur les chemins de l'histoire des sciences. J'ai beaucoup apprécié la passion et la conviction avec laquelle vous exercez votre métier. Je souhaite vous témoigner toute ma reconnaissance pour cela.

A Monsieur le Docteur Erik-André Sauleau,

Merci de m'avoir reçue et d'avoir éclairé mon travail.

A Monsieur Schaeffer,

Merci pour votre disponibilité, votre patience et votre pédagogie.

A mes parents,

Il n'y a pas de mots assez forts pour vous exprimer mon immense gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis toujours et tout le bonheur que vous m'avez apporté. Je vous remercie d'avoir été présents et soutenant tout au long de mon internat et de la préparation de cette thèse. Et bien entendu, pour tout le reste.

A ma sœur,

Merci pour ton soutien, tes conseils et tes leçons d'utilisation du logiciel Excel.

A mes grands-parents, à ma famille,

Merci pour votre soutien.

A mon compagnon,

Merci pour ton soutien sans faille, ta patience à toute épreuve, tes précieux conseils et tes relectures avisées.

Table des matières

Introduction	21
 1. La Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg	25
1.1. <i>La création de la clinique</i>	25
1.1.1. L'installation de la Kaiser-Wilhelms-Universität	25
1.1.2. Etat des lieux de la psychiatrie en Alsace jusqu'à la Guerre Franco-prussienne de 1870	27
1.1.3. Les débuts de la psychiatrie universitaire à Strasbourg.....	28
1.2. <i>Les jalons importants de l'histoire de la Clinique (1912-1962)</i>	30
1.2.1. La construction d'un nouveau bâtiment.....	31
1.2.2. La séparation des chaires de neurologie et de psychiatrie.....	32
1.2.3. La Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg pendant la Seconde Guerre Mondiale ..	32
1.2.4. La réforme de la sectorisation	34
1.3. <i>Les différents titulaires de la chaire (1875-1982)</i>	35
1.3.1. Richard von Krafft-Ebing (1840-1902)	35
1.3.2. Friedrich Jolly (1844-1904).....	36
1.3.3. Carl Fürstner (1848-1906).....	37
1.3.4. Robert Wollenberg (1862-1942)	38
1.3.5. Charles Pfersdorff (1875-1953).....	39
1.3.6. August Karl Boström (1886-1944).....	40
1.3.7. Eugène Gelma (1882-1953)	41
1.3.8. Théophile Kammerer (1916-2005).....	41
 2. Le spectre diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg (1912-1962).....	44
2.1. <i>Objectif</i>	44
2.2. <i>Matériel et méthode</i>	45
2.2.1. Matériel	45

2.2.2.	Méthode	46
2.2.2.1.	Explorer les archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg	46
2.2.2.1.1.	La « redécouverte » des archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg	47
2.2.2.1.2.	Inventaire et description	48
2.2.2.1.2.1.	Les dossiers médicaux de patients	48
2.2.2.1.2.2.	Les registres d'admission	53
2.2.2.1.2.3.	Les index	56
2.2.2.1.2.4.	Les livres de la loi	57
2.2.2.1.3.	Fonctionnement général du système d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962	60
2.2.2.2.	Choix de la source pour le recueil du matériel	62
2.2.2.3.	Le recueil des données	64
2.2.2.4.	Construction de la grille de regroupement diagnostique.....	65
2.2.2.5.	Application de la grille de regroupement diagnostique	74
2.2.2.6.	Analyses statistiques	75
2.3.	<i>Résultats</i>	75
2.3.1	Les psychoses	76
2.3.1.1.	Les catégories diagnostiques renvoyant à la notion de démence précoce	77
2.3.1.1.1.	La catégorie diagnostique « démence précoce ».....	77
2.3.1.1.2.	La catégorie diagnostique « démence précoce, forme paranoïde ».....	78
2.3.1.1.3.	La catégorie diagnostique « démence précoce, forme catatonique ».....	79
2.3.1.1.4.	La catégorie diagnostique « Démence précoce, forme hébéphrénique »	80
2.3.1.1.5.	Synthèse des catégories faisant référence à la démence précoce	81
2.3.1.2.	Les catégories diagnostiques renvoyant à la notion de schizophrénie	82
2.3.1.2.1.	La catégorie diagnostique « schizophrénie »	82
2.3.1.2.2.	La catégorie diagnostique « schizophrénie, forme paranoïde »	83
2.3.1.2.3.	La catégorie diagnostique « schizophrénie, forme catatonique »	84

2.3.1.2.4.	Synthèse pour les catégories renvoyant à la notion de schizophrénie	85
2.3.1.3.	La catégorie diagnostique « catatonie ».....	86
2.3.1.4.	La catégorie diagnostique « hébéphrénie »	87
2.3.1.5.	La catégorie diagnostique « paraphrénie »	88
2.3.1.6.	La catégorie diagnostique « paranoïa »	89
2.3.1.7.	Les catégories diagnostiques renvoyant à la notion de psychose maniaco-dépressive.....	90
2.3.1.7.1.	La catégorie diagnostique « Psychose maniaco-dépressive »	90
2.3.1.7.2.	La catégorie diagnostique « manie »	91
2.3.1.7.3.	La catégorie diagnostique « hypomanie »	92
2.3.1.7.4.	La catégorie diagnostique « cyclothymie »	93
2.3.1.7.5.	La catégorie diagnostique « état mixte »	94
2.3.1.7.6.	Synthèse pour les catégories renvoyant à la notion de psychose maniaco-dépressive ..	95
2.3.1.8.	La catégorie diagnostique « psychose »	96
2.3.1.9.	La catégorie diagnostique « psychose puerpérale »	97
2.3.1.10.	La catégorie diagnostique « bouffée délirante aiguë ».....	98
2.3.1.11.	Les autres catégories diagnostiques appartenant à la nosologie française	99
2.3.2.	Les névroses.....	100
2.3.2.1.	La catégorie diagnostique « hystérie ».....	100
2.3.2.2.	La catégorie diagnostique « hypochondrie »	101
2.3.2.3.	La catégorie diagnostique « névrose »	103
2.3.3.	Le concept de dégénérescence et sa lignée	104
2.3.3.1.	La catégorie diagnostique « dégénérescence »	104
2.3.3.2.	La catégorie diagnostique « psychopathie »	105
2.3.3.3.	La catégorie diagnostique « personnalité »	106
2.3.4.	Dépressions.....	107
2.3.4.1.	La catégorie diagnostique « dépression »	107
2.3.4.2.	La catégorie diagnostique « mélancolie »	108
2.3.5.	La paralysie générale	110

2.4.	<i>Discussion</i>	111
3.	Le déroulement de l'introduction et de l'implantation de la notion de schizophrénie dans la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1922 à 1932	115
3.1.	<i>L'hypothèse d'une rupture entre les notions de démence précoce et de schizophrénie</i>	115
3.2.	<i>De la notion à la réalité clinique</i>	120
3.2.1.	La notion de démence précoce.....	121
3.2.2.	La schizophrénie	127
3.2.3.	Synthèse.....	132
3.3.	<i>Au cœur de la rupture (1923-1928)</i>	134
3.3.1.	Une certaine confusion diagnostique	134
3.3.1.1.	Quand les repères diagnostiques s'estompent	135
3.3.1.2.	Quand les repères diagnostiques s'intervertissent	138
3.3.1.3.	Quand les deux dénominations diagnostiques se retrouvent côte à côte	139
3.3.2.	Les déments précoces sont devenus schizophrènes	141
3.3.3.	Le diagnostic de schizophrénie au-delà des frontières de celui de démence précoce	144
3.4.	<i>Importance du contexte local</i>	149
	Conclusion	159
	Annexes	165
	Bibliographie	169

Introduction

Dans le domaine de la psychiatrie, les nosographies sont régulièrement remaniées. Leurs catégories peuvent ainsi être remodelées ou encore disparaître tandis que de nouvelles voient le jour décrivant ainsi un perpétuel mouvement de déconstruction - construction. Cela est le reflet d'une dynamique propre au développement de tout savoir scientifique.¹ De nouvelles connaissances sont toujours produites qu'elles s'inscrivent dans une continuité ou qu'elles rompent avec celles préexistantes. Cependant, ce fréquent remaniement nosographique semble avoir un autre ressort : l'absence actuelle de définition de la plupart des entités morbides psychiatriques par une cause au sens d'une lésion, soit d'une anomalie organique bien déterminée et décelable de façon systématique. Non seulement cette lacune lésionnelle qui nargue la discipline depuis plusieurs siècles est source de modifications régulières à l'intérieur même des nosographies mais elle génère également la multiplication de ces dernières malgré des efforts depuis un demi-siècle pour produire des classifications diagnostiques consensuelles. Elle laisse le champ libre à la diversification des hypothèses étiopathogéniques explicatives, chacune pouvant venir sous-tendre une nosographie. L'évolution de la description, de la définition et du classement des pathologies du psychisme est une question éminemment actuelle. Elle a déjà été très étudiée. Cependant ce qui l'a été nettement moins, c'est la façon dont les changements intrinsèques des nosographies et leur multiplicité viennent impacter la pratique psychiatrique. Nosologie et nosographie n'existent pas pour elles-mêmes. Elles sont des outils de l'exercice quotidien du psychiatre. En effet, poser un diagnostic en psychiatrie, comme dans les autres disciplines médicales, consiste à inscrire les signes et les symptômes présentés par un patient au sein d'une nosographie qui représente le dispositif organisé du savoir.² Des modifications de cette dernière doivent nécessairement avoir des conséquences sur

¹ Barberousse, A., Vorms, M., 2011. Le changement scientifique, in: Précis de Philosophie Des Sciences. Vuibert, Paris. p. 171

² Kress, J.-J., 2006. Le diagnostic en psychiatrie et les orientations théoriques des psychiatres: questions éthiques, in: Le Diagnostic En Psychiatrie: Questions Éthiques. Masson, Paris. p.22

les diagnostics posés. Les entités ou plus globalement les notions nosologiques dont ils font état sont appelées à varier. Emerge dès lors un questionnement autour de l'évolution du profil nosologique de la pratique diagnostique vis-à-vis des modifications théoriques évoquées.

Cette réflexion peut venir s'inscrire et se développer au sein d'un cadre historique précis : la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Pour ce lieu et cette période ainsi définis, nous avons cherché à déterminer le comportement de la pratique diagnostique vis-à-vis de l'instabilité nosographique précédemment décrite. Notre démarche est celle de l'histoire des sciences qui vise à rendre compte de la connaissance scientifique dans toute sa complexité et comme étant enracinée dans des conditions sociales particulières. Nous l'envisageons dans ce travail au travers de la question suivante : Quels ont été les changements les plus marquants du profil nosologique produit par la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962 et de quelle façon s'est déroulé l'un d'entre eux, à savoir l'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie ? Cette Clinique présente la particularité d'avoir été alternativement allemande et française au gré des guerres ayant opposées les deux pays. Elle est créée en 1873³ alors que la ville de Strasbourg fait partie de l'Allemagne depuis la fin de la Guerre franco-prussienne de 1870. Elle devient française en 1919 à l'issue de la Grande guerre et elle est à nouveau allemande de 1940 à 1944 pendant le Second conflit mondial. Les nosographies ayant alors un caractère national, se conformant aux écoles allemandes ou à leurs rivales françaises, la situation spécifique de la Clinique de Strasbourg pouvait être de nature à exacerber les variations théoriques en démultipliant les outils diagnostiques potentiellement utilisés. Notre période d'étude a été circonscrite aux années 1912-1962. Longue de 50 ans, scellée d'une part par l'élaboration du concept de schizophrénie (Bleuler, 1911) et d'autre part par l'ère du développement des premiers psychotropes (Largactil, 1952), elle incluait les trois alternances Allemagne - France évoquées. Inscrit dans ce cadre précis, notre travail semblait donc porter en lui les germes d'une exploration

³ Gerval, O., 1898. Das Bürger-Hospital von Strassburg und seine Umgestaltungen in der Zeit von 1872 bis 1898 nach amtlichen Quellen. Fischbach, Strasbourg. p. 33

prometteuse de la pratique diagnostique quant à son profil nosologique. Nous avons effectué ce travail à partir d'un matériel primaire et inédit, les archives médicales de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. En effet, seule une telle démarche est à même de rendre compte des pratiques médicales avec une certaine objectivité et une indépendance vis-à-vis du discours tenu par les psychiatres sur leur propre exercice.

Dans une première partie, nous esquisserons l'histoire de l'institution de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg afin de comprendre dans quel contexte ont été produites les archives que nous avons analysées. Nous expliciterons tout d'abord sa création, puis les différents jalons de son histoire au cours de notre période d'étude (1912-1962) pour finalement retracer le parcours des psychiatres qui l'ont successivement dirigée.

Dans une seconde partie, nous étudierons le profil nosologique de cette Clinique de façon quantitative en tentant de déterminer quels ont été ses principales modifications de 1912 à 1962. Nous le ferons au travers de la présentation de l'étude statistique qui nous a permis de les repérer. Cette dernière décrit l'évolution de la proportion des différentes notions nosologiques présentes au sein des diagnostics posés dans cette Clinique de 1912 à 1962. Nous la détaillerons quant à son objectif, sa méthodologie et ses résultats que nous qualifierons de *spectre diagnostique*.

Finalement dans une troisième et dernière partie, nous analyserons de façon qualitative l'un des changements du profil nosologique mis en évidence par notre étude, à savoir l'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie. Nous tenterons de reconstituer son déroulement et nous procéderons alors en quatre temps. Tout d'abord, nous la resituerons au sein du spectre diagnostique restreint aux pathologies psychotiques afin de montrer qu'elle ne semble pas s'être produite de façon isolée et indépendante, mais au sein de relations avec le terrain nosologique préexistant. Ces dernières seront envisagées quant aux notions nosologiques qu'elles peuvent impliquer. Puis, à partir d'un travail utilisant les observations cliniques des dossiers médicaux de patients, nous chercherons à vérifier celle d'entre elles qui apparaît la plus évidente pour ensuite

tenter de décrire comment elle s'est opérée en pratique. Enfin, nous montrerons au travers d'une comparaison avec le spectre diagnostique établi à la Clinique psychiatrique universitaire de la Charité à Berlin, à quel point le déroulement ainsi reconstitué de l'introduction et de l'implantation de la notion de schizophrénie à Strasbourg est intriqué avec le contexte local ici essentiellement incarné par le directeur de la Clinique et titulaire de la chaire.

1. La Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg

Notre travail de thèse cherche à explorer les pratiques diagnostiques de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg à partir des archives médicales de cette institution qui consistent essentiellement en des registres d'admission et des dossiers de patients. Or de tels documents sont rattachés à l'hôpital dans lequel ils ont été constitués. Ils renvoient à un lieu donné à un moment précis et ne sont donc pas à considérer en dehors de ce contexte et indépendamment de lui. Avant de les exploiter, il semblait indispensable de ne pas méconnaître les circonstances dans lesquelles ils avaient été produits. Il s'agissait dès lors de retracer les grandes lignes de l'histoire de la clinique psychiatrique de Strasbourg de sa création jusqu'à la fin de notre période d'étude (1962). Une histoire envisagée ici tant du point de vue des principales transformations structurelles de l'institution que de celui de ses directeurs successifs qui ont été les différents titulaires de la chaire strasbourgeoise de psychiatrie.

1.1. La création de la clinique

Evoquer l'histoire de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg impose de remonter aux origines de cette dernière et ainsi d'explicitier le moment de sa création.

1.1.1. L'installation de la Kaiser-Wilhelms-Universität

La Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg a été fondée en 1873. Sa création s'est faite dans un contexte bien particulier. En 1871, à l'issue de la Guerre Franco-Prussienne de 1870, Strasbourg comme le reste de l'Alsace et Metz devient allemande. Cette annexion y est source d'importants bouleversements tant dans les domaines politique et économique que dans celui de la science. En effet, des intellectuels et hommes politiques allemands ont alors d'ambitieux projets pour Strasbourg, qui ville frontière pourrait devenir une vitrine sur la France de la puissance scientifique allemande. Ils s'y hâtent donc d'y installer leur université, la Kaiser-Wilhelms-Universität. La fondation de cette université signe clairement la volonté de l'Allemagne d'asseoir son hégémonie scientifique en impressionnant ses voisins dont la France dans une Europe de la fin du XIXe siècle en proie aux rivalités nationales alimentées par une course économique et coloniale effrénée.

La construction de la Kaiser-Wilhelms-Universität a été très rapide. Le Reichstag s'est, en effet, saisi du dossier dès avril 1871, craignant que les facultés strasbourgeoises ne soient transférées vers Nancy. Bismarck, alors chancelier de l'Empire allemand confie ce projet de construction à Franz von Roggenbach. Ce dernier, ancien ministre des affaires étrangères du Duché de Bade, est fin connaisseur du milieu alsacien. Il se voit notamment attribuer la responsabilité de décider de la création des chaires universitaires et du choix des universitaires à recruter. Peu de professeurs en exercice du temps de l'Alsace française ayant fait le choix de rester à Strasbourg, von Roggenbach va se tourner vers leurs homologues allemands. Un certain nombre d'entre eux, jouissant déjà d'une certaine réputation refusent la proposition qui leur est faite de venir exercer à Strasbourg. Sont alors ciblés de jeunes universitaires plein d'ambition pour lesquels un poste au sein d'une des universités les plus innovantes du monde germanique de la seconde moitié du XIXe siècle, allait s'avérer être un véritable catalyseur de carrière. Ainsi de 1872 à 1873, von Roggenbach recrute soixante-six professeurs : cinquante-trois « Ordinarien » (titulaires d'une chaire) et treize « Auserordinarien » (sans chaire). Parmi ces derniers, Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) devient responsable d'un enseignement universitaire de psychiatrie. Le financement de l'université est assuré par une dotation

annuelle provenant à la fois du budget d'Alsace-Lorraine et de celui de l'Empire. La Kaiser-Wilhelms-Universität est inaugurée les 1^{er} et 2 mai 1872.⁴

Portée par cette ambition qu'on lui prête de devenir un fleuron universitaire, la Kaiser-Wilhelms-Universität est le siège d'une importante émulation scientifique. Le développement des savoirs y est sous-tendu par la volonté de faire rayonner la pensée germanique jusqu'aux portes de la France. Très vite, il va exiger pour se poursuivre, la multiplication des enseignements, des instituts et des centres de recherche. C'est dans ce contexte que la psychiatrie, qui n'était alors qu'exclusivement asilaire en Alsace, allait devenir universitaire à Strasbourg.

1.1.2. Etat des lieux de la psychiatrie en Alsace jusqu'à la Guerre Franco-prussienne de 1870

En 1870, en Alsace, comme dans le reste de la France, la pratique psychiatrique est régie par la loi française du 14 juin 1838. Cette dernière impose que chaque département français ait un asile d'aliénés. Elle instaure également une réglementation très précise des placements dans ces asiles, qui peuvent alors répondre à deux modalités différentes : les placements volontaires, d'une part, qui nécessitent une demande d'admission de l'entourage et un certificat médical et les placements décidés par l'autorité publique, dits « d'office », d'autre part qui sont prononcés par le préfet et requièrent également un certificat médical.⁵

Il existe alors deux grands asiles dans le Bas-Rhin : Stephansfeld et Hoerdt. Le premier à fonctionner est celui de Stephansfeld. Situé à proximité de la ville de Brumath, à environ vingt kilomètres de Strasbourg, il est destiné à devenir asile d'aliénés en 1832 et accueille ses premiers malades dès 1835. Celui de Hoerdt, quant à lui, ouvre ses portes en 1870. Il est créé face à l'encombrement de

⁴ Bonah, C., 2000. Instruire, guérir, servir. Formation et pratique médicales en France et en Allemagne. Presses universitaires de Strasbourg, Strasbourg. p. 321-330

⁵ Quétel, C., 2012. Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours, Texto. Tallandier, Paris. p. 290-293

Stephansfeld qui se doit d'accueillir les malades mentaux du Haut-Rhin, ce département ne disposant alors pas encore de l'infrastructure exigée par la loi de 1838.⁶

A l'Hôpital Civil de Strasbourg, il existe en tout et pour tout dix lits destinés aux malades psychiatriques désignés sous le nom de « dépôt ». Les hospitalisations y sont toujours courtes et transitoires en attendant un transfert à l'asile départemental de Stephansfeld. L'Hôpital Civil qui ne souhaite pas s'encombrer d'un service de prise en charge des malades mentaux, a établi un contrat avec l'asile départemental pour que ces malades y soient accueillis⁷.

C'est ainsi qu'était organisée la psychiatrie en Alsace jusqu'à la Guerre Franco-prussienne de 1870. A l'issue de cette dernière, l'annexion de la région à l'Allemagne allait être source de profonds bouleversements quant au fonctionnement de la discipline.

1.1.3. Les débuts de la psychiatrie universitaire à Strasbourg

C'est en 1872 que naît la psychiatrie universitaire à Strasbourg au travers de l'institution d'un enseignement de psychiatrie au sein de la Kaiser-Wilhelms-Universität. Il est confié à Richard von Krafft-Ebing, qui est alors « Auserordinarius », c'est-à-dire professeur sans chaire. Un tel enseignement nécessite pour être pertinent des présentations cliniques de patients. Or, en 1872, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'Hôpital Civil de Strasbourg ne compte pas de service destiné à l'accueil des malades psychiatriques en dehors du « dépôt ». Krafft-Ebing et ses élèves sont alors obligés de se rendre à l'asile départemental de Stephansfeld pour illustrer les notions théoriques par des observations cliniques. Ainsi, va s'imposer, pour soutenir le développement de

⁶ Pfleger, G., 2010. L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982). Université de Strasbourg-Faculté de médecine, Strasbourg. p. 52-65

⁷ Gerval, O., 1898. Das Bürger-Hospital von Strassburg und seine Umgestaltungen in der Zeit von 1872 bis 1898 nach amtlichen Quellen. Fischbach, Strasbourg. p. 33-34

cet enseignement, la nécessité de créer un service spécifique destiné à la prise en charge de ces malades à Strasbourg, au sein de l'université.

Cette Clinique psychiatrique est créée en 1873 et c'est Krafft-Ebing qui en prend la direction. Elle se loge à cette époque au sein du bâtiment C de l'Hôpital Civil. Elle compte initialement vingt lits et va s'agrandir ensuite au fil des années. Ainsi, en 1874, dix lits supplémentaires sont ajoutés ainsi qu'une section pour les femmes. En 1878, elle compte quatre-vingt lits dont six cellules et s'étoffe d'une grande salle qui sert à l'enseignement et aux activités de la policlinique. Plus tard, en 1882, une commission de l'hôpital décide du transfert des malades épileptiques au sein de la clinique des maladies mentales. Le manque d'espace offert par l'infrastructure du bâtiment C devient alors de plus en plus criant. Les différents réaménagements depuis 1874 ne seront bientôt plus suffisants pour permettre la prise en charge de l'ensemble des malades.⁸

Entre-temps, en 1873, Krafft-Ebing quitte Strasbourg pour aller occuper un poste à Graz, en Autriche. Il est alors remplacé par Friedrich Jolly (1844-1904) qui va devenir le premier titulaire de la chaire de psychiatrie de Strasbourg. Cette dernière est créée en 1875, faisant ainsi d'elle la douzième du type en Allemagne. L'Allemagne a, en effet, une tradition psychiatrique universitaire précoce. La première chaire de cette discipline y est fondée à Berlin en 1865. Confiée à Wilhelm Griesinger (1817-1865), elle inaugure une ère qui verra fleurir de telles chaires dans les principales villes d'Allemagne. Au cours des années 1870, elles sont déjà au nombre de vingt.⁹ En France, à la même époque, la psychiatrie universitaire n'est encore que balbutiante. Ce n'est qu'en 1876 qu'est décidée l'institution de la première chaire française de psychiatrie, à Paris. Sa création ne sera effective qu'en 1878 lorsqu'elle sera occupée par son premier titulaire, Benjamin Ball (1833-1893). Si des débats autour de la décentralisation de la psychiatrie des asiles et de son intégration au sein de l'université existaient déjà en France depuis un certain temps, il fallu attendre la défaite de 1871 et une certaine

⁸ Gerval, O., 1898. Das Bürger-Hospital von Strassburg und seine Umgestaltungen in der Zeit von 1872 bis 1898 nach amtlichen Quellen. Fischbach, Strasbourg. p. 36

⁹ Schott, H., Tölle, R., 2006. Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. C.H.Beck, München. p.296

perte de vitesse du pays dans le domaine scientifique pour les réactualiser et les rendre plus prégnants. Les conservateurs furent alors incités par là à s'intéresser aux idées des progressistes.¹⁰

Depuis qu'il occupe la chaire, Friedrich Jolly n'a de cesse de vouloir chercher à « gagner du terrain » pour sa Clinique psychiatrique. Comme évoqué précédemment, l'infrastructure qui lui est dédiée peine de plus à plus à l'accueillir. Le manque de place est de plus en plus manifeste et Friedrich Jolly plaide pour la construction d'un nouveau bâtiment spécialement destiné à la prise en charge des maladies psychiatriques. A force d'un combat acharné, il convainc les autorités de réaliser ce projet. Il s'y implique beaucoup : il imagine le fonctionnement de la nouvelle clinique et en fonction de ce dernier, conçoit les plans du bâtiment. Après qu'un terrain de construction ait été trouvé, bouleversant le front sud de l'Hôpital civil de Strasbourg, les travaux commencent en 1884 et se poursuivent durant l'année 1885. Le transfert des patients de l'ancienne structure vers la nouvelle débute en mai 1886 pour s'achever le 11 juin 1886. L'inauguration du bâtiment, qui pouvait accueillir initialement 124 malades, a lieu en grandes pompes le 29 octobre 1886¹¹. Ainsi le développement des savoirs dans le domaine de la psychiatrie au sein de la Kaiser-Wilhelms-Universität a nécessité des institutions et des infrastructures sur lesquelles s'appuyer : la création d'une clinique de psychiatrie et la construction d'un bâtiment spécifique pour l'accueillir autant adapté à l'activité de soins qu'à celle de recherche et d'enseignement mais aussi la fondation d'une chaire.

1.2. Les jalons importants de l'histoire de la Clinique (1912-1962)

Après avoir détaillé la fondation de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg et ses premiers développements, il semble désormais important d'explicitier certains moments marquants

¹⁰ Goldstein, J., 1997. Consoler et classier. L'essor de la psychiatrie française, Les empêcheurs de penser en rond. Institut Synthelabo pour le progrès de la connaissance, Paris. p. 430-466

¹¹ Gerval, Oskar, *Das Bürger-Hospital von Strassburg und seine Umgestaltungen in der Zeit von 1872 bis 1898*, Elsässische Drukerei und Verlaganstalt vorm. G. Fischbach, Strassburg, 1898, p 37

de son histoire au cours de notre période d'étude (1912-1962) au sens de remaniements académiques, institutionnels ou infrastructurels.

1.2.1. La construction d'un nouveau bâtiment

En 1911, la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg se dote d'un nouveau bâtiment. Robert Wollenberg (1862-1942), qui accède à la chaire en 1906 suite au décès de Carl Fürstner (1848-1906), déplore la vétusté de l'infrastructure construite par Friedrich Jolly. Il la compare à celle de la Clinique psychiatrique de Tübingen où il a précédemment exercé et conclut qu'elles ne sont pas équivalentes en termes d'aménagements et d'équipements. Il se plaint même de ce fait « d'avoir perdu au change » en acceptant le poste de directeur de la clinique strasbourgeoise. La construction d'un nouveau bâtiment, plus moderne, va dès lors devenir son cheval de bataille. Profitant d'un nouveau plan de construction de l'Hôpital Civil, suite à la destruction de la forteresse sud, il fait part de sa revendication à l'administration. Grâce à l'appui du maire de Strasbourg, Rudolf Schwander, ses efforts vont aboutir. La décision de construire un nouveau bâtiment sera prise. Ce dernier est érigé juste à l'arrière de celui de Jolly, vers le front sud. Il est inauguré le 20 octobre 1911. Robert Wollenberg qui a participé activement à sa conception – il l'appelle d'ailleurs dans ses mémoires « ma clinique »¹² - décide que les malades psychiatriques légers, à savoir des personnes souffrant de pathologies neurologiques et de névroses, y soient pris en charge. A côté de cette « neue Nervenlinik », fonctionne toujours la « alte Nervenlinik » qui, quant à elle, continue à accueillir les malades psychiatriques lourds.

¹² Wollenberg, R., 1931. Erinnerungen eines alten Psychiaters. Ferdinand Enke, Berlin. p. 106-107

1.2.2. La séparation des chaires de neurologie et de psychiatrie

Une étape des plus importantes dans l'histoire de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg est celle qui a consisté en l'individualisation des chaires de psychiatrie et de neurologie. Elle a lieu en 1919 à l'occasion de la création d'une chaire propre de neurologie. La Première Guerre Mondiale vient alors de s'achever et Strasbourg est redevenue française. La Faculté de médecine de Strasbourg est désertée par l'immense majorité des titulaires de ses chaires qui sont forcés de partir. Ils sont, en effet, pour la plupart d'entre eux, des professeurs allemands issus d'autres universités germaniques. Il faut donc la reconstruire. Une telle mission est confiée par Gambetta, alors premier ministre, au nouveau doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, Georges Weiss. Ce dernier est convaincu que l'Alsace libérée doit participer à la nouvelle élite strasbourgeoise. Il cherche donc à garder au sein de la Faculté un certain nombre de médecins allemands, alsaciens d'origine, en même temps qu'il recrute parmi leurs homologues français. C'est dans cette dynamique, que la chaire de psychiatrie est confiée à Charles Pfersdorff (1875-1953), qui, né dans une Alsace allemande, avait fait quasiment toute sa carrière au sein de la Kaiser-Wilhelms-Universität. Celle de neurologie, nouvellement créée, est attribuée au professeur Jean-Alexandre Barré (1880-1967) qui s'est formé à Paris.¹³

1.2.3. La Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg pendant la Seconde Guerre Mondiale

La Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg s'est retrouvée au cœur de la tourmente de la Seconde Guerre Mondiale. En 1939, lorsque la mobilisation générale est déclarée, le plan de repliement est mis en œuvre. L'Université de Strasbourg et avec elle sa Faculté de médecine sont

¹³ Lafargue, C., 1989. Le Professeur Charles Pfersdorff, 1875-1953. Le personnage, le psychiatre. Université Louis Pasteur - Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg. p. 114-115

évacuées vers Clermont-Ferrand. Les malades internés à la Clinique psychiatrique ainsi qu'une partie de son personnel hospitalier seront ainsi amenés à quitter Strasbourg. Tous les malades dont l'état le permet sont confiés à leur famille tandis que les autres sont transférés vers le Hohwald en août 1939. En septembre 1939, ils sont finalement conduits jusqu'au centre de repli de Clairevivre en Dordogne. Le directeur de la Clinique et titulaire de la chaire, Charles Pfersdorff, y accompagne ses patients et va continuer à les y prendre en charge. Clairevivre est une cité sanitaire qui au moment de sa création est un lieu d'accueil des tuberculeux et de leur famille. Elle s'organise à la façon d'une petite ville autonome. Un grand bâtiment central est entouré de pavillons individuels et communautaires, dont trois serviront à accueillir les malades psychiatriques. Une polyclinique psychiatrique est mise en place à Périgueux et c'est Charles Pfersdorff qui y assure les consultations une fois par semaine. Pendant ce temps, à Strasbourg, l'armée allemande prend le contrôle de la ville le 19 juin 1940. Le 22 juin 1940, l'armistice est signé : l'Alsace et la Lorraine sont annexées de fait à l'Allemagne. L'administration militaire allemande prend possession des bâtiments de l'Hôpital Civil de Strasbourg. Celui de la Clinique psychiatrique est alors destiné à héberger un « service Z » pour l'accueil des malades gazés. Le projet ne verra finalement pas le jour puisque les combats militaires sur ce front n'ont alors plus cours. Progressivement les différents services de l'Hôpital Civil vont être remis en fonction et c'est ainsi que la Clinique psychiatrique rouvre ses portes le 20 septembre 1940. Charles Buhecker qui travaillait avec Pfersdorff avant la guerre, en assure provisoirement la direction. Le 23 novembre 1941, le régime nazi inaugure son université strasbourgeoise, la Reichsuniversität Strassburg. Cette dernière a pour mission d'être l'une des plus modernes du Reich et de devenir, selon les propos de Théophile Kammerer, « un phare national-socialiste éclairant tout l'occident et surpassant la Sorbonne »¹⁴. Dès décembre 1941, un psychiatre allemand, Nikolaus Jensch (1913-1964), prend la direction de la Clinique psychiatrique. Le 9 septembre 1942, August Karl Boström (1886-1944) lui succède et devient titulaire de la chaire de la Reichsuniversität. Strasbourg est libérée le 22 novembre 1944. Charles Buhecker reprend la direction provisoire de la Clinique jusqu'en juin

¹⁴ Kammerer, T., 1996. La faculté de médecine nazie de Strasbourg: un psychiatre opposant: August Bostroem. L'information psychiatrique 72, 789–791.

1945. Les malades et le personnel réfugiés à Clairevivre dont le professeur Pfersdorff sont alors de retour à Strasbourg.¹⁵

1.2.4. La réforme de la sectorisation

Finalement, le dernier temps fort de l'histoire de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg que nous allons évoquer est la réforme de la sectorisation. Bien que cette dernière n'ait été effective qu'au cours des années 1970, soit au-delà de notre période d'étude, il nous a paru important de l'aborder. En effet, les conceptions qui la fondent ont germé bien auparavant, au sortir de la Seconde Guerre Mondiale. Les médecins psychiatres interpellés par le sort malades mentaux morts de faim pendant la guerre, sont animés d'une volonté de dépasser l'idéologie dominante réduisant le malade mental à un être sans avenir. Cette prise de conscience associée à la découverte des neuroleptiques dans les années cinquante suscite une nouvelle manière d'envisager la maladie et son traitement. Auparavant, privé de lien avec le monde extérieur, les patients vont désormais bénéficier d'une prise en charge qui se veut la plus extrahospitalière possible.

C'est en 1960 que la sectorisation est instaurée. La circulaire ministérielle du 15 mars 1960 est le premier acte qui promulgue la création des secteurs psychiatriques. L'objectif est alors triple. Il faut entreprendre les soins précocement, séparer le moins possible le malade de son milieu et articuler l'hospitalisation avec une prise en charge médico-sociale en aval.¹⁶

Dans le Bas-Rhin, elle est mise en place en janvier 1973 suite à un arrêté préfectoral d'octobre 1972. Ce dernier établit un découpage du département en territoires géographiques associant de manière mixte des zones urbaines et rurales réalisant ainsi douze secteurs de psychiatrie générale et quatre de psychiatrie infanto-juvénile. Ils dépendent des quatre hôpitaux psychiatriques du département,

¹⁵ Pflieger, G., 2010. L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982). Université de Strasbourg-Faculté de médecine, Strasbourg. p. 80-96

¹⁶ Quétel, C., 2012. Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours, Texto. Tallandier, Paris. p.541-544

que l'on ne nomme désormais plus asile mais centres hospitaliers spécialisés. On compte alors un secteur et un inter secteur pour la Clinique psychiatrique de Strasbourg, six secteurs et un inter secteur pour l'Hôpital de Brumath, deux secteurs et un inter secteur pour celui de Hoerdt et trois secteurs et un inter secteur pour l'Hôpital d'Erstein dont la construction a été décidée pour solutionner un manque de lits au sein du département.¹⁷

Ce n'est qu'au cours des années 1980, que la sectorisation fait l'objet d'une législation. La loi du 25 juillet 1985 donne un statut juridique au secteur psychiatrique et celle du 31 décembre 1985, quant à elle, l'intègre dans la carte sanitaire générale.

1.3. Les différents titulaires de la chaire (1875-1982)

Finalement, l'histoire de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg peut être évoquée au travers de celle des différents psychiatres qui l'ont dirigée depuis sa création.

1.3.1. Richard von Krafft-Ebing (1840-1902)

Richard von Krafft-Ebing a été le premier directeur de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Comme nous l'avons évoqué précédemment, il n'a pas été titulaire de la chaire strasbourgeoise de psychiatrie. En effet, lors de ses fonctions au sein de la Kaiser-Wilhelms-Universität, cette dernière n'est pas encore créée. En revanche, il y a été le premier professeur, « Auserordinarius », de psychiatrie. Il le devient en 1872 et se voit alors confier la charge d'un enseignement universitaire de la discipline. Ce n'est qu'un an plus tard qu'il quitte la ville, lassé,

¹⁷ Pflieger, G., 2010. L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982). Université de Strasbourg-Faculté de médecine, Strasbourg. p. 288-290

diront certains, par l'humble Clinique universitaire qui accueille alors encore trop peu de malades au goût cet ambitieux psychiatre de trente-deux ans.

Après des études de médecine à Heidelberg, il rejoint la Clinique du Burghölzi à Zürich où il se forme auprès de Wilhelm Griesinger dont l'enseignement continuera à l'influencer tout au long de sa pratique. Il occupe ensuite un poste d'assistant à l'asile d'Illenau avant d'exercer à Baden-Baden. C'est alors, en 1872, que lui est offerte l'opportunité de devenir professeur de psychiatrie à Strasbourg. En 1873, il devient directeur de l'asile de Feldhof en Autriche près de Graz en même temps qu'il se voit confier la chaire de psychiatrie de cette ville universitaire. En 1889, il devient professeur de psychiatrie à Vienne. En 1892, au décès de Theodor Meynert (1833-1892), il accède à la chaire en même temps qu'il devient directeur de la Clinique psychiatrique universitaire viennoise. Il meurt le 22 décembre 1902 à Graz peu de temps après avoir pris sa retraite.¹⁸

Ses travaux sont essentiellement incarnés par son ouvrage majeur, *Psychopathia sexualis*, dont la première édition paraît en 1886. L'ouvrage qui traite des perversions sexuelles deviendra très rapidement un véritable best-seller de la littérature psychiatrique et contribuera fortement à la renommée de son auteur.¹⁹

1.3.2. Friedrich Jolly (1844-1904)

Friedrich Jolly devient professeur de psychiatrie sans chaire à Strasbourg en 1873, succédant ainsi à Krafft-Ebing. En 1875, il accède à la chaire qui est alors créée au sein de la Kaiser Wilhelm Universität. Au cours de son exercice strasbourgeois il n'aura de cesse d'étendre la Clinique psychiatrique universitaire, elle qui sous-tend les activités de recherche et d'enseignement. Il est à l'origine de la

¹⁸ Schott, H., Tölle, R., 2006. Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehre. Irrwege. Behandlungsformen. C.H Beck, München.

¹⁹ Ses autres ouvrages traitent notamment de la psychiatrie médico-légale : *Lehrbuch der Gerichtlichen Psychopathologie* paru en 1875 et *Grundzüge der Kriminalpsychologie für Juristen* paru en 1882

construction du bâtiment qui accueille toujours à l'heure actuelle cette dernière au sein des Hôpitaux universitaires. Il reste en poste à Strasbourg jusqu'en 1890.

Issu d'une famille française émigrée en Bade, il fait ses études de médecine à Munich puis à Göttingen. Il devient ensuite assistant de Bernhard von Gudden à l'asile psychiatrique de Werneck avant d'être nommé professeur de psychiatrie à Würzburg en 1871. Interviennent ensuite ses fonctions strasbourgeoises avant qu'il ne connaisse la consécration de sa carrière en 1890 en étant nommé titulaire de la chaire de psychiatrie de Berlin. Il succède alors à Carl Westphal (1833-1890) et occupera ce poste jusqu'à son décès le 4 janvier 1902.²⁰

Ses travaux portent pour beaucoup sur la myasthénie et l'hypochondrie.²¹

1.3.3. Carl Fürstner (1848-1906)

Il est nommé titulaire de la chaire de psychiatrie de Strasbourg en 1890 suite au départ de Friedrich Jolly. Il l'occupera et dirigera la Clinique universitaire jusqu'à son décès en 1906.

Après des études de médecine à Berlin et à Würzburg au cours desquelles il se forme auprès de Rudolf Virchow, il devient médecin militaire pendant la Guerre Franco-prussienne de 1870. De 1873 à 1877 il exerce comme assistant à la Clinique psychiatrique universitaire de l'Hôpital de la Charité à Berlin. Il choisit ensuite de travailler à l'asile de Stephansfeld en Alsace. Un an plus tard, en 1878, il est nommé titulaire de la chaire de psychiatrie de Heidelberg qui vient juste d'être créée. Parmi ses

²⁰ Siemerling, E., 1904. Zur Erinnerung an Friedrich Jolly. Rede bei der von der Gessellschaft der Charité-Aerzte, der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten und dem Psychiatrischen Verein zu Berlin veranstalteten Gedächtnisfeier gehalten am 25 Januar 1904.

²¹ En témoignent deux de ses principaux ouvrages : *Hysterie und Hypochondrie* paru en 1877 et *Untersuchungen über elektrischen Leitungswiderstand des menschlichen Körper* paru en 1884

élèves figure alors Alfred Hoche. En 1890, il accède à la chaire de Strasbourg tandis qu'Emil Kraepelin (1856-1926) lui succède à Heidelberg.²²

Fervent partisan de la « Hirnnpsychiatrie », ses travaux portent essentiellement sur la neuro-anatomie, notamment dans le domaine de la paralysie générale²³. Il a été, par ailleurs, l'un des directeurs du « Deutsches Verein für Psychiatrie » et coéditeur de la revue allemande de psychiatrie *Archiv für Psychiatrie*.

1.3.4. Robert Wollenberg (1862-1942)

Robert Wollenberg prend la suite de Carl Fürstner en 1906. Il occupera la chaire de psychiatrie de Strasbourg jusqu'en 1918, la défaite allemande lors de la Première Guerre Mondiale l'obligeant à quitter la ville. On lui doit la construction du nouveau bâtiment, la « neue Nervenlinik » qui accueille dans un premier temps les malade psychiatriques légers puis la Clinique neurologique une fois les deux chaires, celle de neurologie et celle de psychiatrie, individualisées en 1919.

Il fait ses études de médecine à Königsberg en Allemagne. Il exerce à la Clinique psychiatrique de la Charité à Berlin à partir de 1888. Il la quitte en 1891 pour celle de Halle où il deviendra professeur de psychiatrie en 1896. En 1898, il occupe un poste de « Oberarzt » (médecin chef) à l'asile de Friedrichsberg près de Hamburg avant de devenir titulaire de la chaire de psychiatrie de Tübingen en 1901. C'est en 1906 qu'il accède à celle de Strasbourg tandis que Robert Gaupp (1870-1903) lui

²² Hoche, A., 1906. Carl Fürstner. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 41, 5–13

²³ On peut citer ici : *Zur Pathologie und pathologische Anatomie der progressiven Paralyse insbesondere über die Veränderungen des Rückenmarkes und der peripheren Nerven* publié en 1882 et *Über Gliose der Hirnrinde* publié en 1884

succède à Tübingen. En 1919, il rejoint l'Université de Marburg où il enseignera pendant deux ans puis celle de Breslau où il achèvera sa carrière. Il meurt à Berlin en 1942.²⁴

Ses travaux portent pour beaucoup sur la mélancolie, les névroses et les troubles psychiques liés à la guerre.²⁵ Il est également connu pour ses compétences dans le domaine de la psychiatrie médico-légale.

1.3.5. Charles Pfersdorff (1875-1953)

Charles Pfersdorff occupe la chaire de psychiatrie de Strasbourg à partir de 1919. Il succède alors à Robert Wollenberg. Il restera en fonction à la tête de la Clinique psychiatrique jusqu'en 1945. Il prend sa retraite une fois revenu du centre de repli de Clairevivre, en Dordogne, où avaient été évacués les malades et une partie du personnel de l'Hôpital Civil pendant la Seconde Guerre Mondiale.

Issu d'une famille de la bourgeoisie protestante de Strasbourg, il fait ses études de médecine à la Kaiser-Wilhelms-Universität. En 1899, il devient assistant à la Clinique médicale de l'Hôpital Civil de Strasbourg. Puis, il part se former pendant six mois en 1901 à Vienne auprès de Krafft-Ebing et ensuite pendant un an en 1902 à Heidelberg auprès de Kraepelin. De retour à Strasbourg, il exerce en tant que troisième assistant de Fürstner à la Clinique psychiatrique universitaire. Max Rosenfeld (1871-1956) est alors premier assistant et Alfred Hoche Professeur « Ausserordinarius ». En 1907, il devient « Privat Dozent » de psychiatrie et il est alors responsable d'un enseignement de deux heures par semaine : « Allgemeine und spezielle Psychiatrie » (Psychiatrie générale et spécialisée). En 1913, il est désormais deuxième assistant de Fürstner et a le titre de « Titular Professor ». En 1914, à la déclaration de la guerre, il est envoyé au front. Au bout d'un an, il est démobilisé et rejoint la Clinique psychiatrique universitaire de Tübingen alors dirigée par Robert Gaupp et où il rencontre

²⁴ Drachler, C.J., 1995. Robert Wollenberg. Leben und Werk. Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen, Tübingen.

²⁵ Nous les évoquerons plus en détail dans la partie 3 de notre travail.

Ernst Kretschmer (1888-1964). Il rentre à Strasbourg en 1917. De 1919 à 1945, il sera ensuite titulaire de la chaire de psychiatrie de Strasbourg. Il décède le 29 septembre 1953.²⁶

Ses travaux traitent de trois sujets principaux : la démence précoce, la schizophrénie notamment du point de vue des aspects du langage et les enfants arriérés.²⁷ Il fonde *Les Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg*, revue éditée et financée par la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg.

1.3.6. August Karl Boström (1886-1944)

August Karl Boström accède à la chaire de la Reichsuniversität Strassburg en 1942 alors que pendant ce temps, Charles Pfersdorff est toujours titulaire de celle de l'Université de Strasbourg, évacuée à Clermont-Ferrand. Il l'occupe jusqu'à son décès le 3 février 1944.

Il fait ses études de médecine à Fribourg et à Giessen. Il exerce en tant qu'assistant à Giessen, à Hamburg puis à Rostock où il se forme auprès de Kleist et de Rosenfeld. En 1922, il devient médecin chef à la Clinique psychiatrique universitaire de Leipzig dirigée par Ostwald Bumke (1877-1950). En 1924, il suit ce dernier à Munich et il y deviendra professeur sans chaire à partir de 1926. En 1932, il accède à la chaire de psychiatrie de Königsberg, puis à celle de Leipzig en 1939 avant de gagner Strasbourg en 1942.

Ses travaux traitent initialement des malformations cérébrales puis, plus tard, des troubles mentaux des personnes âgées et des troubles psychotiques.²⁸

²⁶ Lafargue, C., 1989. Le Professeur Charles Pfersdorff, 1875-1953. Le personnage, le psychiatre. Université Louis Pasteur - Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg. p. 107-122

²⁷ Nous les évoquerons plus en détail dans la partie 3 de notre travail.

²⁸ Pflieger, G., 2010. L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982). Université de Strasbourg-Faculté de médecine, Strasbourg. p. 87

1.3.7. Eugène Gelma (1882-1953)

Eugène Gelma accède à la chaire de psychiatrie de Strasbourg en 1945 prenant ainsi la succession de Pfersdorff. Il l'occupe jusqu'en 1953.

Originaire de Paris, il y fait ses études de médecine. Il se forme à la psychiatrie auprès d'Ernest Dupré à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Paris. Il exerce ensuite à l'asile de Maréville en Lorraine puis à ceux de Hoerdet et de Stephansfeld en Alsace. En 1919, Georges Weiss qui vient de nommer Charles Pfersdorff titulaire de la chaire, lui confie une charge de cours à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Il exerce à ce poste jusqu'à ce que la chaire lui soit confiée. Il décède le 17 octobre 1953, peu de temps après avoir pris sa retraite.

Il fonde les *Cahiers de la psychiatrie*, une revue éditée par la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg compilant essentiellement des publications strasbourgeoises. Il est par ailleurs avec son homologue Jacques Hamel (Maréville) à l'origine des Réunions psychiatriques de Strasbourg-Nancy qui doivent permettre aux psychiatres de l'Est de la France de se rencontrer et de présenter leurs travaux.²⁹

1.3.8. Théophile Kammerer (1916-2005)

Théophile Kammerer occupe la chaire de psychiatrie de Strasbourg de 1953 à 1982. Son mandat, relativement long, est caractérisé par la cohabitation de différents courants théoriques au sein de la clinique psychiatrique, notamment psychanalyse et psychiatrie biologique. C'est au cours de ses fonctions de directeur que sont réalisés des travaux de rénovation ainsi qu'un partage en trois

²⁹ Pflieger, G., 2010. L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982). Université de Strasbourg-Faculté de médecine, Strasbourg. p. 96-104

services indépendants dont chacun aura désormais un chef de service. En 1982, Léonard Singer lui succède.

Il fait ses études de médecine à Strasbourg. Pendant la Seconde Guerre Mondiale, il est mobilisé. Nommé médecin auxiliaire à Beauvais dans un premier temps, il choisit de rejoindre le Service de santé d'Algérie qui recherche du personnel médical. Il y travaille sous la direction de Jean Sutter puis devient chef de clinique d'Antoine Porot à Alger. Il soutient sa thèse de médecine en 1942, intitulée « Les psychoses de paludisme ». Il est donc désormais docteur en médecine et spécialiste en neuropsychiatrie. A partir de décembre 1943, il participe aux campagnes d'Italie, de France et d'Allemagne. En 1945, une fois démobilisé, il ouvre un cabinet à Strasbourg en même temps qu'il occupe un poste de chef de clinique de neurologie à l'Hôpital Civil chez le professeur Barré. En 1952, il est nommé professeur agrégé de neuropsychiatrie et 1953 il accède à la chaire de psychiatrie de Strasbourg.

Ses travaux ont porté sur un certain nombre de sujets différents au premier rang desquels l'hérédité en neuropsychiatrie, la psychanalyse, la psychopathologie générale mais aussi la formation des psychiatres.³⁰

Cette première partie nous a donc permis d'esquisser les grandes lignes de l'histoire de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Nous avons pu retracer sa fondation et ses principales modifications structurelles au cours de la période 1912-1962 (réformes universitaires et hospitalières, évolution de l'espace et de l'infrastructure de la Clinique) de même que la succession des différents psychiatres qui l'ont dirigée. Ainsi était reconstitué le contexte de la production des archives médicales que nous envisagions d'explorer. Il s'agissait là d'une étape indispensable à leur exploitation optimale.

³⁰ Pflieger, G., 2010. L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982). Université de Strasbourg-Faculté de médecine, Strasbourg. p. 110-123

2. Le spectre diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg (1912-1962)

Après avoir esquissé le contexte dans lequel ont été produites les archives médicales de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962, nous les avons utilisées afin d'explorer les pratiques diagnostiques qui ont eu cours dans cette institution. Dans un premier temps, l'approche a été quantitative. Elle a consisté en une étude statistique aboutissant à la construction d'un spectre diagnostique de la Clinique strasbourgeoise de 1912 à 1962. Elle sera détaillée quant à son objectif, sa méthodologie et ses résultats.

2.1. Objectif

Il existe une certaine instabilité nosographique en psychiatrie. Cette variabilité qui se situe à un niveau théorique nous a conduits à questionner le comportement diagnostique des psychiatres vis-à-vis d'elle à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Nous avons, dans un premier temps, cherché à savoir quels avaient été les changements les plus marquants du profil nosologique produit par la pratique diagnostique de cette clinique au cours de la période considérée. Ces derniers, que nous avons nommé *changements nosologiques pratiques* ont été définis comme une variation au cours du temps de l'importance d'utilisation d'une notion nosologique par les psychiatres pour poser un diagnostic (commencement, arrêt, diminution ou augmentation) sans préjuger de ses causes.

Nous nous sommes assez vite rendue compte que les pratiques médicales de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, quels que soient la période et l'aspect considéré n'avaient

jamais été explorées. Elles étaient absolument inconnues. Certes, des directeurs de la clinique, tels que Robert Wollenberg³¹ ou Charles Pfersdorff³², avaient écrit sur leurs pratiques, mais aucun travail, affranchi du discours tenu par les psychiatres, n'en rendait alors compte. Elles sommeillaient toujours dans le creuset d'archives médicales inexploitées. Cela valait notamment pour la pratique dans son aspect diagnostique.

Ainsi aucune étude réalisée jusque-là n'était en mesure de nous permettre de repérer les changements nosologiques pratiques à la Clinique psychiatrique de Strasbourg de 1912 à 1962. Il nous a alors fallu effectuer l'unique travail à même de les circonscrire : une reconstitution du paysage nosologique produit par la pratique diagnostique et de son évolution de 1912 à 1962. Un tel travail de repérage relevait d'une approche quantitative. Nous lui avons donné la forme d'une étude statistique dont l'objectif était de décrire l'évolution de la proportion des différentes notions nosologiques repérées au sein des diagnostics posés à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962.

2.2. Matériel et méthode

2.2.1. Matériel

Notre étude est descriptive et rétrospective. Elle a porté sur une population constituée par la totalité des admissions pour hospitalisations, hommes et femmes, à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg au cours des années 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962. La variable qui a été étudiée est qualitative. Elle correspond au diagnostic posé pour chaque admission. Elle a été recherchée pour l'ensemble de la population cible au cours des six années étudiées et c'est donc un recensement qui

³¹ Notamment dans *Erinnerungen eines alten Psychiaters* édité en 1931

³² Notamment dans les différents articles des Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg

a été effectué. Nous avons choisi d'analyser uniquement six années au cours de la période 1912-1962, soit une au sein de chaque décennie. En effet, le nombre d'admissions par année variant entre 582 et 1618 au cours de la période 1912-1962, ce sont ainsi plusieurs dizaines de milliers de données qu'il aurait fallu récolter si nous avions choisi d'étudier les cinquante années. Or cela ne paraissait pas réalisable dans le temps imparti pour notre travail de thèse. Procéder par décennie nous a semblé être une alternative satisfaisante de nature à pouvoir mettre en évidence des changements nosologiques au sein de la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique de Strasbourg.

2.2.2. Méthode

2.2.2.1. *Explorer les archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg*

Une fois le matériel de notre étude défini, s'est posée la question de savoir où nous allions pouvoir récolter les données diagnostiques nécessaires. Bien entendu elles ne pouvaient n'être présentes que dans des archives médicales et de tels documents étaient disponibles pour la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Cependant, ces dernières constituaient alors un volume très important de dossiers et de registres variés qui n'avaient encore jamais été exploités et dont nous ignorions ce à quoi ils correspondaient exactement. Il est donc apparu nécessaire de procéder à un inventaire et à une description de ces différents types d'archives. Cette étape s'est imposée afin de déterminer lequel d'entre eux serait le plus approprié pour nous livrer les données indispensables à notre étude.

2.2.2.1.1. La « redécouverte » des archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg

Notre étude statistique a été rendue possible par l'existence d'un fond d'archives médicales à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Remarquable tant par la période qu'il couvre qui est vaste³³ que par son exhaustivité, il l'est aussi par son caractère franco-allemand. Il existe, en effet, à la fois pour les périodes allemandes et françaises de l'institution. Nous l'avons nommé *Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg*.

C'est à l'occasion d'un déménagement programmé des dossiers de patients les plus anciens pour permettre un gain de place au sein du local des archives de la Clinique que ces derniers ont été « redécouverts ». Correspondant à ceux de la période 1906-1945, ils devaient être transportés dans un lieu de stockage éloigné et promis à un avenir des plus incertains. Le chef de pôle de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg s'est alors opposé à ce déménagement. Elle a souhaité que ces dossiers soit étudiés afin qu'ils puissent livrer cinquante ans de pratique psychiatrique strasbourgeoise, soit tout un pan de l'histoire de la discipline en Alsace. Les dossiers en question ont alors été installés au sein du Département d'Histoire et de Philosophie des Sciences de la vie et de la Santé de l'Université de Strasbourg (DHVS) qui se trouve au sein de l'Hôpital Civil, à deux pas du bâtiment de la Clinique psychiatrique.

Ces archives versées correspondaient alors à un volume de milliers de dossiers médicaux de patients jamais étudiés. Mus par notre volonté de comprendre leur ordonnancement pour pouvoir les classer, les agencer ainsi mieux les utiliser, nous nous sommes aperçue que de tels dossiers devaient être rattachés à des registres les répertoriant. Or, les archives versées par la Clinique psychiatrique de Strasbourg contenaient uniquement des dossiers de patients. Il a donc fallu chercher ces registres car, sans eux, l'exploitation des dossiers médicaux allait s'avérer beaucoup plus complexe. Nous avons pu retrouver un certain nombre d'entre eux dans le local des archives de la Clinique

³³ De 1906 à nos jours pour les dossiers médicaux de patients et de 1878 à nos jours pour les registres

psychiatrique. Ils étaient de différents types et correspondaient à la période pour laquelle nous avons récupéré les dossiers de malades ou étaient plus anciens. Ils ont également été versés au DHVS. Nous disposons désormais, en plus d'un nombre très important de dossiers médicaux de patients, de registres d'aspect et d'organisation variés. Cet ensemble hétérogène constitue ce que nous appellerons au cours de ce travail la *partie versée du Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg*. Il était désormais important de comprendre à quoi correspondait chacun de ces différents documents et comment ils pouvaient s'articuler les uns avec les autres. Leur inventaire et leur description s'avéraient plus que nécessaires.

2.2.2.1.2. Inventaire et description

Les différents types d'archives identifiés ont été : les *dossiers médicaux de patients*, les *registres d'admission*, les *livres de la loi*, les *index* et les *registres de la polyclinique*³⁴. Pour chacun d'entre eux, nous avons procédé à un dénombrement, un descriptif³⁵, une tentative de compréhension de leur fonction et à l'attribution d'une dénomination³⁶.

2.2.2.1.2.1. Les dossiers médicaux de patients

Un premier type d'archives correspond au dossier médical de patient.

Dans la partie versée du Fonds des archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, ces dossiers existent pour la période allant de 1906 à 1945. A partir de 1946, ils sont également

³⁴ Nous ne rapportons pas ici l'inventaire et la description de ces derniers. Ils concernent, en effet, uniquement les prises en charge ambulatoires alors que notre étude s'intéresse à la pratique pour les malades hospitalisés.

³⁵ Nous ne détaillerons leur description dans ce travail que pour la période concernée par notre étude, soit 1912-1962

³⁶ En effet, le plus souvent, ils n'en ont pas. Or, il s'est avéré fondamental de leur donner un nom pour permettre leur identification de façon claire et donc meilleure utilisation. La dénomination par laquelle nous les désignons dans ce travail et donc celle que nous leur avons attribuée.

disponibles mais se trouvent dans la partie non versée. Pour la période 1906-1945, il semble qu'ils soient présents de façon relativement exhaustive³⁷.

Ils se présentent sous la forme d'une couverture cartonnée souple ayant des dimensions de 23 x 36 cm. Cette dernière contient les différentes feuilles de papier qui constituent le dossier, non fixées à elle mais simplement intercalées. Sa couleur diffère en fonction du sexe concerné par le dossier : verte pour les hommes et rose pour les femmes. Sur cette couverture, figure au niveau du quart supérieur et de façon centrée, un intitulé : « Aerztlichen Akten der Psychiatrischen Klinik » de 1906 à 1919, « Clinique de psychiatrie de l'Université de Strasbourg » de 1920 à 1933 et « Hospices civils de Strasbourg. Clinique psychiatrique » de 1934 à 1945. A la suite de cet intitulé, on observe des informations relatives au malade. Elles sont consignées sous la forme d'un questionnaire dactylographié, organisé en plusieurs rubriques et auquel les réponses sont rédigées le plus souvent de façon manuscrite. Les informations qu'il mentionne sont ici rapportées selon l'ordre dans lequel elles y figurent :

- « Nom »
- « Date d'admission »
- Mention du type de placement : « placement volontaire » ou « placement ordonné par l'autorité publique »
- « Lieu de naissance »
- « Domicile »
- « Date de naissance »
- Mention du statut du malade à savoir s'il est « célibataire », « marié » ou « veuf ».
- « Religion »
- « Profession »
- « Durée de la maladie avant l'admission »
- « Hérité »
- « Diagnostic »
- « Date de la sortie »
- La mention de l'état du malade à la sortie de l'hôpital : « guéri », « amélioré » ou « incurable »
- Le devenir du malade à la sortie de l'hôpital :
 - « Le malade est repris par »
 - « Transféré dans un asile »
 - « Mort le » en précisant la « cause de la mort »

³⁷ Le dénombrement précis n'a pas encore été totalement effectué

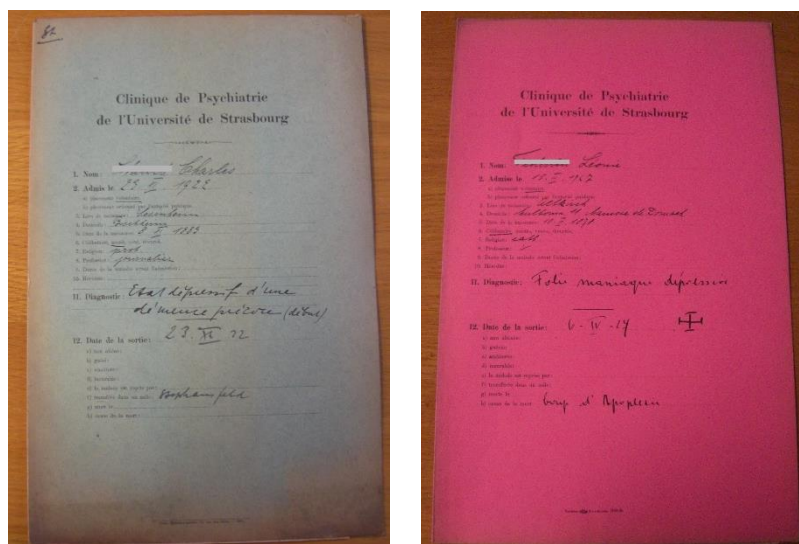


Figure 1 : Couvertures de dossiers de patients : homme 1922 (gauche) et femme 1927 (droite)

Ils ne sont numérotés qu'à partir de l'année 1945.

Du point de vue de leur organisation, les dossiers médicaux de patients sont invariablement constitués par la couverture que nous venons de décrire et par son contenu. Parmi ce dernier, les observations médicales figurent sur des doubles feuilles qui sont intercalées au fur et à mesure en fonction de la durée du placement. Il s'agit tant de celle faite au moment de l'admission que de celles rédigées au cours de l'hospitalisation. Ces observations sont dans l'immense majorité des cas écrites à la main et plus rarement dactylographiées. La date de leur rédaction est mentionnée de façon systématique. Par contre, le nom de leur auteur n'est quasiment jamais noté. Le dossier médical peut également contenir de façon variable d'autres éléments. Il peut s'agir de courriers médicaux ou administratifs, de synthèses de cas pour des présentations de malades, d'expertises, de certificats, de résultats d'examens complémentaires, de feuilles de traitements, de feuilles de constantes, de formulaires de demande de tiers et de sortie contre-avis. Des documents plus informels y sont également consignés : des lettres envoyées par la famille du patient, des courriers écrits par le malade interceptés et jamais envoyés ou encore mais plus rarement des productions personnelles de ce dernier (textes ou dessins).

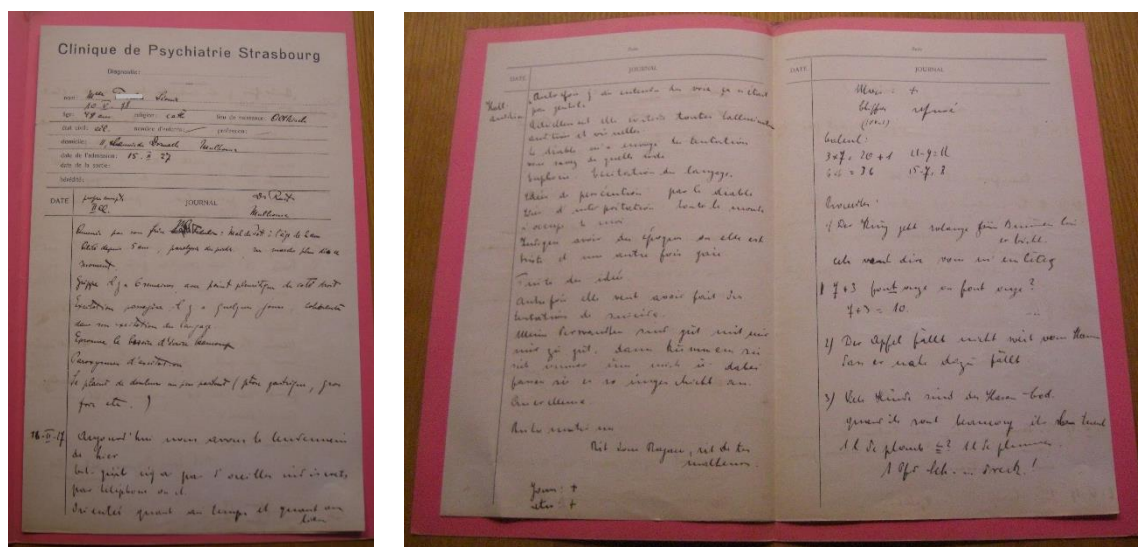


Figure 2 : Observations médicales d'un dossier de patient femme en 1927

La présentation des observations médicales ne varie quasiment pas de 1912 à 1962 : elles seront toujours rapportées sur des doubles feuilles intercalées dans la couverture cartonnée. En revanche, les autres documents du dossier ne sont pas nécessairement les mêmes au cours du temps. En effet, pour certains, ils sont conditionnés par les avancées de la médecine, par des impératifs administratifs ou encore par les lois en vigueur. Ainsi les examens complémentaires pratiqués en 1912 et en 1962 ne sont pas les mêmes puisque de considérables progrès ont été effectués dans ce domaine. Après la Seconde Guerre Mondiale, les dossiers contiennent fréquemment des radiographies et des résultats d'électrocardiogramme alors que ce n'est pas le cas en 1922, année au cours de laquelle la seule exploration pratiquée est la réaction de Wassermann³⁸. Il en va de même pour les feuilles de traitement par sismothérapie qu'on ne retrouve qu'à partir des années 1940. La même observation peut encore être faite pour les certificats d'hospitalisation sous contrainte puisque la loi de 1838 qui les prévoit n'a pas toujours été en vigueur à la Clinique psychiatrique de Strasbourg au cours de notre

³⁸ Il s'agit de l'application au diagnostic de syphilis de la réaction de fixation du complément de Bordet et Gengou. Elle a été mise au point par August von Wassermann, un immunologiste allemand, en 1906.

période d'étude. Demande de tiers et certificats d'hospitalisation sans consentement ne sont retrouvés dans les dossiers qu'à partir de 1922.

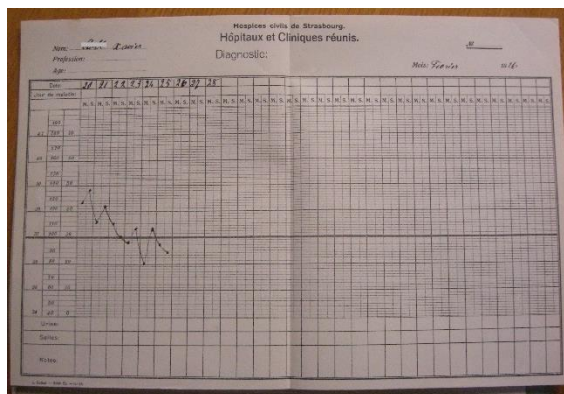
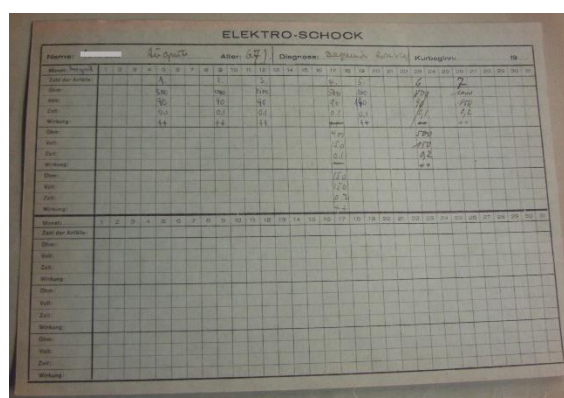


Figure 3 : De la gauche vers la droite et de haut en bas : résultat d'une réaction de Wassermann en 1927 ; feuille constantes de 1927, certificat d'hospitalisation sous contrainte de 1927 et feuille d' « Elektro-schock » de 1943.



de

Ces dossiers existent pour les malades hospitalisés et ne concernent pas les prises en

charge ambulatoires qui sont très précoces à Strasbourg puisqu'une une polyclinique psychiatrique y est mise en place dès 1880³⁹. Ils ont globalement la même fonction qu'un dossier médical actuellement à savoir consigner la prise en

charge du patient au cours de son hospitalisation. Nous les avons donc nommés dossiers médicaux de patients.⁴⁰

³⁹ Comme l'a montré un travail tout récent, non encore publié, de Volker Hess et Chantal Marazia.

⁴⁰ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossiers médicaux de patients, 1912-1962

2.2.2.1.2.2. Les registres d'admission

Un second type d'archives médicales est représenté par les registres d'admission.

Ils existent pour la période allant de 1878 à 1945 dans la partie versée du Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. A partir de 1946, ils sont également disponibles mais stockés dans la partie non versée de ce Fonds. De 1878 à 1904, un registre compile plusieurs années. Les années 1874-1894 sont regroupées au sein d'un même registre qui se décline de quatre façons. Il en existe un pour les hommes malades mentaux (« Geistesranke Männer »), un pour les femmes malades mentales (« Geistesranke Frauen »), un pour les hommes épileptiques (« Epileptische Männer ») et finalement un pour les femmes épileptiques (« Epileptische Frauen »). Il en va de même pour le registre rassemblant les années 1894-1904. De 1905 à 1911, il existe de façon systématique quatre registres par année. Leur subdivision est la même que celle qui ordonne les registres plus anciens sauf que désormais un registre renvoie à une seule année. On retrouve ainsi pour chacune des années de 1905 à 1911, un registre pour les hommes malades mentaux (« Geistesranke Männer »), un pour les femmes malades mentales (« Geistesranke Frauen »), un pour les hommes épileptiques (« Epileptische Männer ») et un pour les femmes épileptiques (« Epileptische Frauen »). De 1912 à 1962, on ne compte plus que deux registres par années. Il en existe un pour les hommes malades mentaux et un pour les femmes malades mentales: « Maladies mentales hommes » et « Maladies mentales femmes » ou « Geistesranke Männer » et « Geistesranke Frauen » selon que la période considérée soit française ou allemande. On ne retrouve alors plus de registre spécifiquement dédiés aux épileptiques. Cette constatation est à mettre en lien avec la construction de la «neue Nervenlinik» en 1911 dans laquelle on peut supposer que les épileptiques et les malades avec des pathologies davantage neurologiques sont désormais hospitalisés. Ces malades ne sont plus pris en charge dans la «alte Nervenlinik» qui est celle pour laquelle nous bénéficions des archives médicales. Dans la partie versée du Fonds

d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, ces registres sont présents de façon exhaustive : leur nombre total s'élève à 102.

De 1912 à 1962, ils se présentent sous la forme d'un cahier de format 23 x 33cm dont la couleur et l'épaisseur peuvent varier. Sa couverture peut être souple ou rigide. Au niveau du tiers supérieur de cette dernière et de façon centrée, figure une étiquette sur laquelle sont écrits l'année concernée par le registre ainsi que la mention « Maladies mentales femmes » ou « Maladies mentales hommes ». Cette mention est écrite en allemand pour les années où Strasbourg était allemande : « Geisteskrankte Frauen » et « Geisteskrankte Männer ».

Les données du registre sont organisées sous la forme d'un tableau qui occupe une double page avec chaque admission correspondant à une ligne et chaque catégorie de donnée concernant chacune de ces admissions occupant une colonne. Les admissions y sont listées de façon chronologique au cours de l'année. Elles se voient attribuer un numéro en fonction de cette chronologie. Ainsi, à titre d'exemple, l'admission qui porte le numéro 1 dans le registre des hommes de 1922 correspond au premier homme admis à la Clinique psychiatrique au cours de cette année. Nous avons appelé ce numéro *numéro d'ordre*. Il est identique à celui qui figure sur les dossiers médicaux à partir de 1945. Les différentes catégories de données qui occupent chacune des colonnes du tableau sont les suivantes, de la gauche vers la droite :

- le numéro d'ordre
- le « prénom et le nom »
- le « statut »
- l' « âge »
- le « domicile »
- la « date d'entrée » et la « date de sortie »
- le « diagnostic »
- les « remarques » (à partir de 1919)
- le « service » (à partir de 1928)
- le « mode paiement » (à partir de 1928)
- le « nombre de jours » d'hospitalisation (à partir de 1928)
- la mention de l'état du patient à la sortie de l'hôpital : « guéri », « amélioré », « incurable » ou « décédé ».

Chaque registre comporte deux listes différentes. La première recense les admissions dont la date d'entrée précède l'année du registre mais dont la sortie s'est faite au cours de l'année du registre. La deuxième, quant à elle répertorie les malades admis au cours de l'année concernée par le registre.

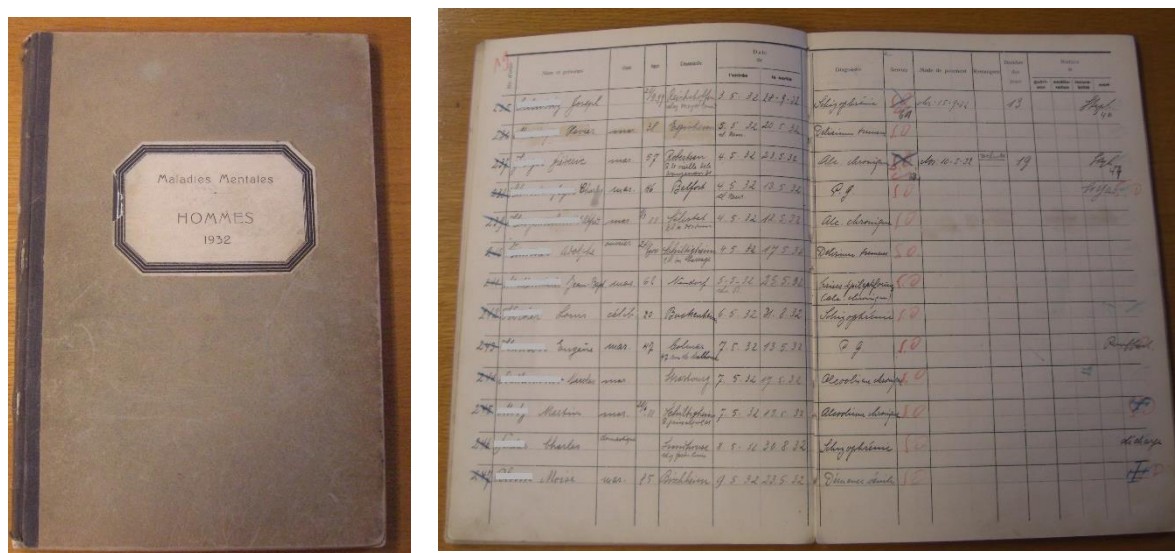


Figure 4 : Registre d'admission des hommes atteints de maladies mentales en 1932

La présentation et l'organisation des registres d'admission sont restées globalement stables de 1912-1962 malgré quelques évolutions. Certaines sont mineures et sans grande importance. C'est le cas de celles qui portent sur la forme ou la couleur du registre. D'autres en revanche, méritent d'être citées. Il s'agit essentiellement de l'ajout de certaines catégories de données au sein du tableau : « remarques » en 1919, « service » en 1928, « mode de paiement » en 1928 et « nombre de jours » d'hospitalisation également en 1928.

Ainsi, ces registres semblent avoir pour fonction de consigner, d'une part pour les hommes et d'autre part pour les femmes, l'ensemble des admissions, qu'elles soient libres ou contraintes, au cours d'une année. Elles le sont de façon chronologique et pour chacune d'entre elles, un certain nombre

d'informations médicales et administratives sont précisées. Cette fonction a motivé le nom que nous leur avons attribué : registres d'admission.⁴¹

2.2.2.1.2.3. Les index

Un troisième type d'archives est représenté par les index.

Ils existent pour la période allant de 1873 à 1950 et ceci de façon exhaustive. Ils sont au nombre de quatre, chacun compilant un nombre variable d'années : 1873 à 1906 pour le plus ancien, 1907 à 1925 pour le second, 1926 à 1935 pour le troisième et 1936 à 1950 pour le plus récent.

Leur présentation varie en fonction des années concernées. Leurs dimensions sont ainsi différentes au cours du temps : 37 x 25 x 5 cm pour le plus ancien, 37 x 23,5 x 4,5 cm pour celui qui traite des années 1906 à 1925, 37 x 24 x 5 cm pour celui relatif aux années 1926 à 1935 et 47 x 29 x 5 cm pour le plus récent. Leur couverture est rigide, de couleur noire et un intitulé n'y figure pas nécessairement.

Leur organisation est celle d'un répertoire alphabétique. Chaque onglet de ce dernier correspond à une lettre de l'alphabet qui y figure de façon dactylographiée. Seule la lettre S est répertorié par plusieurs d'entre eux : « S », « SCH » et « ST ». L'index est par ailleurs entièrement manuscrit. Au sein de la rubrique dédiée à chaque lettre, une première subdivision se fait en fonction de l'année considérée puis au sein de cette dernière une seconde est opérée en fonction du sexe. Ainsi pour chaque lettre, au sein d'une année donnée, il existe deux listes : une de malades hommes et une de malades femmes. Trois éléments y sont recensés de façon systématique: le numéro d'ordre, le nom et le prénom du patient et finalement son lieu de résidence. Cette description est celle des deux index les plus anciens. Concernant les deux plus récents, il existe pour une lettre alphabétique donnée, une subdivision initiale en fonction du sexe puis ensuite une seconde en fonction de l'année.

⁴¹ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Registres d'admission « Maladies mentales hommes » et « Maladies mentales femmes », 1912-1962

Il est important de remarquer que le numéro d'ordre d'une admission au cours d'une année dans l'index est identique à celui qui figure sur le dossier médical à partir de 1945 et à celui qui se trouve dans le registre d'admission.

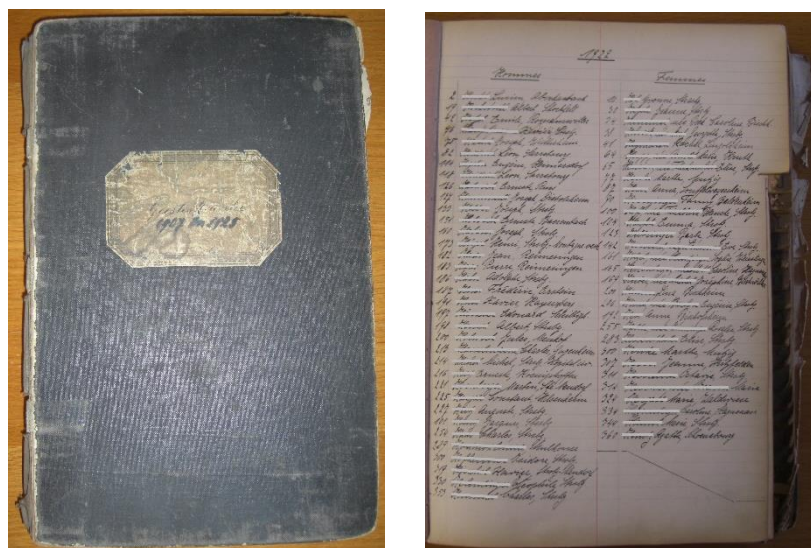


Figure 5 : Index des hommes et des femmes pour les années 1907-1925

Il semble que l'index permette à partir du nom du malade de savoir s'il a déjà été hospitalisé à la Clinique et plus précisément les années au cours desquelles il l'a été. Pour chacune d'entre elles, il livre le numéro d'ordre qui avait alors été attribué au patient. Nous l'avons nommé index car il liste des éléments, les noms des patients admis, de façon alphabétique et permet de les retrouver grâce à des références.⁴²

2.2.2.1.2.4. Les livres de la loi

Un quatrième type d'archives a été identifié : les livres de la loi.

Ils sont au nombre de dix-sept dans la partie versée du Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Ils sont subdivisés en fonction du sexe concerné (hommes et femmes),

⁴² Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Index, 1912-1962

puis en registres des placements volontaires d'une part et des placements d'office d'autre part et finalement en fonction de la période qu'ils traitent. Chacun de ces livres rassemble un nombre variable d'années. Ainsi pour les hommes, il existe dix registres. Un seul consigne les placements d'office et ceci pour la période 1921-1952. Neuf concernent les placements volontaires : 1921-1922, 1922-1923, 1923-1924, 1926-1927, 1927-1928, 1931-1933, 1933-1936, 1936-1946, 1946-1951. Ils couvrent ainsi la période allant de 1921 à 1951 avec des exemplaires manquants pour les années 1925, 1929 et 1930. Pour les femmes, il existe huit registres. Un seul traite des placements d'offices pour la période allant de 1921 à 1974. Les placements volontaires, quant à eux, relèvent de sept registres : 1921-1922, 1922, 1923, 1923-1924, 1926-1928, 1928-1929, 1929-1932. Ils sont donc disponibles pour la période allant de 1921 à 1932 avec néanmoins un exemplaire manquant, celui de l'année 1925.

Du point de vue de leur présentation, ce sont d'imposants registres. Ils mesurent 48 cm de haut, 34 cm de large et 6 cm d'épaisseur. Leur couverture est rigide et de couleur noire. Elle peut être le siège d'une étiquette beige sur laquelle figurent le sexe concerné (hommes ou femmes), le type de placement (volontaire ou d'office) et les années traitées. Ces indications sont présentes de façon aléatoire ou parfois elles ne sont plus lisibles en raison de l'état de dégradation du livre.

L'organisation des livres de la loi est bien précise. Les admissions sont classées par ordre chronologique et pour chacune d'entre elles les données sont rapportées sur une feuille recto-verso. Cette dernière est elle-même structurée par une trame dactylographiée. Au niveau du recto de la feuille, on retrouve en haut et à gauche le numéro de l'admission, en haut et au centre le nom et le prénom du malade et en haut et à droite le type de placement (volontaire ou d'office). Puis, en allant vers le bas, occupant les trois quarts de la hauteur de la moitié gauche de la page, il existe un tableau. Il comporte deux colonnes et quatorze lignes qui répertorient des données. Ces dernières sont, du haut vers le bas :

- « lieu de naissance »
- « domicile »
- « âge ou date de naissance »
- « état civil »

- « profession »
- « mention du jugement d'interdiction ou nomination d'un administrateur »
- « nom, profession et qualité du tuteur ou de l'administrateur provisoire »
- « nom, profession, demeure et qualité de la personne qui a demandé le placement »
- « désignation de l'autorité qui a ordonné le placement »
- « date du placement »
- « diagnostic »
- « date et circonstances de la sortie »
- « date et circonstances du décès »
- « classe de pension »,
- « signalement » du patient.

Adossé à ce tableau, au niveau de la moitié droite de la page, il existe un encadré pour la « copie des ordres de l'autorité délivrés en vertu des articles 14, 16, 18, 19, 20, 21 et 25 de la loi du 30 juin 1838 ». Plus bas, occupant toute la largeur de la page, figure un autre emplacement destiné à « la mention des avis adressés à l'autorité conformément aux articles 8, 11 et 23 de la loi du 30 juin 1838 ». Sous ce dernier, il existe un autre réservé à la « copie du certificat du médecin joint à la demande ou à l'ordre d'admission ». Le verso de la feuille, quant à lui, est divisé en deux moitiés dans sa largeur. Chacune est organisée de la même façon et destinée à accueillir les « certificats du médecin de l'asile délivrés en vertu des articles 8, 11, 14, 15, 20 et 23 de la loi du 30 juin 1838 » avec à chaque fois la date à laquelle ils ont été établis. Il s'agit là des certificats rédigés au cours de l'hospitalisation du malade tandis que celui produit au moment de l'admission est consigné au niveau du recto de la feuille. Cette trame, telle que nous venons de la détailler, figure en caractères d'imprimerie tandis qu'elle est complétée de façon manuscrite. Cette description vaut autant pour les livres de la loi répertoriant les placements volontaires que pour ceux consignant les placements d'office.

La présentation et l'organisation de ces registres ne se modifient pas au cours du temps.

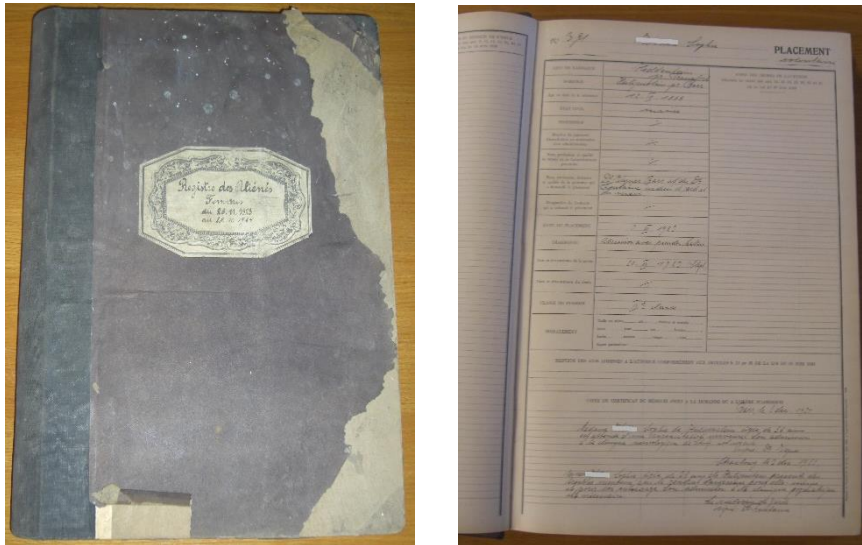


Figure 6 : Livre de la loi des placements volontaires des femmes pour la période 1923-1924

Ces livres de la loi semblent donc avoir eu pour vocation de répertorier, d'une part pour les hommes et d'autre part pour les femmes, toutes les admissions contre le gré des malades, placements volontaires et placements d'office, et de consigner les certificats médicaux qu'ils exigent selon la loi de 1838.

Puisqu'ils correspondent à ce que l'on a longtemps nommé « livre de la loi » dans le domaine des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie (et que l'on appelle désormais « registre des hospitalisations sans consentement »), nous leur avons attribué cette dénomination.⁴³

2.2.2.1.3. Fonctionnement général du système d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962

Après avoir répertorié et décrit les différents types d'archives du Fonds de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, nous avons cherché à comprendre comment ils s'articulaient les uns avec les autres. En d'autres termes, nous avons tenté de reconstituer le fonctionnement général du

⁴³ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Livres de la loi hommes et femmes, 1921-1962

système d'archives de cette Clinique au cours de notre période d'étude, soit de 1912 à 1962. Il diffère pour les périodes 1912-1944 et 1945-1962.

De 1912 à 1944, l'index permettait, à partir du nom et du prénom d'un patient, de connaître les années au cours desquelles il avait été hospitalisé et notamment celle de sa dernière admission. Dès lors, on était en mesure de retrouver son dossier médical. En effet, il est apparu que les dossiers de patients étaient classés chronologiquement et qu'au sein de chaque année, ils l'étaient alphabétiquement. Lorsque le patient avait été interné à plusieurs reprises, son dossier médical était rangé au sein de l'année de sa dernière admission. C'est en tous les cas cet ordonnancement que nous avons été amenés à constater lorsque les dossiers médicaux ont été versés au DHVS et tout portait à croire que ce dernier avait été respecté lors du déménagement. Nom du patient et année de sa dernière hospitalisation étaient donc les deux clés indispensables à la récupération du dossier médical. L'index livrait également une autre donnée essentielle à partir du nom du patient : son numéro d'ordre pour chaque année au cours de laquelle il avait été interné. Ayant connaissance de l'année de sa dernière hospitalisation et de son numéro d'ordre au sein de cette dernière, on pouvait, dans le registre d'admission concerné, avoir rapidement à disposition des informations importantes le concernant telles que son adresse, son âge, son métier ou encore le diagnostic dont il avait fait l'objet. On rappellera, qu'il existe une correspondance des numéros d'ordre dans l'index et dans le registre d'admission. Ainsi, d'une façon schématique, lorsqu'un patient était admis à la Clinique psychiatrique, on pouvait, via l'utilisation de l'index, à partir de son nom de famille et de son prénom retrouver à la fois son dossier médical et des données utiles dans le registre d'admission.

De 1945 à 1962, le fonctionnement du système d'archive est différent. En effet, les dossiers médicaux sont numérotés (numéro d'ordre) et cela organise leur classement au sein d'une année. Ils ne sont donc plus ordonnancés de façon alphabétique. A partir du nom et du prénom du patient, l'index fournissait l'année de la dernière hospitalisation et le numéro d'ordre. Cela permettait à la fois de retrouver son dossier médical mais aussi certaines données administratives et médicales le concernant dans le registre d'admission comme pour la période 1912-1962.

Les livres de la loi et les registres de la polyclinique, ne semblent pas être articulés de façon cohérente avec les index, les dossiers médicaux et les registres d'admission ou du moins nous n'avons pas encore pu encore établir de quelle façon. Certes, ils contiennent des numéros d'ordre mais qui ne correspondent pas à ceux présents dans les trois autres types d'archives.

2.2.2.2. Choix de la source pour le recueil du matériel

L'inventaire et la description des différents types d'archives médicales représentaient, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, une étape préalable à tout travail ultérieur. Elle s'est notamment avérée indispensable pour déterminer la source du matériel de notre étude statistique.

Les données nécessaires à la réalisation de cette dernière correspondaient au diagnostic posé pour toutes les admissions, tant les hommes que les femmes, au cours des années 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962. La source permettant leur recueil exigeait donc de répondre à différents critères. Elle devait contenir des informations diagnostiques, concerner l'ensemble des patients hospitalisés, être disponible pour toute la période d'étude (1912-1962) de la façon la plus exhaustive et la plus fiable possible et finalement être d'utilisation pratique.

Tous les documents d'archives précédemment décrits ne contiennent pas des données diagnostiques. Ce critère est venu écarter d'emblée les index qui en sont dépourvus.

Les livres de la loi n'apparaissaient, quant à eux, pas adaptés. En effet, ils ne répertorient que les admissions sous contrainte et non celles se faisant librement en même temps qu'ils n'existent pas pour toutes les années étudiées et qu'un certain nombre d'entre eux sont manquants. Ainsi utiliser leurs données diagnostiques aurait abouti à des résultats erronés ne reflétant pas de façon fiable la pratique des psychiatres strasbourgeois quant à son aspect diagnostique pour l'ensemble des hospitalisations.

Restaient donc éligibles les dossiers de patients d'une part et les registres d'admission d'autre part. Tous deux contenaient des données diagnostiques et étaient disponibles de façon exhaustive pour

l'ensemble de la période d'étude (1912-1962). Le choix entre ces deux sources a alors obéi, initialement, à des raisons que l'on peut qualifier de pratiques. En effet, la tâche n'est pas comparable entre feuilleter des dizaines de registres d'admission et mobiliser des milliers de dossiers de patients. Utiliser les premiers représentait alors un gain de temps et d'énergie considérable.

Ainsi, mue par un critère de praticité et d'efficacité nous avons pensé recueillir leurs données diagnostiques plutôt que celles contenues dans les dossiers médicaux. Cependant, il fallait alors, avant de les collecter, vérifier leur fiabilité. La source première des données diagnostiques est le dossier médical lui-même, rédigé de la main des médecins au contact des patients. Le registre d'admission, quant à lui, est un document qui semble plus administratif bien qu'il contienne des données médicales. Il est en quelque sorte plus « éloigné » de la pratique que ne l'est le dossier de patient dont il est probablement une transcription. Affirmer la fiabilité des données diagnostiques qu'il contient a alors consisté à éprouver leur correspondance par rapport à celles figurant dans les dossiers médicaux. Nous l'avons effectué pour une année au sein de chaque décennie de la période allant de 1916 à 1950⁴⁴. : 1916, 1926, 1936, 1945 et 1950. Nous avons constitué des échantillons de dix admissions choisies au hasard pour chacune de ces années. Un certain nombre de données les concernant ont été collectées à la fois dans les dossiers de patients et dans les registres d'admission : le nom, le statut, la date de naissance, la date d'entrée, la date de sortie, le diagnostic et l'orientation à la sortie. Ainsi, pour chaque admission de l'échantillon, les données issues des deux sources ont ensuite été confrontées les unes aux autres pour voir si elles étaient similaires ou différentes. Nous avons alors pu établir un pourcentage de concordance⁴⁵ pour chacun des échantillons. Pour l'ensemble des sept données, il est de : 87% en 1916, 90% en 1926, 91% en 1936, 86% en 1945 et 81% en 1950. Lorsqu'on ne considère que la donnée diagnostique, qui est celle qui nous intéresse, il s'élève à : 100% en 1916, 90% en 1926, 100% en 1936, 100% en 1945 et 87% en 1950.

⁴⁴ Au moment où nous avons effectué cette étape de notre travail, nous pensions arrêter notre période d'étude à l'année 1952.

⁴⁵ Le pourcentage de concordance correspond pour chaque année étudiée au nombre de données similaires rapporté au nombre total de données (70) le tout multiplié par 100.

Au vu de ces résultats, nous avons pensé que les données des registres d'admission étaient assez fiables au sens où elles étaient suffisamment semblables à celles des dossiers de patients pour que l'on puisse les utiliser. Nous avons donc choisi ces registres comme source du matériel défini pour notre étude.

2.2.2.3. *Le recueil des données*

Une fois le choix de la source de notre matériel d'étude arrêté, le recueil des données a pu débuter. Ainsi pour chacune des six années analysées (1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962), d'une part dans le registre d'admission des hommes et d'autre part dans celui des femmes, nous avons relevé de façon systématique les données diagnostiques pour l'ensemble des admissions.⁴⁶Elles ont été rapportées dans des classeurs Excel. Un a été constitué pour les hommes et un autre pour les femmes. Chaque année étudiée s'est vu attribuer une feuille du classeur.

L'intitulé qui figurait dans la case «Diagnostic» du tableau des registres a été recueilli tel qu'il y figurait et accompagné du numéro d'ordre correspondant. Nous avons relevé de la même façon celui inscrit dans la case « Remarques » de ce tableau quand il avait trait au diagnostic. Cet emplacement a été, en effet, assez fréquemment le lieu d'un complément du diagnostic ou tout simplement de son prolongement par manque de place, les deux cases étant accolées. En consignant ces intitulés, nous avons conservé la distinction entre les deux. Ils viennent cependant constituer une seule et même donnée diagnostique que nous avons appelée *l'énoncé diagnostique*. Il s'agit du diagnostic tel qu'il est formulé dans le registre d'admission. C'est donc une étape de transcription littérale qui a été effectuée ici. Lorsqu'aucun intitulé ne figurait dans la case, c'est-à-dire lorsque cette dernière était vide, nous avons alors noté la mention « aucune donnée ». Lorsque nous n'avons pas réussi à le lire, c'est celle de « diagnostic illisible » qui a été retenue. Cela s'est produit à plusieurs reprises car, dans les registres, les diagnostics sont rédigés de façon manuscrite et de surcroît en allemand gothique

⁴⁶ On rappelle ici que pour la période d'étude, il existe deux registres d'admission par années : un pour les hommes et un pour les femmes.

pour l'année 1912. Les déchiffrer a pu poser de grandes difficultés que nous n'avons pas toujours réussi à solutionner malgré l'aide de l'équipe de recherche du département d'Histoire de la médecine de La Charité à Berlin.

Cette opération de recueil des données des registres d'admission a été faite de façon systématique pour toutes les admissions hommes et femmes des années 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962. Ce sont ainsi 6480 énoncés diagnostiques qui ont été collectés.

Années étudiées	1912	1922	1932	1942	1952	1962	Ensemble des six années
Nombre d'énoncés diagnostiques (soit nombre d'admissions)	582	690	1183	903	1614	1508	6480

Tableau 1 : Nombre d'énoncés diagnostiques recueillis pour chaque année étudiée (1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962) et pour leur ensemble

2.2.2.4. Construction de la grille de regroupement diagnostique

Une fois l'ensemble des données recueillies et consignées, nous nous sommes rendue compte qu'elles ne pouvaient pas, en l'état, répondre à l'objectif fixé par notre étude : suivre l'évolution de la proportion des notions nosologiques présentes dans les diagnostics posés à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Elles étaient alors extrêmement hétérogènes, variées et précises. Pour certains énoncés diagnostiques, la dénomination de la maladie était si particulière qu'elle en devenait unique au sein de nos tableaux Excel. Dès lors l'enjeu a consisté à transformer ces données brutes en notions nosologiques. La notion est l'idée générale d'un objet au sens où elle implique les traits les plus marquants. La nosologie, quant à elle, est l'étude des caractères distinctifs des maladies qui permettent de les définir et de les classer. La notion nosologique désigne donc les traits fondamentaux des différents objets de la nosologie, soit les entités nosologiques ou les groupes nosologiques. Elle fait référence à une telle entité ou un tel groupe dans ses grandes lignes.

Une fois les énoncés diagnostiques recueillis, il s'agissait donc de les regrouper en de plus vastes ensembles possédant un certain nombre de caractéristiques essentielles communes : les notions nosologiques.

Cette opération a nécessité la construction d'une *grille de regroupement diagnostique*. Pour répondre à l'objectif fixé, cette dernière devait être constituée de différentes *catégories diagnostiques*, chacune représentant une notion nosologique et ayant des conditions d'application à un énoncé diagnostique clairement définies.

L'élaboration de cette grille s'est avérée être l'une des tâches les plus complexes de notre travail. Nous avons été confrontée à un certain nombre de difficultés. Ainsi, il s'est avéré éminemment compliqué de rassembler des données diagnostiques d'une très grande diversité en un nombre limité de catégories. Notre impression a alors été, au moins au début, celle d'un processus réducteur venant amputer la richesse nosologique que nous avions sous les yeux. Ensuite, certains énoncés diagnostiques nous étaient inconnus et nous ignorions alors à quelle notion nosologique ils pouvaient correspondre. Finalement, nous étions constamment amenée à raisonner par rapport aux données avec notre référentiel de psychiatre du XXI^e siècle. Ainsi la construction des catégories diagnostiques et la définition de leur application à un énoncé était le fruit d'interprétations faites en fonction de nos connaissances psychiatriques actuelles. Et pourtant utiliser ces dernières pour traiter des données produites de 1912 à 1962 n'avait que peu de sens, voire réalisait même un non-sens du point de vue de l'histoire des sciences. En effet, l'orthodoxie historienne impose d'étudier les faits sans anticiper sur le futur et indépendamment de l'issue des débats⁴⁷. Cette prise de conscience n'a pas été immédiate tant nous étions enracinée dans nos conceptions médicales modernes au point d'en oublier qu'elles constituaient un filtre invariable de notre analyse. Il a fallu s'en affranchir pour pouvoir aborder les énoncés diagnostiques de la façon la plus objective possible.

⁴⁷ Barberousse, A., Bonnay, D., Précis de Philosophie Des Sciences. Vuibert, Paris. p 206-230

Face à ces difficultés, nous avons choisi de construire la grille de regroupement diagnostique en fonction d'un certain nombre de principes. Le premier a consisté à identifier au sein des énoncés diagnostiques une entité nosologique dont on a cherché à extraire la notion nosologique à laquelle elle pouvait se référer. Cette opération a été effectuée sur la base de deux critères. Le premier a exigé de rester au plus proche des mots des énoncés diagnostiques et plus précisément de ceux de l'entité nosologique. Ce critère devait venir agir comme un garde-fou de notre tendance à ordonner les données diagnostique à l'aune de nos connaissances actuelles (non-sens historique). Il nous permettait de nous délester de notre savoir psychiatrique en revenant à un niveau plus essentiel d'analyse, celui des mots. Etre au contact de ces derniers nous a permis une certaine rigueur et un systématisme en même temps que cela réduisait le risque d'interprétations sauvages et erronées. Au prix de certains écueils cependant. En effet, prendre les dénominations au pied de la lettre pouvait également conduire à un autre non-sens, cette fois ci d'ordre médical ou psychiatrique. Pour venir en quelque sorte les corriger, nous avons défini le deuxième critère. Il consistait à respecter le contenu des concepts diagnostiques. Il a cependant fallu veiller à ce que la démarche reste historique : le contenu envisagé ne devait pas être celui que l'on connaît au concept de nos jours mais bien celui qu'il possédait à l'époque considérée. Ceci a alors nécessité tout un travail de documentation sur l'histoire des différentes entités rencontrées.

Le second principe a imposé que les catégories diagnostiques ainsi construites et définies à partir de ces deux critères permettent de répertorier la totalité des énoncés diagnostiques.

Selon le troisième principe défini, les catégories diagnostiques ne devaient pourtant pas être excessivement nombreuses afin que le spectre puisse jouir d'une certaine lisibilité. Nous avons donc choisi de faire correspondre des champs diagnostiques entiers à une seule et même catégorie diagnostique. Ces champs ont été choisis de façon précise et déterminée du fait de l'intérêt moindre que nous leur portions dans le cadre de ce travail. Ils sont ceux ayant traits aux pathologies neurologiques, aux pathologies somatiques non neurologiques, à la déficience mentale, à

l'alcoolisme et aux autres addictions. Ils ne sont alors pas pour autant « condamnés ». Le regroupement dont ils étaient le fruit pouvait à tout moment, notamment à l'occasion de travaux ultérieurs, être déconstruit et restructuré d'une autre façon plus détaillée respectant d'avantage les notions nosologiques en jeu.

La grille de regroupement diagnostique résulte d'un compromis entre ces trois principes. Sa construction a été en fait un travail très progressif et « intégratif ». Une ébauche de la grille a été élaborée dans un premier temps. Elle a ensuite été testée pour les six années étudiées et sans cesse adaptée et réadaptée en fonction des énoncés diagnostiques nouvellement rencontrés ou des difficultés auxquelles nous étions confrontée. Cette démarche a été renouvelée jusqu'à ce qu'on l'obtienne un résultat satisfaisant : une grille faite d'un nombre limité de catégories diagnostiques reflétant les notions nosologiques contenues dans les différents énoncés diagnostiques en s'attachant essentiellement à rester au contact des mots tout en respectant le sens des concepts. Celle obtenue comporte 99 catégories et elle est détaillée ci-dessous.

CATEGORIE DIAGNOSTIQUE	DEFINITION DE SON APPLICATION A UN ENONCE DIAGNOSTIQUE
Démence précoce	Tous les énoncés diagnostiques contenant les expressions « Démence précoce »/ « Dément précoce »/ « <i>Dementia praecox</i> » lorsqu'ils ne contiennent pas par ailleurs les mots "Paranoïde"/ « <i>Paranoid</i> », « Catatonie »/ « Catatonique »/ « <i>Katatonie</i> »/ « <i>Katatonisch</i> » et « Hébéphrénie »/ « Hébéphrénique »/ « <i>Hebephrenie</i> »/ « <i>Hebephrenisch</i> »
Démence précoce, forme hébéphrénique	Tous les énoncés diagnostiques contenant les expressions « Démence précoce »/ « Dément précoce »/ « <i>Dementia praecox</i> » lorsqu'elles sont associées aux termes "Hébéphrénie"/"Hébéphrénique"/ « <i>Hebephrenie</i> »/ « <i>Hebephrenisch</i> »
Démence précoce, forme catatonique	Tous les énoncés diagnostiques contenant les expressions « Démence précoce »/ « Dément précoce »/ « <i>Dementia praecox</i> » lorsqu'elles sont associées aux termes « Catatonie »/ « Catatonique »/ « <i>Katatonie</i> »/ « <i>Katatonisch</i> »
Démence précoce, forme paranoïde	Tous les énoncés diagnostiques contenant les expressions « Démence précoce »/ « Dément précoce »/ « <i>Dementia praecox</i> » lorsqu'elles sont associées à l'adjectif « paranoïde »/ « <i>paranoid</i> » ou tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression "Démence paranoïde"/ « <i>Dementia</i>

	<i>paranoides »</i>
Schizophrénie	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Schizophrénie »/ « <i>Schizophrenie</i> » ou l'adjectif "Schizophrénique"/ « <i>Schizophrenisch</i> » lorsqu'ils ne contiennent pas par ailleurs les termes "Paranoïde"/ « <i>Paranoïd</i> », « Catatonie »/ « Catatonique »/ « <i>Katatonie</i> »/ « <i>Katatonisch</i> » et « Hébéphrénie »/ « Hébéphrénique »/ « <i>Hebephrenie</i> »/ « <i>Hebephrenisch</i> »
Schizophrénie paranoïde	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Schizophrénie »/ « <i>Schizophrenie</i> » ou l'adjectif « Schizophrénique »/ « <i>Schizophrenisch</i> » lorsqu'ils sont associés à l'adjectif « Paranoïde »/ « <i>Paranoïd</i> »
Schizophrénie catatonique	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Schizophrénie »/ « <i>Schizophrenie</i> » ou l'adjectif « Schizophrénique »/ « <i>Schizophrenisch</i> » lorsqu'ils sont associés à aux termes « Catatonie »/ « Catatonique »/ « <i>Katatonie</i> »/ « <i>Katatonisch</i> »
Schizoïdie	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Schizoïdie »/ « <i>Schizoidie</i> » ou l'adjectif « Schizoïde ».
Catatonie	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes « Catatonie »/ « Catatonique »/ « <i>Katatonie</i> »/ « <i>Katatonisch</i> » sauf quand ils sont associés à ceux de « Schizophrénie »/ « <i>Schizophrenie</i> »/ « Schizophrénique »/ « <i>Schizophrenisch</i> » ou de « Démence » précoce »/ « Dément précoce »/ « <i>Dementia praecox</i> » (ils relèvent alors de la catégorie Schizophrénie, forme catatonique ou Démence précoce, forme catatonique)
Hébéphrénie	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes « Hébéphrénie »/ « Hébéphrénique »/ « <i>Hebephrenie</i> »/ « <i>Hebephrenisch</i> » sauf quand ils sont associés à ceux de « Démence précoce »/ « Dément précoce »/ « <i>Dementia praecox</i> » (ils relèvent alors de la catégorie Démence précoce, forme hébéphrénique)
Paraphrénie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Paraphrénie »/ « <i>Paraphrenie</i> » ou l'adjectif « Paraphrénique »/ « <i>Paraphrenisch</i> »
Paranoïa	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Paranoïa »/ « <i>Paranoïa</i> » ou l'adjectif « Paranoïaque »
Psychose maniaco-dépressive	Tous les énoncés diagnostiques contenant les expressions « Psychose maniaco-dépressive »/ « Folie maniaque-dépressive »/ « <i>Manisch-depressives Irresein</i> »/ « <i>Manisch-depressive Erkrankung</i> » ou l'adjectif « maniaco-dépressif »/ « <i>manisch-depressiv</i> »
Manie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Manie » ou l'adjectif « Maniaque »/ « <i>Manisch</i> »
Hypomanie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Hypomanie » ou l'adjectif « Hypomaniaque »/ « <i>Hypomanisch</i> »
Cyclothymie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Cyclothymie »/

	« <i>Zyklothymie</i> » ou l'adjectif « Cyclothymique »/ « <i>Zyklothymisch</i> »
Etat mixte	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression « Etat mixte »/ « <i>Mischzustand</i> »
Psychose hallucinatoire chronique	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes de « Psychose hallucinatoire chronique »
Délire d'imagination	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes de « Délire d'imagination »
Délire d'interprétation	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes de « Délire d'interprétation »
Délire de jalousie	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes de « Délire de jalousie »
Erotomanie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Erotomanie » ou l'adjectif « Erotomaniaque »
Quérulence	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Quérulence »/ « <i>Querulantenwahn</i> » ou l'adjectif « Quérulent »/ « <i>Querulant</i> »
Folie circulaire	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes de « Folie circulaire »
Bouffée délirante aiguë	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes de « Bouffée délirante aiguë »/ « Bouffée délirante »
Psychose puerpérale	Tous les énoncés contenant les termes de « Psychose puerpérale »/ « <i>Puerperale Psychose</i> »
Psychose	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Psychose » ou l'adjectif « Psychotique »/ « <i>Psychotisch</i> » sauf si c'est dans le cadre de « Psychose maniaco-dépressive »/ « Psychose hallucinatoire chronique »/ « Psychose puerpérale » (ils relèvent alors des catégories diagnostiques Psychose maniaco-dépressive , Psychose hallucinatoire chronique et Psychose puerpérale)
Dépression	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Dépression »/ « <i>Depression</i> » ou l'adjectif « Dépressif »/ « Déprimé »/ « <i>Depressiv</i> » sauf lorsqu'ils ont associés aux termes « Mélancolie » / « <i>Melancholie</i> »/ « Mélancolique »/ « <i>Melancholisch</i> » (ils relèvent de la catégorie Mélancolie)
Mélancolie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Mélancolie »/ « <i>Melancholie</i> » ou l'adjectif « Mélancolique »/ « <i>Melancholisch</i> »
Dégénérescence	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Dégénérescence » / « <i>Degeneration</i> » ou l'adjectif « Dégénéré »/ « <i>Degenerative</i> »
Psychopathie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Psychopathie » ou les adjectifs « Psychopathique »/ « Psychopathe »/ « <i>Psychopatisch</i> »
Personnalité	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Personnalité »/ « <i>Persönlichkeit</i> »
Konstitutionnelle Vertimmung	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression «Konstitutionnelle Verstimmung »
Troubles caractériels	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Caractère »/ « <i>Charakter</i> » ou l'adjectif « Caractériel »
Mythomanie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Mythomanie » ou l'adjectif « Mythomane »
Kleptomanie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Kleptomanie »
Atteinte aux mœurs	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms

	« Exhibitionnisme »/ « <i>Exhibitionismus</i> » / « <i>Sittlichkeit</i> »/ « <i>Blutschande</i> »/ « Prostitution »
Perversion	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Perversion » ou l'adjectif « Pervers »
Débilité	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Débilité »/ « <i>Debilität</i> »/ « Imbécillité »/ « <i>Imbecillität</i> » / « Idiotie »/ « Crétinisme »/ « <i>Cretinismus</i> » / « Déficience »/ « <i>Minderwertigkeit</i> », « <i>Schwachsinn</i> » ou les adjectifs « Débile »/ « Idiot »/ « Déficient »/ « <i>Schwachsinnig</i> »
Epilepsie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Epilepsie » ou les adjectifs « Epileptique »/ « <i>Epileptisch</i> »
Epileptiforme	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'adjectif « Epileptiforme »/ « <i>Epileptiform</i> »
Paralysie générale	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Paralysie générale »/ « Paralysie générale progressive » / « <i>Progressive Paralyse</i> » ou les adjectifs « Paralytique »/ « <i>Paralytisch</i> »
Tabès	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Tabès »/ « <i>Tabes</i> » ou l'adjectif "Tabétique"
Syphilis	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Syphilis »/ « <i>Lues</i> » ou l'adjectif « Syphilitique » sauf lorsqu'ils sont associés aux termes renvoyant à la notion de paralysie générale ou de tabès.
Hystérie	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Hystérie »/ « <i>Hysterie</i> » ou l'adjectif « Hystérique »/ « <i>Hysterisch</i> » ou l'expression « Syndrome de Ganser »/ « <i>Ganser Syndrom</i> »
Hypochondrie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Hypochondrie » ou l'adjectif « Hypochondriaque »/ « <i>Hypochondrisch</i> »
Neurasthénie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Neurasthénie »/ « <i>Neurasthenie</i> » ou l'adjectif « Neurasthénique »/ « <i>Neurasthenisch</i> »
Psychasthénie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Psychasthénie »/ « <i>Psychasthenie</i> » ou l'adjectif « Psychasthénique »/ « <i>Psychasthenisch</i> »
Obsessions	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Obsessions »/ « <i>Zwang</i> »/« <i>Zwangsvorstellung</i> » ou les adjectifs « obsessionnel »/ « obsédant »
Phobie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Phobie » ou l'adjectif « Phobique »
Névropathie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Névropathie » ou l'adjectif « Névropathe »
Névrose	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Névrose »/ « <i>Neurose</i> » ou les adjectifs « Névrosé »/ « Névrotique »/ « <i>Neurotisch</i> »
Psychonévrose	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Psychonévrose »
Inhibition	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Inhibition » ou l'adjectif « Inhibé »
Enurésie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Enurésie » ou l'adjectif « Enurétique »

Pseudo	Tous les énoncés diagnostiques contenant des noms et des adjectifs comportant le préfixe « Pseudo » à l'exception de « Pseudobulbaire »
Anorexie mentale	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression « Anorexie mentale »
Abandonnique	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'adjectif « Abandonnique »
Etat crépusculaire	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression « Etat crépusculaire »/ « <i>Dämmerzustand</i> »
Tétanie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Tétanie »
Tic	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Tic »
Sinistrose	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Sinistrose »
Rentenneurose	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Rentenneurose »
Abnorme Reaktion	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression « Abnorme Reaktion »
Post-traumatique	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'adjectif « post-traumatique »/ « <i>Posttraumatisch</i> »
Alcool	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Alcool »/ « <i>Alkohol</i> »/ « Alcoolisme »/ « <i>Alkoholismus</i> »/ « <i>Alkoholintoleranz</i> »/ « Ethylisme »/ « Alcoolisation »/ « Ivresse »/ « <i>Rausch</i> »/ « <i>Delirium tremens</i> » ou les adjectifs « alcoolique »/ « <i>alkoholistisch</i> »/ « éthylique »/ « arrosé »
Addiction	Tous les énoncés diagnostiques dont les termes renvoient à la notion d'addiction, donc contenant notamment les noms « Morphisme »/ « <i>Morphinismus</i> »/ « Toxicomanie » ou les adjectifs « Morphinomane »/ « Toxicomaniaque »
Suicide	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Suicide »/ « <i>Suizid</i> »/ « Tentative de suicide »/ « <i>Suizidversuch</i> » ou les adjectifs « Suicidé »/ « <i>Suicidal</i> »
Démence	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Démence »/ « <i>Demenz</i> »/ « <i>Dementia</i> »/ « Affaiblissement intellectuel » ou les adjectifs « Dément »/ « <i>Dement</i> »/ « Démentiel » sauf lorsqu'ils apparaissent dans le cadre de « Démence précoce »/ « <i>Dementia praecox</i> »/ « Démence sénile »/ « <i>Dementia senilis</i> »/ « <i>Senile Demenz</i> »/ « Démence présénile »/ « <i>Präsenile Demenz</i> »/ « Pseudodémence »/ « <i>Pseudodemenz</i> » ou lorsqu'ils sont associés aux termes d' « Alzheimer » ou encore « Korsakoff » (ils relèvent alors des catégories Démence précoce , Démence sénile , Démence présénile , Pseudo , Alzheimer et Korsakoff)
Démence sénile	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes « Démence sénile »/ « Dément sénile »/ « <i>Dementia senilis</i> »/ « <i>Senile Demenz</i> »
Démence présénile	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes de « Démence présénile »/ « Dément présénile »/ « <i>Präsenile Demenz</i> »
Presbyophrénie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Presbyophrénie »
Maladie de Pick	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Pick »

Korsakoff	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Korsakoff » y compris s'il existe une association à des termes renvoyant à la catégorie alcool
Alzheimer	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Alzheimer »
Involution	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes « Involution »/ « Retour d'âge »/ « <i>Rückbildung</i> » ou l'adjectif « Involutif »
Neurologique	Tous les énoncés diagnostiques contenant des termes qui renvoient à une pathologie d'allure neurologique
Parkinson	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Parkinson » ou l'adjectif « Parkinsonien »
Chorée	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Chorée » ou l'adjectif « Choréique »
Agitation	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Agitation »/ « Excitation »/ « <i>Erregung</i> » ou l'adjectif « Agité »/ « <i>Erregt</i> »
Violence	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Violence »/ « Agressivité » ou les adjectifs « Violent »/ « Agressif »/ « <i>Agressiv</i> »
Fugues	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Fugue » ou l'adjectif « Fugueur »
Troubles du comportement	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression « Troubles du comportement »
Syndrome confusionnel	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Confusion »/ « Verwirrheit » ou l'adjectif « Confusionnel »/ « Verwirrt »
Onirisme	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Onirisme » ou l'adjectif « Onirique »
Emotivité	Tous les énoncés diagnostique contenant les noms « Emotivité »/ « <i>Emotivität</i> » ou l'adjectif « Emotif »
Angoisse	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Angoisse »/ « Anxiété »/ « <i>Angst</i> »/ ou les adjectifs « Angoissé »/ « Anxieux »/ « <i>Angstlich</i> »
Psychogène	Tous les énoncés diagnostiques contenant les adjectifs « Psychogène »/ « Psychogene »
Potomanie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Potomanie » ou l'adjectif « Potomane »
Narcolepsie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Narcolepsie »
Paranoïde	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'adjectif « Paranoïde »/ « <i>Paranoid</i> » sauf quand il est associé aux noms « Démence »/ « <i>Dementia</i> »/ « <i>Demenz</i> »/ « <i>Schizophrenie</i> »
Délire	Tous les énoncés diagnostiques contenant les noms « Délire »/ « <i>Delir</i> »/ « <i>Wahnideen</i> » ou l'adjectif « Délirant »
Dépersonnalisation	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Dépersonnalisation »
Hallucinose	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Hallucinose »/ « <i>Halluzinose</i> » lorsque ce dernier n'est pas associé à des termes renvoyant à la notion de consommation d'alcool (ils relèvent alors de la catégorie Alcool)
Troubles psychiques liés à la grossesse	Tous les énoncés diagnostiques contenant le terme de « Grossesse »/ « <i>Schwangerschaft</i> »/ « <i>Gravidität</i> » ou les adjectif « Gravidique »/ « Puerpéral » (sauf quand il est associé au nom « Psychose » car l'énoncé relève alors de la catégorie Psychose)

	puerpérale
Troubles psychiques liés à la ménopause	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Ménopause »/ « <i>Klimakterium</i> » ou l'adjectif « <i>klimakterisch</i> »
Organique	Tous les énoncés diagnostiques contenant des termes qui renvoient à une pathologie n'ayant l'allure ni d'une pathologie psychiatrique ni de celle d'une pathologie neurologique
Diagnostic non spécifique	Troubles d'allure psychique mais sans diagnostic précis. Il peut alors s'agir de « Troubles mentaux » ou « Troubles psychiques »
Diagnostic impossible à déterminer	Absence d'énoncé diagnostique ou énoncés diagnostiques illisibles

2.2.2.5. Application de la grille de regroupement diagnostique

Une fois la grille de regroupement diagnostique construite, il a fallu l'appliquer aux différents énoncés diagnostiques.

Elle devait permettre l'appariement de chacun d'entre eux à une de ses catégories. Le produit de cette opération, soit le fruit de la transformation de l'énoncé diagnostique par la grille, a été appelé *diagnostic codé*.

Nous avons été à cet endroit confrontée à une nouvelle difficulté. En effet, certains énoncés diagnostiques étaient longs et complexes. Ils pouvaient ainsi comporter plusieurs notions nosologiques et donc correspondre à plusieurs catégories diagnostiques. On peut citer à titre d'exemple certains d'entre eux : « Psychopathie délirante chez une éthylique chronique débile profonde » (1952)⁴⁸, « Névrose hypochondriaque de niveau hystérique avec dépression réactionnelle » (1962)⁴⁹ ou encore « Dépression atypique. Schizophrénie caractérielle » (1962)⁵⁰. Ne leur appliquer qu'une seule catégorie diagnostique nous est alors apparu tout à fait arbitraire. En effet, le plus souvent aucun critère pertinent n'aurait permis de la faire et nous aurions alors abouti à des diagnostics codés ne reflétant pas la réalité des données brutes de départ. Ainsi nous avons établi qu'un seul énoncé diagnostique pouvait correspondre à plusieurs catégories diagnostiques

⁴⁸ Registre d'admission « Maladies mentales femmes 1952 »

⁴⁹ Registre d'admission « Maladies mentales femmes 1962 »

⁵⁰ Registre d'admission « Maladies mentales hommes 1962 »

différentes. Sur l'ensemble de notre période d'étude, ils ont été ainsi métabolisés de façon variable entre un et quatre diagnostics codés.

En totalité, pour les six années étudiées, ce sont ainsi 9044 diagnostics codés qui ont été produits pour un nombre total d'énoncés diagnostiques de 6480.

Années étudiées	1912	1922	1932	1942	1952	1962	Ensemble des six années
Nombre d'énoncés diagnostiques (soit nombre d'admissions)	582	690	1183	903	1614	1508	6480
Nombre de diagnostics codés	929	954	1430	1073	2561	2097	9044

Tableau 2 : Nombre d'énoncés diagnostiques et de diagnostics codés pour chaque année étudiée : 1912 ; 1922, 1932, 1942, 1952, 1962 et pour leur ensemble

2.2.2.6. Analyses statistiques

Pour chacune des six années étudiées, le nombre de diagnostics codés relevant de chaque catégorie diagnostique de la grille a été établi. Il s'agit de leur effectif respectif. Une mesure de proportion de chaque catégorie diagnostique par année a alors été effectuée : le nombre de diagnostics codés relevant de chacune d'entre elles pour l'année considérée (effectif) a été rapporté au nombre de total de diagnostics codés pour cette même année (effectif total). Ainsi, nous avons obtenu la proportion de chaque catégorie diagnostique parmi leur ensemble en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962.

2.3. Résultats

Notre étude avait pour objectif de décrire l'évolution de la proportion des différentes notions nosologiques présentes dans les diagnostics posés à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. La proportion au cours des six années étudiées (1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962) de chacune des catégories diagnostiques construites dans le but refléter ces notions

nosologiques a pu être établie : c'est le spectre diagnostique. L'évolution de ces proportions respectives dans le temps, au cours de la période d'étude, a alors pu être décrite et caractérisée. Les catégories diagnostiques étant nombreuses (99 en totalité), nous n'allons pas les détailler toutes. Nous décrirons uniquement les résultats pour celles qui représentent un intérêt particulier pour notre travail. Nous avons réalisé cette étude afin de repérer les changements nosologiques pratiques les plus marquants à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. On peut rappeler ici que ces derniers correspondent à des variations au cours du temps de l'importance de l'utilisation des notions nosologiques par les psychiatres pour poser un diagnostic. Nous allons donc faire état des catégories diagnostiques dont la proportion décrit une évolution notable au cours de la période d'étude. Parmi elles, seront privilégiées celles qui revêtent une importance particulière tant en regard de l'histoire de la psychiatrie que de sa pratique actuelle. Dans un souci de présentation et de lisibilité et afin de leur donner une certaine cohérence les unes par rapport aux autres, elles seront regroupées en de plus vastes ensembles: « psychoses », « névroses », « dépression », « concept de dégénérescence et sa lignée », et « paralysie générale ».⁵¹ Ces regroupements sont effectués selon une approche historique. Les résultats obtenus pour les autres catégories diagnostiques, quant à eux, sont consignés en annexe.

2.3.1 Les psychoses

Le premier ensemble de catégories diagnostiques pour lequel nous allons détailler nos résultats est celui des psychoses. Ce regroupement n'a pas été fait en fonction d'une définition du terme « psychose » au sein d'une classification diagnostique actuelle mais il rend compte d'avantage de son sens générique qui est resté assez constant au cours des siècles. Il s'agit de celui qu'il s'est forgé vers

⁵¹ On notera que certains de ces ensembles correspondent à une seule catégorie diagnostique

la fin du XIXe siècle dans son opposition au concept de névrose : la désignation des affections mentales les plus sévères.⁵²

Cet ensemble regroupe vingt-six catégories diagnostiques : « démence précoce », « démence précoce, forme paranoïde », « démence précoce, forme catatonique », « démence précoce, forme hébéphrénique », « schizophrénie », « schizophrénie, forme paranoïde », « schizophrénie, forme catatonique », « catatonie », « hébéphrénie », « paraphrénie », « paranoïa », « psychose maniaco-dépressive », « manie », « hypomanie », « cyclothymie », « état mixte », « psychose », « psychose puerpérale », « bouffée délirante aiguë », « psychose hallucinatoire chronique », « délire d'interprétation », « délire de jalousie », « querulence », « érotomanie », « délire d'imagination » et « folie circulaire ». Les résultats seront détaillés pour chacune d'entre elles. En effet, nous focaliserons par la suite notre attention sur l'évolution de la proportion des catégories diagnostiques ayant trait à la schizophrénie. Or, elles appartiennent à ce plus vaste ensemble des psychoses. Il est donc intéressant de décrire les résultats pour l'ensemble des catégories de ce groupe, même si leurs proportions ne sont pas sujettes à une évolution marquante de 1912 à 1962.

2.3.1.1. Les catégories diagnostiques renvoyant à la notion de démence précoce

2.3.1.1.1. La catégorie diagnostique « démence précoce »

Partant de 4,2% en 1912, la proportion de la catégorie diagnostique « démence précoce » augmente de 1912 à 1922 pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude, soit 10,2%. Elle diminue de 1922 à 1942, année au cours de laquelle elle est nulle. Elle reste ensuite proche de 0% ou égale à 0%.

⁵² Postel, J., 2011. Dictionnaire de la Psychiatrie, Larousse in extenso. Larousse, Paris. p. 373

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/ Effectif total (nt)	39/ 929	97/ 954	1/ 1430	0/ 1073	2/2561	0/2097
Proportion	4,2	10,2	0,1	0	0,1	0

Tableau 3 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « Démence précoce », hommes et femmes confondus, en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie augmente de 1912 (proportion= 4,2% ; n= 39) à 1922 (proportion= 10,2% ; n= 97). Elle diminue ensuite de 1922 à 1932 (proportion= 0,1% ; n= 1) et encore de 1932 à 1942 devenant alors nulle. Elle augmente de 1942 à 1952 (proportion= 0,1% ; n= 2) et finalement diminue de 1952 à 1962 pour redevenir nulle.

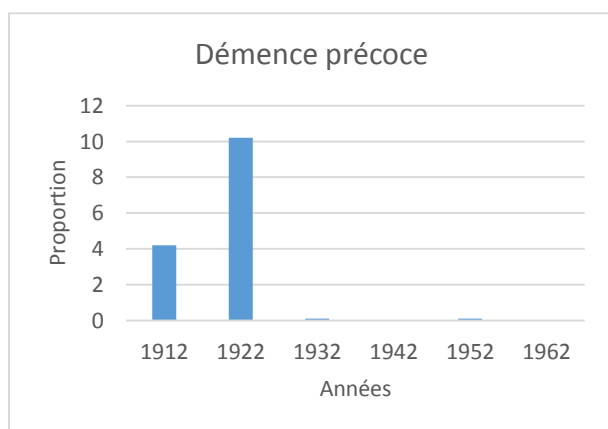


Figure 7 : Proportions de la catégorie diagnostique « démence précoce » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.1.2. La catégorie diagnostique « démence précoce, forme paranoïde »

La proportion de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme paranoïde » diminue de 1912 (proportion= 1,8% ; n= 17) à 1922 (proportion= 0,2 ; n= 2) et diminue encore de 1922 à 1932, année

au cours de laquelle elle est nulle. Cette catégorie diagnostique n'est ensuite plus observée en 1942, 1952 et 1962.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/ Effectif total (nt)	17/ 929	2/954	0/1430	0/1073	0/2561	0/2097
Proportion	1,8	0,2	0	0	0	0

Tableau 4 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme paranoïde » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

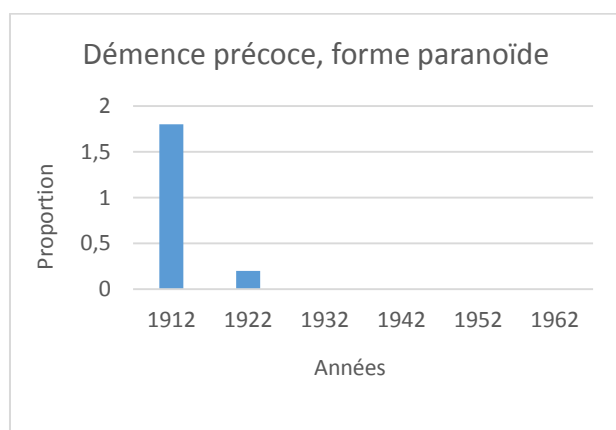


Figure 8 : Proportions de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme paranoïde » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.1.3. La catégorie diagnostique « démence précoce, forme catatonique »

La proportion de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme catatonique » diminue de 1912 (proportion= 0,5% ; n= 5) à 1922 (proportion= 0,2% ; n= 2) et diminue davantage de 1922 à 1932, année au cours de laquelle elle est nulle. Cette catégorie diagnostique n'est ensuite plus observée en 1942, 1952 et 1962.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
--	------	------	------	------	------	------

Effectif (n)/Effectif total (nt)	5/929	2/954	0/1430	0/1073	0/2561	0/2097
Proportion	0,5	0,2	0	0	0	0

Tableau 5 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme catatonique » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

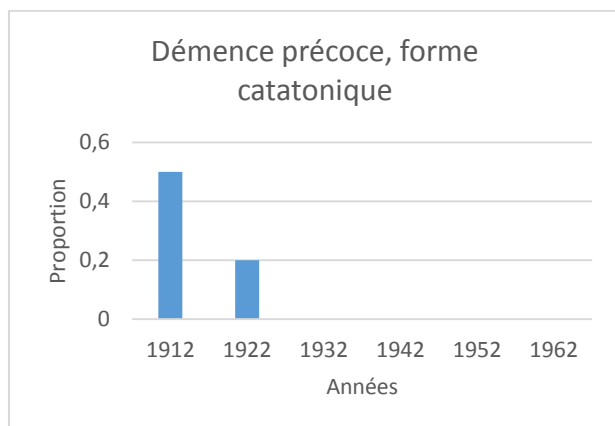


Figure 9 : Proportions de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme catatonique » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.1.4. La catégorie diagnostique « Démence précoce, forme hébéphrénique »

La proportion de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme hébéphrénique » augmente de 1912, année au cours de laquelle elle est nulle, à 1922 (proportion= 0,2% ; n=2). Elle diminue ensuite de 1922 à 1932 pour redevenir nulle. Elle n'est ensuite plus observée en 1942, 1952 et 1962.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	2/954	0/1430	0/1073	0/2561	0/2097
Proportion	0	0,2	0	0	0	0

Tableau 6 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme hébéphrénique » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

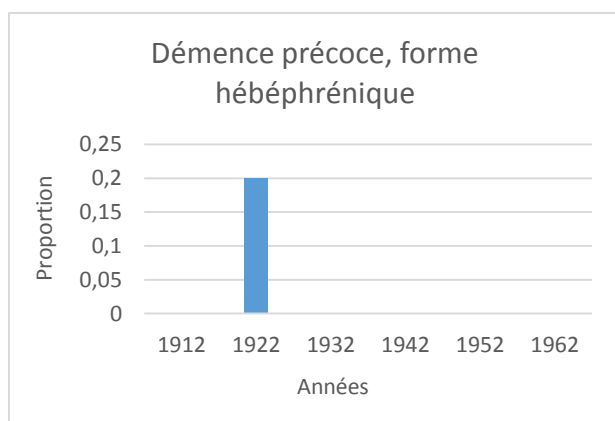


Figure 10 : Proportions de la catégorie diagnostique « démence précoce, forme hébéphrénique » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.1.5. Synthèse des catégories faisant référence à la démence précoce

Les catégories diagnostiques que nous venons de présenter renvoient toutes à la notion de démence précoce, tandis que deux d'entre elles, « démence précoce, forme catatonique » et « démence précoce, forme hébéphrénique » sont observées avec des proportions très faibles. Nous avons donc choisi de fusionner ces quatre catégories en un seul et même groupe nommé groupe diagnostique « démence précoce ». La proportion de ce dernier suit globalement la même évolution que celle de la catégorie diagnostique « démence précoce ».

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	61/929	103/954	1/1430	0/1073	2/2561	0/2097
Proportion	6,6	10,8	0,1	0	0,1	0

Tableau 7 : Effectifs et proportions du groupe diagnostique « démence précoce » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

Sa proportion augmente de 1912 (proportion= 6,6% ; n= 61) à 1922 (proportion= 10,8% ; n= 103). Elle diminue de 1922 à 1932 (proportion= 0,1% ; n= 1) et diminue encore de 1932 à 1942, année au cours

de laquelle elle est nulle. Elle augmente de 1942 à 1952 (proportion= 0,1% ; n= 2). Finalement, elle diminue de 1952 à 1962 pour redevenir nulle.

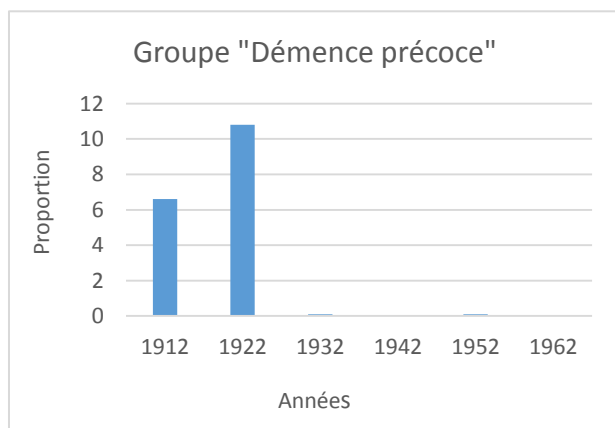


Figure 11 : Proportions du groupe diagnostique « démence précoce » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.2. Les catégories diagnostiques renvoyant à la notion de schizophrénie

2.3.1.2.1. La catégorie diagnostique « schizophrénie »

La catégorie diagnostique « schizophrénie » est observée pour la première fois en 1922 et sa proportion qui est alors de 0,7% augmente de 1922 à 1932 pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période, soit 15%. Elle diminue ensuite de 1932 à 1952 puis reste stable de 1952 à 1962 avec une valeur de 3,5%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	7/954	214/1430	67/1073	89/2561	73/2097
Proportion	0	0,7	15	6,2	3,5	3,5

Tableau 8 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « schizophrénie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique est nulle en 1912. Puis elle augmente de 1912 à 1922 (proportion= 0,7% ; n= 7) et poursuit cette augmentation de 1922 à 1932 (proportion= 15% ; n= 214). Elle diminue ensuite de 1932 à 1942 (proportion= 6,2% ; n= 67) et diminue davantage de 1942 à 1952 (proportion= 3,5% ; n= 89). Finalement, elle reste stable de 1952 à 1962 (proportion= 3,5% ; n= 73).

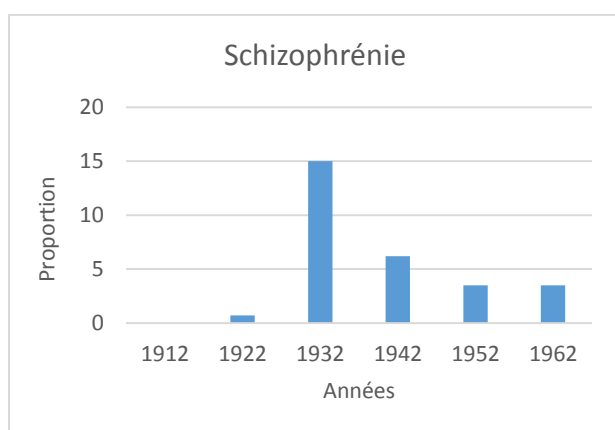


Figure 12 : Proportions de la catégorie diagnostique « schizophrénie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.2.2. La catégorie diagnostique « schizophrénie, forme paranoïde »

La proportion de la catégorie diagnostique « schizophrénie, forme paranoïde » est nulle en 1912 et 1922. Elle augmente de 1922 à 1932 (proportion= 0,1% ; n= 1), de 1932 à 1942 (proportion= 0,2% ; n= 2), de 1942 à 1952 (proportion= 0,3% ; n= 9) et finalement encore de 1952 à 1962 (proportion= 1,4% ; n= 29).

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	0/954	1/1430	2/1073	9/2561	29/2097
Proportion	0	0	0,1	0,2	0,3	1,4

Tableau 9 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « schizophrénie, forme paranoïde » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

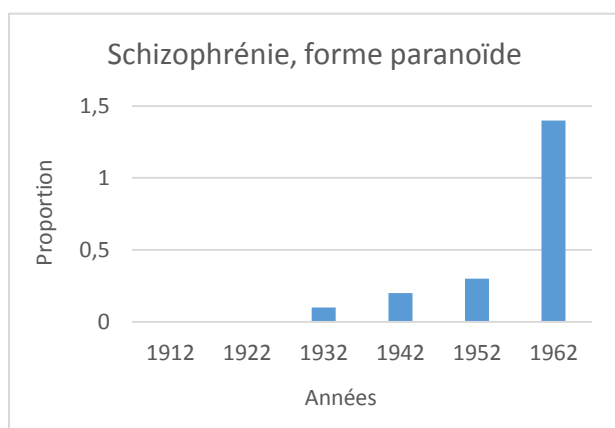


Figure 13 : Proportions de la catégorie diagnostique « schizophrénie, forme paranoïde » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.2.3. La catégorie diagnostique « schizophrénie, forme catatonique »

La proportion de la catégorie diagnostique « schizophrénie, forme catatonique » est nulle en 1912, 1922 et 1932. Elle augmente de 1932 à 1942 (proportion= 0,5% ; n= 5) et diminue ensuite pour redevenir nulle en 1952 et 1962.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	0/954	0/1430	5/1073	0/2561	0/2097
Proportion	0	0	0	0,5	0	0

Tableau 10 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « schizophrénie, forme catatonique » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

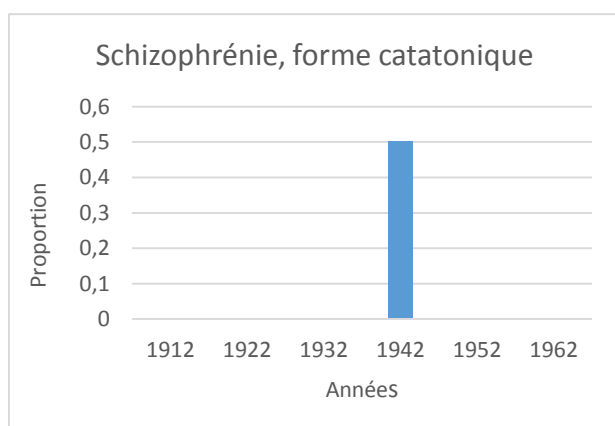


Figure 14 : Proportions de la catégorie diagnostique « schizophrénie, forme catatonique » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.2.4. Synthèse pour les catégories renvoyant à la notion de schizophrénie

Les trois catégories diagnostiques que nous venons d'explicitier renvoient toutes à la notion de schizophrénie en même temps que l'une d'entre elle, « schizophrénie, forme catatonique » est très peu observée de 1912 à 1962.⁵³ Il apparaît donc légitime et pertinent de les rassembler en un seul et même groupe, comme nous l'avons fait pour la notion de démence précoce : le groupe diagnostique « schizophrénie ». La proportion de ce dernier suit globalement évolution que celle de la catégorie diagnostique « schizophrénie » en dehors du fait que de 1952 à 1962, elle ne reste pas stable mais augmente.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	7/954	215/1430	74/1073	99/2561	103/2097
Proportion	0	0,7	15	6,9	3,9	4,9

Tableau 11 : Effectifs et proportions du groupe diagnostique « schizophrénie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de ce groupe diagnostique augmente de 1912, année au cours de laquelle elle est nulle à 1922 (proportion= 0,7% ; n= 7). Elle poursuit son augmentation de 1922 à 1932 (proportion= 15% ; n= 215). Elle diminue ensuite de 1932 à 1942 (proportion= 6,9% ; n= 74) et diminue encore de 1942 à

⁵³ A noter, par ailleurs, que la notion nosologique renvoyant à la forme hébéphrénique de la schizophrénie n'a pas été du tout retrouvée au cours de la période d'étude. C'est pourquoi il n'existe pas de catégorie diagnostique lui étant dédiée.

1952 (proportion= 3,9 ; n= 99). Finalement, elle augmente de 1952 à 1962 (proportion= 4,9% ; n= 103).

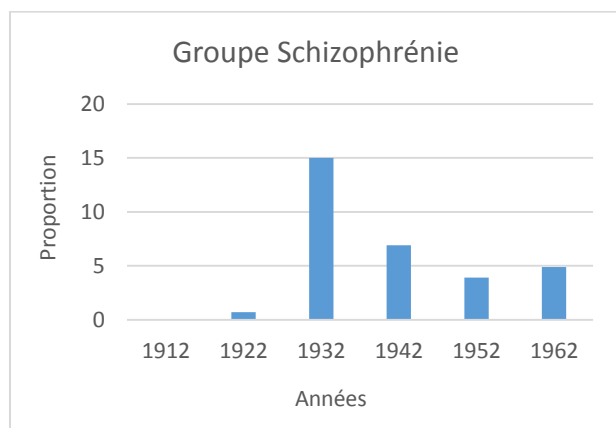


Figure 15 : Proportions du groupe diagnostique « schizophrénie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.3. La catégorie diagnostique « catatonie »

Partant de 1,3% en 1912, la proportion de la catégorie diagnostique « catatonie » augmente de 1912 à 1932 pour atteindre alors sa valeur la plus élevée au cours de la période soit 6,7%. Elle diminue ensuite de 1932 à 1952 où elle atteint sa valeur la plus basse, soit 0,2%. Elle augmente finalement de 1952 à 1962 et est alors de 0,4%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	12/929	13/954	96/1430	12/1073	4/2561	9/2097
Proportion	1,3	1,4	6,7	1,1	0,2	0,4

Tableau 12 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « catatonie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie augmente de 1912 (proportion= 1,3%, n= 12) à 1922 (proportion = 1,4% ; n= 13) et augmente encore de 1922 à 1932 (proportion = 6,7% ; n= 96). Elle diminue de 1932 à 1942 (proportion= 1,1% ; n= 12) puis diminue encore davantage de 1942 à 1952 (proportion= 0,2% ; n= 4). Finalement, elle augmente de 1952 à 1962 (proportion= 0,4% ; n=9).

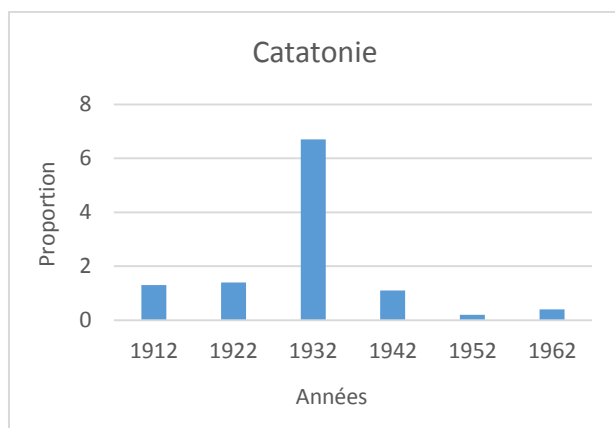


Figure 16 : Proportions de la catégorie diagnostique « catatonie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.4. La catégorie diagnostique « hébéphrénie »

Partant de 3% en 1912, ce qui est sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude, la proportion de la catégorie diagnostique « hébéphrénie » diminue de 1912 à 1922. Elle augmente de 1922 à 1942 puis diminue de 1942 à 1952 et finalement reste stable de 1952 à 1962 avec une valeur de 0,5%, soit la plus basse au cours de la période.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	28/929	7/954	12/1430	10/1073	12/2561	11/2097
Proportion	3	0,7	0,8	0,9	0,5	0,5

Tableau 13 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « hébéphrénie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952, 1962

La proportion de cette catégorie diminue de 1912 (proportion= 3% ; n= 28) à 1922 (proportion= 0,7% ; n= 7). Elle augmente de 1922 à 1932 (proportion= 0,8% ; n= 12) et augmente encore de 1932 à 1942 (proportion = 0,9% ; n= 10). Elle diminue de 1942 à 1952 (proportion= 0,5% ; n= 12) et finalement reste stable de 1952 à 1962 (proportion= 0,5% ; n= 11).

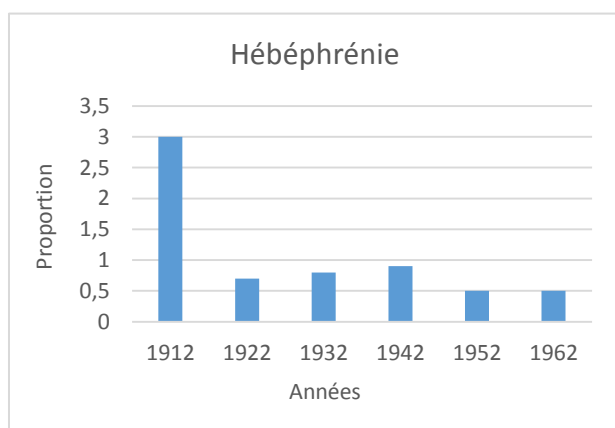


Figure 17 : Proportions de la catégorie diagnostique « hébéphrénie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.5. La catégorie diagnostique « paraphrénie »

La catégorie diagnostique « paraphrénie » est observée pour la première fois en 1922. Sa proportion est alors de 1,8%, soit sa valeur la plus élevée au cours de la période. Elle diminue ensuite de 1922 à 1942. Elle reste ensuite stable de 1942 à 1952 et finalement diminue de 1952 à 1962 pour redevenir nulle comme en 1912.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	17/954	22/1430	1/1073	2/2561	0/2097
Proportion	0	1,8	1,5	0,1	0,1	0

Tableau 14 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « paraphrénie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique est nulle en 1912. Elle augmente de 1912 à 1922 (proportion= 1,8% ; n=17). Elle diminue de 1922 à 1932 (proportion= 1,5%, n= 22) et diminue à nouveau de 1932 à 1942 (proportion= 0,1% ; n=1). Elle est stable de 1942 à 1952 (proportion= 0,1% ; n= 2) et finalement diminue de 1952 à 1962 pour redevenir nulle.

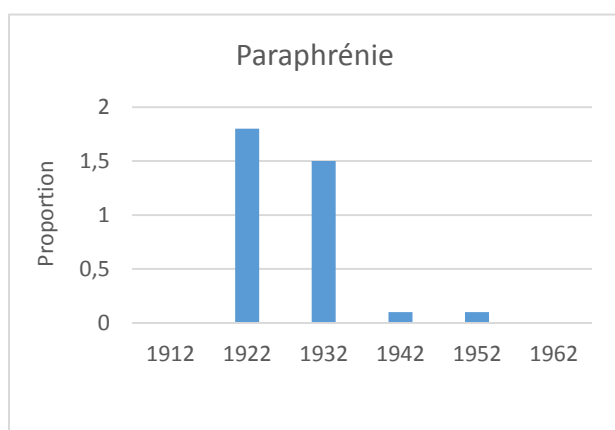


Figure 18 : Proportions de la catégorie diagnostique « paraphrénie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.6. La catégorie diagnostique « paranoïa »

Partant de 0,2% en 1912, elle diminue de 1912 à 1922. Elle augmente de 1922 à 1932 puis diminue à nouveau de 1932 à 1942 pour devenir nulle. Elle reste nulle en 1952 et puis finalement augmente de 1952 à 1962 pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période, soit 0,4%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	2/929	1/954	4/1430	0/1073	1/2561	8/2097
Proportion	0,2	0,1	0,3	0	0	0,4

Tableau 15 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « paranoïa » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique diminue de 1912 (proportion= 0,2% ; n= 2) à 1922 (proportion= 0,1% ; n= 1). Elle augmente de 1922 à 1932 (proportion= 0,3% ; n= 4) puis diminue de 1932 à 1942, année au cours de laquelle elle est nulle tout comme en 1952. Finalement, elle augmente de 1952 à 1962 (proportion= 0,4% ; n= 8).

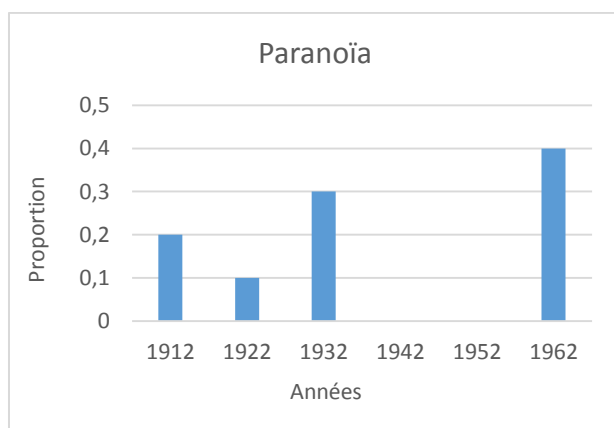


Figure 19 : Proportions de la catégorie diagnostique « paranoïa » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.7. Les catégories diagnostiques renvoyant à la notion de psychose maniaco-dépressive

2.3.1.7.1. La catégorie diagnostique « Psychose maniaco-dépressive »

Partant de 7,2% en 1912, ce qui est sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude, la proportion de la catégorie diagnostique « psychose maniaco-dépressive » diminue de 1912 à 1942. Elle augmente ensuite de 1942 à 1952 et diminue de 1952 à 1962 atteignant ainsi sa valeur la plus basse au cours de la période, soit 0,4%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif	67/929	35/954	13/1430	6/1073	28/2561	8/2097

total (nt)						
Proportion	7,2	3,7	0,9	0,6	1,1	0,4

Tableau 16 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « psychose maniaco-dépressive » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion diminue de 1912 (proportion= 7,2% ; n= 67) à 1922 (proportion= 3,7% ; n= 35), diminue de 1922 à 1932 (proportion= 0,9% ; n= 13) et diminue encore de 1932 à 1942 (proportion= 0,6% ; n= 6). Elle augmente de 1942 à 1952 (proportion= 1,1% ; n= 28) et finalement diminue de 1952 à 1962 (proportion= 0,4% ; n= 8).

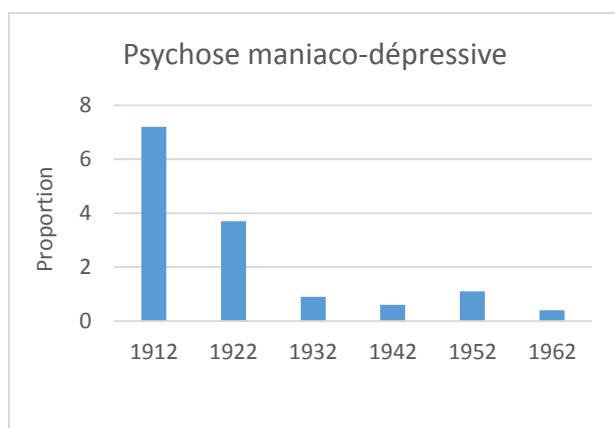


Figure 20 : Proportions de la catégorie diagnostique « psychose maniaco-dépressive » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.7.2. La catégorie diagnostique « manie »

La proportion de la catégorie diagnostique « manie » diminue de 1912 (proportion= 2,5% ; n= 23) à 1922 (proportion= 1,8% ; n= 17) et diminue encore d'avantage de 1922 à 1932 (proportion= 0,5% ; n= 7). Elle augmente de 1932 à 1942 (proportion= 0,9% ; n= 10) et augmente encore une fois de 1942 à 1952 (proportion= 1,1% ; n= 28). Finalement, elle diminue de 1952 à 1962 (proportion= 0,6% ; n= 12).

1912	1922	1932	1942	1952	1962
------	------	------	------	------	------

Effectif (n)/Effectif total (nt)	23/929	17/954	7/1430	10/1073	28/2561	12/2097
Proportion	2,5	1,8	0,5	0,9	1,1	0,6

Tableau 17 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « manie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

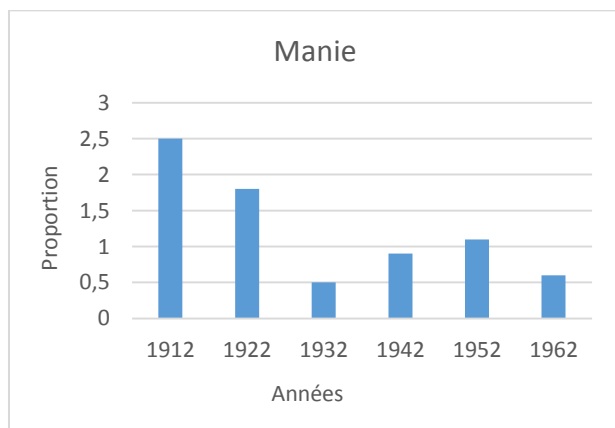


Figure 21 : Proportions de la catégorie diagnostique « manie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.7.3. La catégorie diagnostique « hypomanie »

La proportion de la catégorie diagnostique « hypomanie » diminue de 1912 (proportion= 0,3% ; n= 3) à 1922 année au cours de laquelle elle est nulle tout comme en 1932. Elle augmente de 1932 à 1942 (proportion= 0,6% ; n= 6). Elle reste stable de 1942 à 1952 (proportion= 0,6% ; n= 16) et diminue finalement de 1952 à 1962 (proportion = 0,1% ; n= 2).

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	3/929	0/954	0/1430	6/1073	16/2561	2/2097
Proportion	0,3	0	0	0,6	0,6	0,1

Tableau 18 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « Hypomanie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

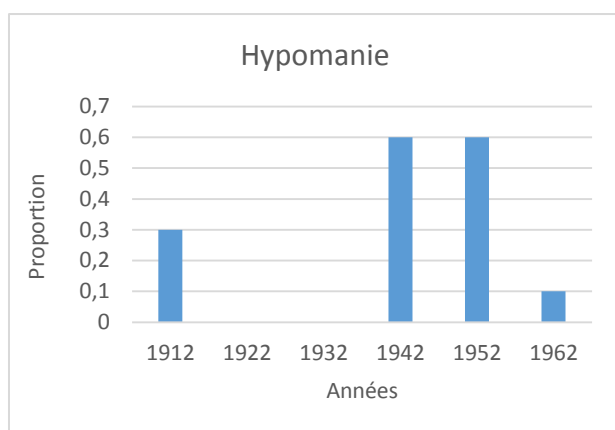


Figure 22 : Proportions de la catégorie diagnostique « hypomanie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.7.4. La catégorie diagnostique « cyclothymie »

La proportion de la catégorie diagnostique « cyclothymie » est stable de 1912 (proportion= 0,1% ; n=1) à 1922 (proportion= 0,1% ; n=1). Elle diminue de 1922 à 1932, année au cours de laquelle elle est nulle. Elle augmente ensuite de 1932 à 1942 (proportion= 0,5%, n= 5), diminue de 1942 à 1952 pour redevenir nulle et puis finalement augmente de 1952 à 1962 (proportion= 0,1%, n= 2).

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	1/929	1/954	0/1430	5/1073	0/2561	2/2097
Proportion	0,1	0,1	0	0,5	0	0,1

Tableau 19 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « cyclothymie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

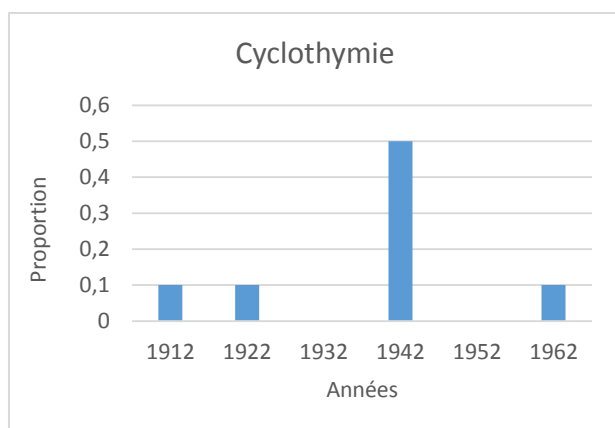


Figure 23 : Proportions de la catégorie diagnostique « cyclothymie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.7.5. La catégorie diagnostique « état mixte »

La proportion de la catégorie diagnostique « état mixte » diminue de 1912 (proportion= 0,2% ; n=2) à 1922 (proportion= 0,1% ; n= 1) et diminue davantage de 1922 à 1932, année au cours de laquelle elle est nulle tout comme en 1942 et 1952. Finalement, elle augmente de 1952 à 1962 (proportion = 0,1% ; n= 3).

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif/Effectif total	2/929	1/954	0/1430	0/1073	0/2561	3/2097
Proportion	0,2	0,1	0	0	0	0,1

Tableau 20 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « état mixte » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

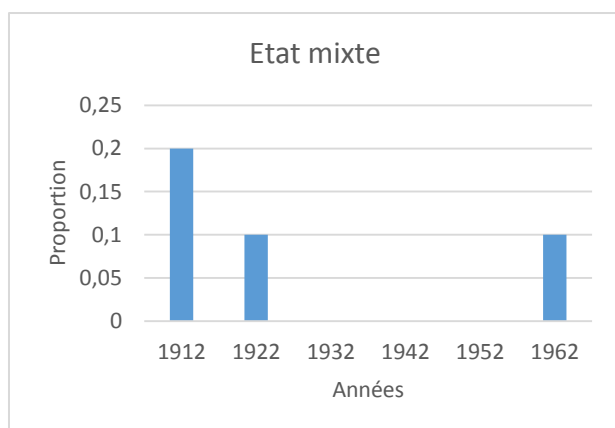


Figure 24 : Proportions de la catégorie diagnostique « état mixte » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.7.6. Synthèse pour les catégories renvoyant à la notion de psychose maniaco-dépressive

Les cinq catégories diagnostiques que nous venons d'évoquer renvoient toutes à la notion de psychose maniaco-dépressive. Par ailleurs, certaines d'entre elles sont présentes de façon si épisodique que les analyser de façon isolée n'a que peu d'intérêt. Ainsi, nous pouvons les fusionner en un seul et même groupe que nous avons appelé groupe « psychose maniaco-dépressive ». La proportion de ce groupe, partant en 1912 de 10,3%, ce qui est sa valeur la plus élevée au cours de la période, diminue de 1912 à 1932. Elle augmente ensuite de 1932 à 1952 et diminue finalement de 1952 à 1962 pour atteindre 1,3%, soit sa valeur la plus faible au cours de la période.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	96/929	54/954	20/1430	27/1073	73/2561	27/2097
Proportion	10,3	5,7	1,4	2,5	2,8	1,3

Tableau 21 : Effectifs et proportions du groupe diagnostique « psychose maniaco-dépressive » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de ce groupe « psychose maniaco-dépressive » diminue de 1912 (proportion= 10,3% ; n= 96) à 1922 (proportion= 5,7% ; n= 54) et diminue davantage de 1922 à 1932 (proportion= 1,4% ; n= 20). Elle augmente de 1932 à 1942 (proportion= 2,5% ; n= 27) et augmente encore de 1942 à 1952 (proportion= 2,8% ; n= 73). Finalement, elle diminue de 1952 à 1962 (proportion = 1,3% ; n= 27).

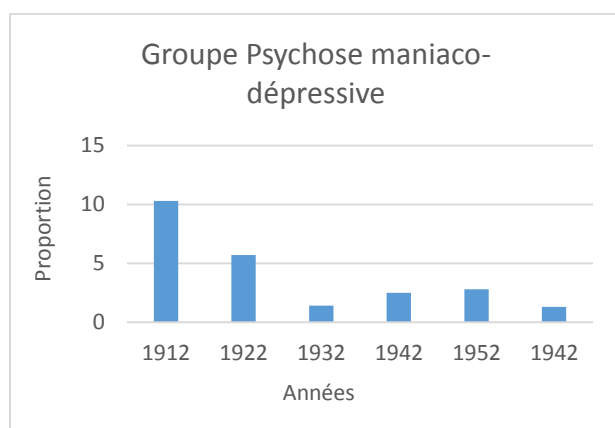


Figure 25 : Proportions du groupe diagnostique « psychose maniaco-dépressive » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.8. La catégorie diagnostique « psychose »

Partant de 0,4% en 1912, la proportion de la catégorie diagnostique « psychose » augmente de 1912 à 1932 pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude, soit 3,4%. Elle diminue ensuite de 1932 à 1952. Elle est alors de 0,2% et il s'agit de sa valeur la plus basse au cours de la période. Elle augmente finalement de 1952 à 1962 atteignant 0,7%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	4/929	22/954	48/1430	9/1073	5/2561	15/2097
Proportion	0,4	2,3	3,4	0,8	0,2	0,7

Tableau 22 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « psychose » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique augmente de 1912 (proportion= 0,4% ; n= 4) à 1922 (proportion= 2,3% ; n= 22) et augmente encore de 1922 à 1932 (proportion= 3,4% ; n= 48). Elle diminue ensuite de 1932 à 1942 (proportion= 0,8% ; n= 9) et diminue davantage de 1942 à 1952 (proportion= 0,2% ; n= 5). Finalement, elle augmente de 1952 à 1962 (proportion= 0,7% ; n=15).

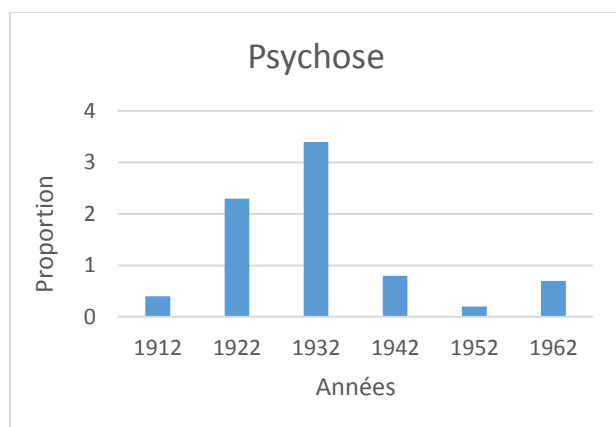


Figure 26 : Proportions de la catégorie diagnostique « psychose » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.9. La catégorie diagnostique « psychose puerpérale »

Partant de 0,1%, la proportion de la catégorie diagnostique « psychose puerpérale » augmente de 1912 à 1922 pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude, soit 0,8%. Elle diminue de 1922 à 1942, année au cours de laquelle elle est nulle et augmente de 1942 à 1962, sa valeur étant alors de 0,3%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	1/929	8/954	6/1430	0/1073	5/2561	6/2097
Proportion	0,1	0,8	0,4	0	0,2	0,3

Tableau 23 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « psychose puerpérale » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de la catégorie diagnostique « psychose puerpérale » augmente de 1912 (proportion= 0,1% ; n= 1) à 1922 (proportion= 0,8% ; n= 8). Elle diminue de 1922 à 1932 (proportion= 0,4% ; n= 6), diminue davantage de 1932 à 1942 pour devenir nulle. Elle augmente de 1942 à 1952 (proportion= 0,2% ; n= 5) et cette augmentation se poursuit de 1952 à 1962 (proportion= 0,3% ; n= 6).

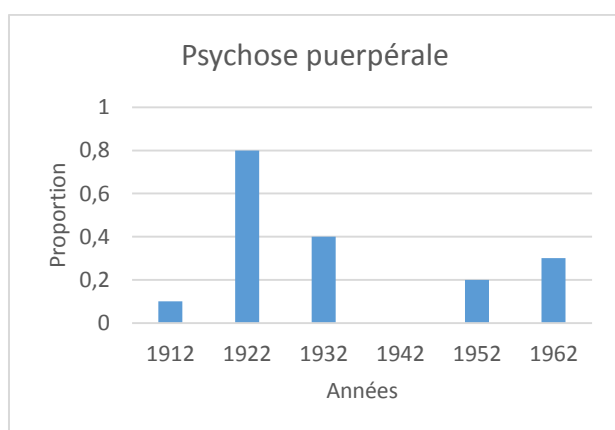


Figure 27 : Proportions de la catégorie diagnostique « psychose puerpérale » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.10. La catégorie diagnostique « bouffée délirante aiguë »

La catégorie diagnostique « bouffée délirante aiguë » n'est pas observée jusqu'en 1952. Sa proportion qui est alors de 0,9% augmente de 1952 à 1962 pour alors atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude soit 2%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	0/954	0/1430	0/1073	22/2561	43/2097
Proportion	0	0	0	0	0,9	2

Tableau 24 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « bouffée délirante aiguë » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie est nulle en 1912, 1922, 1932 et 1942. Elle augmente de 1942 à 1952 (proportion= 0,9% ; n= 22) et encore davantage de 1952 à 1962 (proportion= 2% ; n= 43).

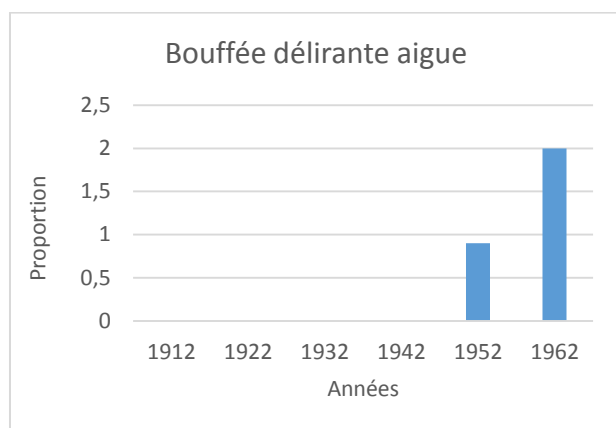


Figure 28 : Proportions de la catégorie diagnostique « bouffée délirante aiguë » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.1.11. Les autres catégories diagnostiques appartenant à la nosologie française

Il s'agit des catégories diagnostiques « psychose hallucinatoire chronique », « délire d'interprétation », « délire de jalousie », « quérulence », « érotomanie », « délire d'imagination » et « folie circulaire ». Nous les évoquons ici essentiellement pour insister sur leur rareté au sein de notre spectre. Elles ne présentent pas d'évolution particulièrement marquante, en dehors peut-être de la catégorie diagnostique « psychose hallucinatoire chronique ». Elle n'est observée qu'à une seule reprise au cours de l'ensemble des années étudiées de 1912 à 1942, à savoir en 1922 (proportion= 0,1% ; n= 1). Elle voit ensuite sa proportion augmenter de 1942 à 1952 (proportion= 0,1% ; n= 3) puis encore davantage de 1952 à 1962 (proportion= 0,4% ; n= 8).

Effectif / Effectif total	1912	1922	1932	1942	1952	1962
---------------------------	------	------	------	------	------	------

(Proportion)						
Psychose hallucinatoire chronique	0/929 (0)	1/954 (0,1)	22/1430 (0)	1/1073 (0)	3/2561 (0,1)	8/2097 (0,4)
Délire d'interprétation	0/929 (0)	2/954 (0,2)	0/1430 (0)	0/1073 (0)	7/2561 (0,3)	1/2097 (0)
Délire de jalousie	1/929 (0,1%)	1/954 (0,1)	2/1430 (0,1)	0/1073 (0)	4/2571 (0,2)	1/2097 (0)
Quérulence	0/929 (0)	0/954 (0)	0/1430 (0)	3/1073 (0,3)	0/2561 (0)	0/2097 (0)
Erotomanie	0/929 (0)	0/954 (0)	0/1430 (0)	0/1073 (0)	0/2561 (0)	1/2097 (0)
Délire d'imagination	0/929 (0)	1/954 (0,1)	0/1430 (0)	0/1073 (0)	0/2561 (0)	0/2097 (0)
Folie circulaire	0/929 (0)	5/954 (0,5)	0/1430 (0)	0/1073 (0)	0/2561 (0)	0/2097 (0)

Tableau 25 : Effectifs et proportions des catégories diagnostiques « psychose hallucinatoire chronique », « délire d'interprétation », « délire de jalousie », « quérulence », « érotomanie », « délire d'imagination » et « folie circulaire » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962.

2.3.2. Les névroses

Le deuxième ensemble de catégories diagnostiques pour lequel nous allons détailler des résultats est celui des névroses. Nous l'avons constitué sur la base d'une définition du terme de névrose structurée dans son opposition à celui de psychose. Elles font donc ici référence à des pathologies mentales plus légères⁵⁴. Cet ensemble regroupe ici trois catégories diagnostiques : « hystérie », « hypochondrie » et « névrose ».

2.3.2.1. La catégorie diagnostique « hystérie »

Partant de 3,1%, la proportion de la catégorie diagnostique « hystérie » augmente de 1912 à 1922 atteignant alors sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude, soit 4,2%. Elle diminue de

⁵⁴ Quétel, C., 2012. Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours, Texto. Tallandier, Paris. p. 404-405

1922 à 1932. Sa valeur est alors la plus basse retrouvée au cours de la période, soit 0,5%. Elle augmente ensuite de 1932 à 1942, diminue de 1942 à 1952 et augmente de 1952 à 1962 pour atteindre 3,4%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	29/929	40/954	7/1430	18/1073	25/2561	72/2097
Proportion	3,1	4,2	0,5	1,7	1	3,4

Tableau 26 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « hystérie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique augmente de 1912 (proportion= 3,1% ; n= 29) à 1922 (proportion= 4,2% ; n = 40). Elle diminue de 1922 à 1932 (proportion= 0,5% ; n= 7). Elle augmente de 1932 à 1942 (proportion= 1,7% ; n= 18) puis diminue de 1942 à 1952 (proportion= 1% ; n= 25). Finalement, elle augmente de 1952 à 1962 (proportion= 3,4% ; n =72).

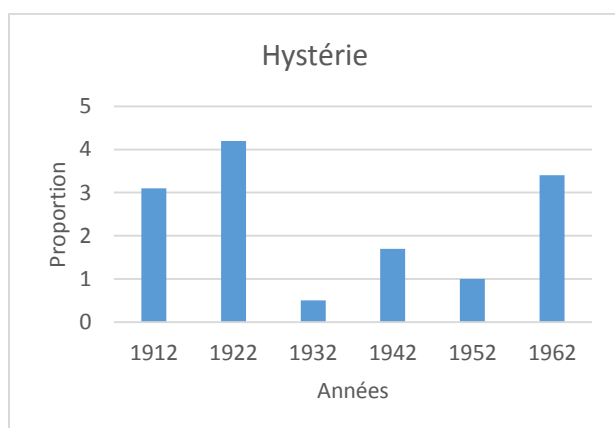


Figure 29 : Proportions de la catégorie diagnostique « hystérie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.2.2. La catégorie diagnostique « hypochondrie »

Partant de 2%, la proportion de la catégorie diagnostique « hypochondrie » diminue de 1912 à 1922 pour atteindre sa valeur la plus faible au cours de la période d'étude, soit 0,7%. Elle augmente ensuite de 1922 à 1932. Elle reste stable de 1932 à 1942 et finalement augmente de 1942 à 1962, année au cours de laquelle sa valeur est la plus élevée de la période, soit 3,3%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	11/929	7/954	12/1430	9/1073	76/2561	70/2097
Proportion	2	0,7	0,8	0,8	3	3,3

Tableau 27 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « hypochondrie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique diminue de 1912 (proportion= 2% ; n= 11) à 1922 (proportion= 0,7% ; n= 7). Elle augmente de 1922 à 1932 (proportion= 0,8% ; n= 12). Elle est stable de 1932 à 1942 (proportion= 0,8% ; n= 9). Elle augmente à nouveau de 1942 à 1952 (proportion= 3% ; n= 76) et finalement poursuit cette augmentation de 1952 à 1962 (proportion= 3,3% ; n= 70).

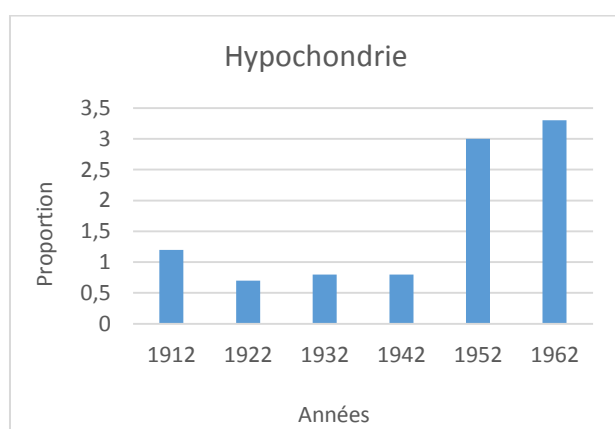


Figure 30 : Proportions de la catégorie diagnostique « hypochondrie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.2.3. La catégorie diagnostique « névrose »

La catégorie diagnostique « névrose » n'est observée pour la première fois qu'en 1932. Sa proportion qui est alors de 0,1% reste stable de 1932 à 1942. Elle augmente ensuite de 1942 à 1962 pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période, soit 6,1%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	0/954	2/1430	1/1073	45/2561	128/2097
Proportion	0	0	0,1	0,1	1,8	6,1

Tableau 28 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique «névrose » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique est nulle en 1912 et 1922. Elle augmente de 1922 à 1932 (proportion= 0,1% ; n= 2). Elle est stable de 1932 à 1942 (proportion= 0,1% ; n =1). Elle augmente de 1942 à 1952 (proportion= 1,8% ; n= 45) et finalement augmente encore de 1952 à 1962 (proportion= 6,1 ; n= 128).

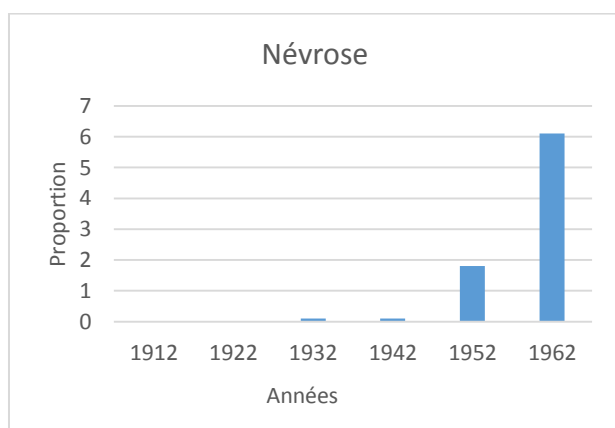


Figure 31 : Proportion de la catégorie diagnostique « névrose » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.3. Le concept de dégénérescence et sa lignée

Le troisième ensemble pour lequel nous allons détailler des résultats regroupe des catégories diagnostiques ayant trait à la théorie de la dégénérescence et aux concepts qui ont en découlés plus ou moins directement : ceux de psychopathie et de personnalité.⁵⁵ Trois catégories sont concernées : «Dégénérescence », « Psychopathie » et « Personnalité ».

2.3.3.1. La catégorie diagnostique « dégénérescence »

Partant de 1,5%, la proportion de la catégorie diagnostique « dégénérescence » augmente de 1912 à 1922 pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période, soit 3,4%. Elle diminue ensuite de 1922 à 1942, année au cours de laquelle elle est nulle. Elle reste ensuite quasiment nulle ou nulle en 1952 et 1962.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	14/929	32/954	36/1430	0/1073	11/2561	0/2097
Proportion	1,5	3,4	2,5	0	0,4	0

Tableau 29 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « dégénérescence » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique augmente de 1912 (proportion= 1,5% ; n= 14) à 1922 (proportion = 3,4% ; n =32). Elle diminue de 1922 à 1932 (proportion= 2,5% ; n= 36), et diminue à

⁵⁵ Schott, H., Tölle, R., 2006. Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehre. Irrwege. Behandlungsformen. C.H Beck, München. p. 364-368

nouveau de 1932 à 1942 pour devenir alors nulle. Elle augmente de 1942 à 1952 (proportion= 0,4% ; n= 11) et finalement diminue de 1952 à 1962, année au cours de laquelle elle est à nouveau nulle.

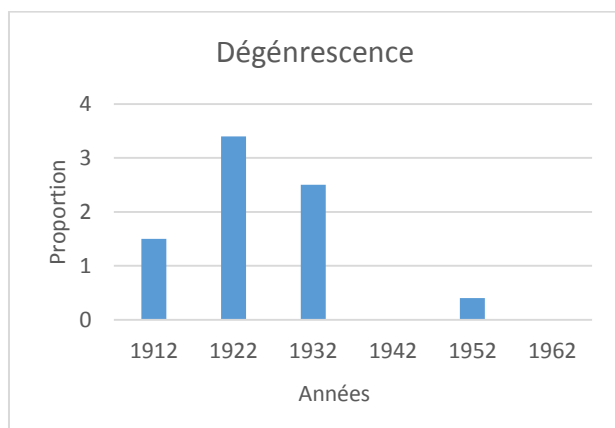


Figure 32 : Proportions de la catégorie « dégénérescence » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.3.2. La catégorie diagnostique « psychopathie »

Partant de 2,4%, la proportion de la catégorie diagnostique « psychopathie » diminue de 1912 à 1932 où elle atteint sa valeur la plus basse au cours de la période soit 0,6%. Elle augmente ensuite de 1932 à 1942 et c'est alors que sa valeur est la plus élevée au cours de la période, soit 5,9%. Elle diminue de 1942 à 1962 et a alors la même valeur qu'en 1912, soit 2,4%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	22/929	21/954	8/1430	63/1073	101/2561	50/2097
Proportion	2,4	2,2	0,6	5,9	4,1	2,4

Tableau 30 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « psychopathie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique diminue de 1912 (proportion=2,4% ; n= 22) à 1922 (proportion= 2,2% ; n= 21) et diminue une nouvelle fois de 1922 à 1932 (proportion= 0,6% ; n= 8).

Elle augmente de 1932 à 1942 (proportion= 5,9% ; n= 63). Elle diminue à nouveau de 1942 à 1952 (proportion= 4,1% ; n= 101) et finalement poursuit cette diminution de 1952 à 1962 (proportion= 2,4% ; n= 50).

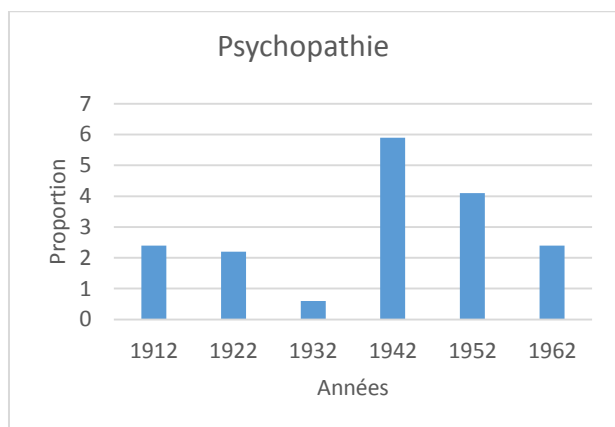


Figure 33 : Proportions de la catégorie diagnostique « psychopathie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.3.3. La catégorie diagnostique « personnalité »

La catégorie diagnostique « personnalité » est observée pour la première fois en 1942. Sa proportion qui est alors de 0,2% diminue de 1942 à 1952 pour devenir nulle. Elle augmente ensuite de 1952 à 1962 et va alors atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude soit 0,9%.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	0/929	0/954	0/1430	18/1073	0/2561	20/2097
Proportion	0	0	0	0,2	0	0,9%

Tableau 31 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « personnalité » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique est nulle en 1912, 1922 et 1932. Elle augmente de 1932 à 1942 (proportion= 0,2% ; n= 18) puis diminue de 1942 à 1952, année au cours de laquelle elle est nulle. Finalement, elle augmente de 1952 à 1962 (proportion= 0,9% ; n= 20).

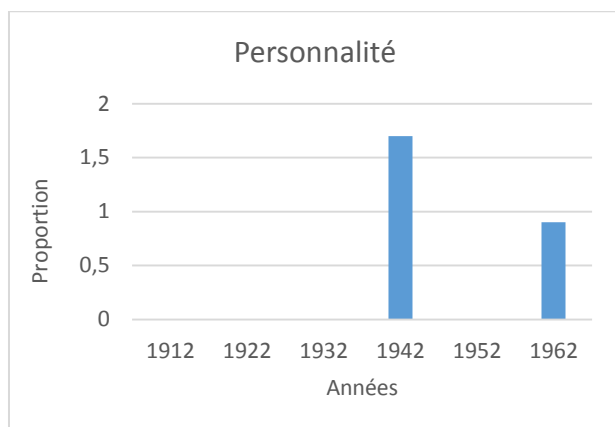


Figure 34 : Proportions de la catégorie diagnostique « personnalité » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.4. Dépressions

Le quatrième ensemble pour lequel nous allons détailler nos résultats est celui des dépressions. Il vient regrouper les catégories diagnostiques « Dépression » et « Mélancolie ». La seconde représente de la fin du XIXe à la moitié du XXe siècle le prototype de la dépression fonctionnelle.⁵⁶

2.3.4.1. La catégorie diagnostique « dépression »

Partant de 10,6%, la proportion de la catégorie diagnostique « dépression » augmente de 1912 à 1922 pour atteindre sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude, soit 15,3%. Elle diminue ensuite de 1922 à 1952 et sa valeur est alors la plus basse au cours de la période, soit 8,9%. Elle augmente de 1952 à 1962 pour atteindre 11,9%.

⁵⁶ Postel, J., 2011. Dictionnaire de la Psychiatrie, Larousse in extenso. Larousse, Paris. p. 274

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	98/929	146/954	134/1430	98/1073	229/2561	250/2097
Proportion	10,6	15,3	9,4	9,1	8,9	11,9

Tableau 32 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « dépression » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique augmente de 1912 (proportion= 10,6% ; n= 98) à 1922 (proportion = 15,3% ; n= 146). Elle diminue ensuite de 1922 à 1932 (proportion = 9,4% ; n= 134), diminue de 1932 à 1942 (proportion= 9,1% ; n= 98) et diminue encore de 1942 à 1952 (proportion= 8,9% ; n= 229). Finalement, elle augmente de 1952 à 1962 (proportion= 11,9% ; n= 250).

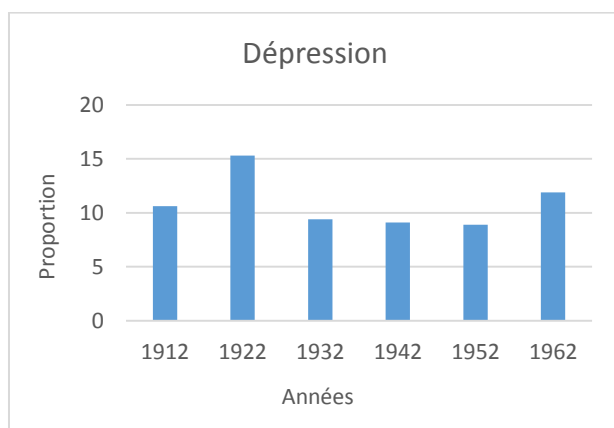


Figure 35 : Proportions de la catégorie diagnostique « dépression » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.4.2. La catégorie diagnostique « mélancolie »

Partant de 1,1% en 1912, la proportion de la catégorie diagnostique « Mélancolie » diminue de 1912 à 1942 pour devenir alors nulle. Elle augmente ensuite de 1942 à 1962 pour atteindre 5,2%, soit sa valeur la plus élevée au cours de la période d'étude.

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	4/929	10/954	1/1430	0/1073	104/2561	109/2097
Proportion	1,1	0,4	0,1	0	4,1	5,2

Tableau 33 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « mélancolie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique diminue de 1912 (proportion= 1,1% ; n= 4) à 1922 (proportion = 0,4% ; n= 10), diminue de 1922 à 1932 (proportion= 0,1% ; n= 1), diminue encore de 1932 à 1942, année au cours de laquelle elle est nulle. Elle augmente ensuite de 1942 à 1952 (proportion= 4,1% ; n= 104) et finalement poursuit cette augmentation de 1952 à 1962 (proportion= 5,2% ; n= 109).

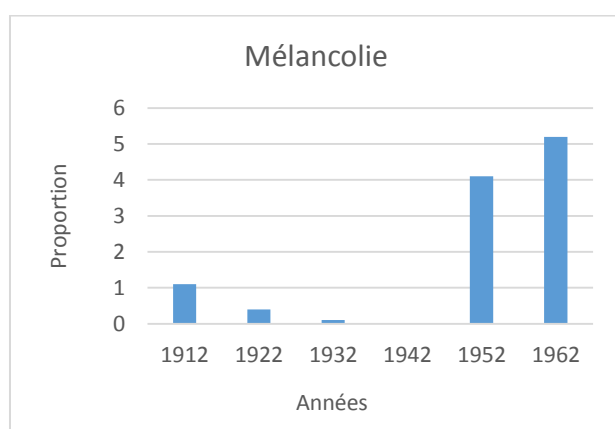


Figure 36 : Proportion de la catégorie diagnostique « mélancolie » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.3.5. La paralysie générale

Ce dernier ensemble n'est constitué que par la catégorie diagnostique « paralysie générale ».

Partant de 3,1%, la proportion de la catégorie diagnostique « paralysie générale » augmente de 1912 à 1932 pour atteindre sa valeur la plus importante au cours de la période d'étude, soit 5,4%. Elle diminue ensuite de 1932 à 1962 pour devenir quasiment nulle (0,1%).

	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Effectif (n)/Effectif total (nt)	29/929	31/954	78/1430	51/1073	20/2561	3/2097
Proportion	3,1	3,2	5,4	4,8	0,8	0,1

Tableau 34 : Effectifs et proportions de la catégorie diagnostique « paralysie générale » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

La proportion de cette catégorie diagnostique augmente de 1912 (proportion= 3,1% ; n= 29) à 1922 (proportion= 3,2% ; n= 31) et augmente davantage de 1922 à 1932 (proportion = 5,4% ; n= 78). Elle diminue de 1932 à 1942 (proportion= 4,8% ; n=51), diminue de 1942 à 1952 (proportion = 0,8% ; n= 20) et finalement, diminue encore de 1952 à 1962 (proportion= 0,1% ; n= 3).

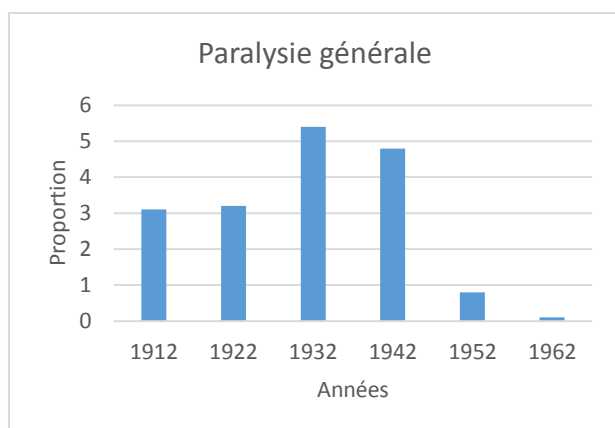


Figure 37 : Proportions de la catégorie diagnostique « paralysie générale » en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

2.4. Discussion

Notre étude avait pour objectif de décrire l'évolution de la proportion des différentes notions nosologiques présentes au sein des diagnostics posés à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Elle devait ainsi permettre pour cette institution et cette période de repérer les plus marquants des changements nosologiques pratiques au sens où nous les avons définis : une variation au cours du temps de l'importance d'utilisation d'une notion nosologique par les psychiatres pour poser un diagnostic (commencement, arrêt, augmentation ou diminution), sans préjuger alors des causes de cette variation (extinction ou apparition d'une maladie, modification des pathologies prises en charge à la Clinique ou changement de la dénomination d'une maladie par exemple).

Pour les différentes notions nosologiques repérées au sein des diagnostics posés, nous avons pu établir leurs proportions respectives parmi leur ensemble pour six années au cours de la période d'étude : 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962. Il s'agit là du spectre diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Nous avons ainsi pu suivre et décrire l'évolution de la proportion de ces différentes notions nosologiques au cours de la période d'étude par l'intermédiaire de ces six points temporels.

La proportion de certaines notions nosologiques varie de façon considérable au cours de la période d'étude. Il peut s'agir d'une diminution au point de devenir nulle. C'est alors la disparition d'une notion nosologique du spectre à un moment donné. Cela est observé pour la notion de démence précoce. Sa proportion est élevée jusqu'en 1922 puis elle diminue de façon très conséquente de 1922 à 1932 pour devenir quasiment nulle et elle ne sera plus observée par la suite ou de façon extrêmement ponctuelle. La notion de démence précoce disparaît de la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1922 à 1932. Au cours de cet intervalle temporel, les psychiatres de cette Clinique arrêtent quasiment de l'utiliser pour poser un diagnostic. Dans d'autres cas, il peut s'agir de l'augmentation de proportion d'une notion nosologique nouvellement observée. C'est alors l'« apparition » d'une telle notion au sein du spectre. C'est le cas de celle de schizophrénie. Elle est observée pour la première fois en 1922 puis sa proportion augmente de façon importante de 1922 à 1932. Cette notion s'introduit et s'implante dans la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1922 à 1932. Au cours de cet intervalle temporel, les psychiatres commencent à l'utiliser et l'emploient ensuite de plus en plus pour poser des diagnostics.

D'autres notions nosologiques ont une proportion qui décrit une ou des variations importantes au cours de notre période d'étude sans pour autant passer d'une valeur élevée à nulle ou l'inverse. Ainsi celle de névrose voit sa proportion augmenter de façon importante de 1952 à 1962. Cette notion s'implante davantage dans la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg au cours de cet intervalle de temps : les psychiatres l'utilisent alors de plus en plus pour poser un diagnostic.

Les résultats de notre étude viennent donc répondre à son objectif. Par la description de l'évolution des proportions des différentes notions nosologiques présentes au sein des diagnostics posés à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, ils mettent en évidence les changements nosologiques pratiques les plus marquants qui y ont eu cours. Ces derniers sont les suivants: le

commencement et l'augmentation de l'utilisation de la notion de schizophrénie de 1922 à 1932 ; la diminution jusqu'à un quasi arrêt de l'utilisation de celle de démence précoce de 1922 à 1932 ; la diminution importante de l'utilisation de celle d'hébéphrénie de 1912 à 1922 ; l'augmentation importante de l'utilisation de celle de catatonie de 1922 à 1932 ; la diminution jusqu'à quasi arrêt de l'utilisation de celle de paraphrénie de 1932 à 1942 ; la diminution importante de l'utilisation de celle de psychose maniaco-dépressive de 1912 à 1932, le commencement et l'augmentation de l'utilisation de celle de bouffée délirante aiguë de 1952 à 1962, l'augmentation importante de l'utilisation de celle d'hypochondrie de 1942 à 1952, la diminution conséquente de l'utilisation de celle d'hystérie de 1922 à 1932 mais aussi l'augmentation importante de cette dernière de 1952 à 1962 ; l'augmentation importante de l'utilisation de celle de névrose de 1942 à 1962, la forte augmentation de l'utilisation de celle de mélancolie de 1942 à 1962 ; l'augmentation importante de l'utilisation de celle de dépression de 1912 à 1922 mais aussi de 1952 à 1962, la diminution jusqu'à arrêt de l'utilisation de celle de dégénérescence de 1922 à 1942, l'augmentation importante de l'utilisation de celle de psychopathie de 1932 à 1942 mais aussi la diminution de cette dernière de 1942 à 1962, le commencement de l'utilisation de celle de personnalité en 1942 et finalement la diminution jusqu'à quasi arrêt de celle de paralysie générale de 1932 à 1962. Ces résultats sont inédits. Aucune étude jusque-là n'avait été réalisée afin de les obtenir. Un spectre diagnostique n'avait jamais été établi pour la Clinique psychiatrique de Strasbourg.

Quelques limites doivent néanmoins être évoquées ici. Tout d'abord notre étude n'a analysé que six années au cours de la période d'étude. Ainsi, nous ne sommes pas en mesure de savoir comment a évolué la proportion de chaque notion nosologique entre deux années étudiées. Rien ne nous permet d'affirmer qu'elle a alors été linéaire entre ces deux points temporels. Il apparaît donc nécessaire que ce spectre soit complété par la suite par les années non encore analysées. En outre, la grille de regroupement diagnostique a été élaborée d'une certaine façon mais elle n'apparaît pas toujours entièrement satisfaisante notamment pour certains champs diagnostiques. Elle est donc appelée à être améliorée.

Cette étude statistique descriptive rétrospective a produit un spectre diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Loin d'être un simple état des lieux diagnostique de cette institution pendant cette période, sa portée est plus ambitieuse. Ses résultats constituent une base de données à même de susciter de nouveaux travaux. Chaque variation de proportion d'une notion nosologique peut être, en effet, le lieu d'une interrogation et le point de départ d'une exploration des pratiques médicales de la Clinique strasbourgeoise. En ce sens, cette étude s'érige comme un véritable générateur de questions. Dans notre travail, nous l'avons envisagée comme un outil de repérage des principaux changements nosologiques pratiques qui ont eu lieu à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Elle réalise donc le premier versant, quantitatif, de notre détermination du comportement de la pratique diagnostique de cet établissement de 1912 à 1962 vis-à-vis de l'instabilité nosographique inhérente à la psychiatrie. En même temps, elle permet l'amorce du deuxième versant de cette exploration. Ce dernier, qualitatif, cherche à établir le déroulement de l'un des changements nosologiques pratiques mis en évidence. Nous avons choisi de reconstituer celui qui correspond au commencement et à l'amplification de l'utilisation de la notion de schizophrénie par les psychiatres de la Clinique de 1922 à 1932. Il s'agit, en d'autres termes, de l'introduction et de l'implantation de la notion de schizophrénie au sein de la pratique diagnostique de cette institution au cours de cette période. En effet, nous avons été marqués par le fait qu'une notion nosologique puisse ainsi apparaître au sein d'une pratique alors qu'elle en était totalement absente auparavant. Le caractère remarquable de l'évolution constatée était à la hauteur de celui de la notion nosologique concernée. Le concept de schizophrénie revêt, en effet, une importance toute particulière tant en regard de l'histoire discursive de la psychiatrie que de l'exercice actuelle de la discipline. Toujours très employé de nos jours pour qualifier des troubles, il est aussi régulièrement au cœur de débats à l'occasion desquels son démantèlement peut être prôné.

3. Le déroulement de l'introduction et de l'implantation de la notion de schizophrénie dans la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1922 à 1932

Après avoir déterminé les principaux changements nosologiques pratiques ayant eu lieu à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962, il nous fallait désormais reconstituer le déroulement de l'un d'entre eux : l'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie dans la pratique diagnostique de cette Clinique de 1922 à 1932. Notre point de départ a alors consisté à resituer ce changement nosologique pratique au sein du spectre diagnostique restreint aux pathologies psychotiques. Cette vue d'ensemble a permis de le considérer comme ne s'étant pas opéré de façon isolée mais au sein de relations avec le terrain nosologique préexistant. Ces dernières ont alors pu être envisagées quant aux notions nosologiques qu'elles pouvaient impliquer. Il a ensuite fallu vérifier celle d'entre elles qui apparaissait la plus évidente puis décrire la façon dont elle a eu lieu en pratique à partir d'un travail utilisant les observations médicales des dossiers de patients. Finalement, à partir d'une comparaison de ce déroulement ainsi reconstitué avec celui s'étant produit à la Clinique psychiatrique universitaire de La Charité à Berlin, nous avons exploré ses intrications avec le contexte local, ici essentiellement incarné par le directeur de la Clinique et titulaire de la chaire.

3.1. L'hypothèse d'une *rupture* entre les notions de démence précoce et de schizophrénie

L'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie au sein de la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1922 à 1932 a été pointée par la forte augmentation de la proportion de cette notion nosologique au cours de cette période au niveau du spectre diagnostique. Absente en 1912, elle est y est observée pour la première fois en 1922. Sa proportion est alors très faible mais elle va ensuite augmenter de façon plus que conséquente de 1922 à 1932, soit en l'espace de dix ans. D'autres notions nosologiques ont une proportion qui varie de 1922 à 1932. Certaines d'entre elles, tout comme celle de schizophrénie, renvoient à des pathologies du type psychose. Il est alors apparu pertinent de lire le spectre diagnostique en se focalisant pour la période 1912-1932⁵⁷ sur le groupe des psychoses tel que nous l'avons constitué dans la partie 2 de notre travail. Il rassemblait alors les notions de démence précoce⁵⁸, hébéphrénie, catatonie, paraphrénie, paranoïa, schizophrénie⁵⁹, psychose maniaco-dépressive, psychose, psychose puerpérale, bouffée délirante aigue, psychose hallucinatoire chronique, délire d'interprétation, délire de jalousie, querulence, érotomanie, délire d'imagination et folie circulaire.

⁵⁷ Nous nous intéressons également à l'année 1912 car la notion de schizophrénie est déjà un peu présente en 1922. Il apparaît donc pertinent d'étudier l'année précédente, soit 1912.

⁵⁸ C'est en fait, ici, du groupe « démence précoce », tel que nous l'avons défini dans la partie 2, dont nous parlons. Il regroupe les catégories diagnostiques « démence précoce », « démence précoce, forme paranoïde », « démence précoce, forme catatonique » et « démence précoce, forme hébéphrénique ».

⁵⁹ C'est en fait, ici, du groupe « schizophrénie » tel que nous l'avons défini dans la partie 2, dont nous parlons. Il regroupe les catégories diagnostiques « schizophrénie », « schizophrénie, forme paranoïde » et « schizophrénie, forme catatonique »

LES PSYCHOSES À STRASBOURG EN 1912, 1922 ET 1932

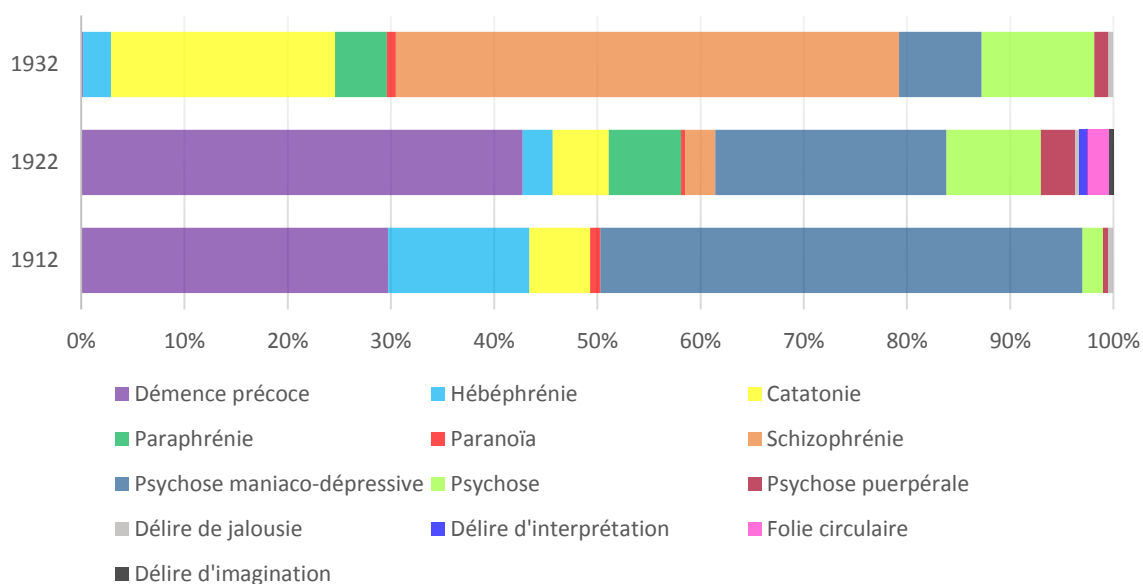


Figure 38 : Proportions des différentes notions nosologiques du groupe des psychoses considérées parmi leur ensemble en 1912, 1922 et 1932⁶⁰

Années	1912	1922	1932
Démence précoce	29,8	42,6	0,2
Hébéphrénie	13,7	2,9	2,8
Catatonie	5,9	5,4	22,5
Paraphrénie	0	7	5,2
Paranoïa	1	0,5	0,9
Schizophrénie	0	2,9	50,5
Psychose maniaco-dépressive	46,8	22,3	4,7
Psychose	2	9,1	11,3
Psychose puerpérale	0,5	3,3	1,4
Bouffée délirante aiguë	0	0	0
Psychose hallucinatoire chronique	0	0	0
Délire d'interprétation	0	0,8	0
Délire de jalousie	0,5	0,5	0,5
Quérulence	0	0	0
Erotomanie	0	0	0
Délire d'imagination	0	0,5	0
Folie circulaire	0	2,1	0

Tableau 35 : Proportions des différentes notions nosologiques du groupe des psychoses considérées parmi leur ensemble en 1912, 1922 et 1932

⁶⁰ Les notions nosologiques du groupe psychose dont la proportion est nulle en 1912, 1922 et 1932 ne sont pas représentées sur le graphique.

En ne considérant que le groupe des psychoses, on observe que la proportion de la notion de schizophrénie, qui est 2,9% en 1922, augmente pour atteindre 50,5% en 1932. On constate par ailleurs de 1922 à 1932 : une diminution de la proportion de la notion de démence précoce de 42,6% à 0,2%, une diminution de celle de psychose maniaco-dépressive⁶¹ de 22,3% à 4,7% et une augmentation de celle de catatonie de 5,4% à 22,5%. Les notions d'hébéphrénie, de paranoïa, de psychose et de paraphrénie ont, quant à elles, une proportion qui reste beaucoup plus stable de 1922 à 1932. Ainsi, d'autres changements nosologiques pratiques se sont produits de façon concomitante à celui qui concerne la schizophrénie. Le plus marquant d'entre eux est celui qui implique la notion de démence précoce, soit une très forte diminution allant quasiment jusqu'à l'arrêt de son utilisation par les psychiatres pour poser un diagnostic. Ainsi, deux notions nosologiques du registre des psychoses ont des trajectoires contraires au sein de la pratique diagnostique au cours de la période considérée : l'une d'entre elles, la démence précoce, très utilisée en 1922, ne l'est quasiment plus en 1932, tandis que l'autre, la schizophrénie, quasiment pas employée en 1922 l'est infiniment plus en 1932. Il existe d'ailleurs une relative correspondance de la proportion de la notion de démence précoce en 1922, soit 42,6% et de celle de la notion de schizophrénie en 1932, soit 50,5% (bien que l'interprétation de ces chiffres en ce sens soit soumise à l'hypothèse que la proportion des troubles au sens épidémiologique du terme ait été constante à la Clinique de 1922 à 1932).

⁶¹ C'est en fait, ici, du groupe « psychose maniaco-dépressive », tel que nous l'avons défini dans la partie 2 de notre travail, dont nous parlons. Il rassemble les catégories diagnostique « psychose maniaco-dépressive », « manie », « hypomanie », « cyclothymie » et « état mixte ».

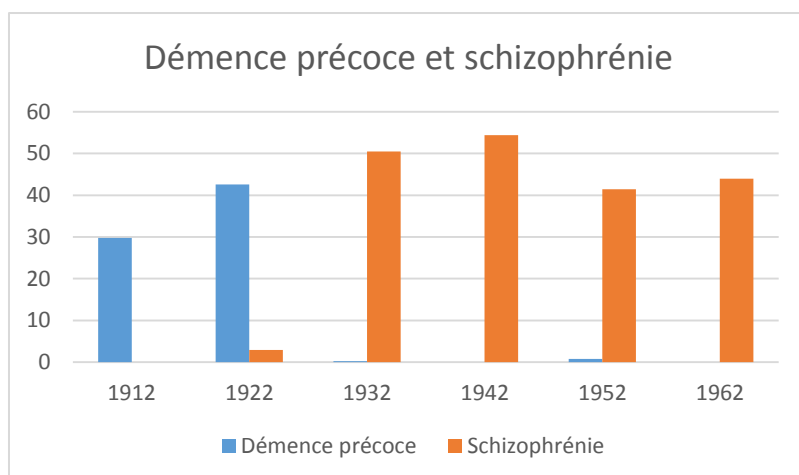


Figure 39 : Proportions des notions de démence précoce et schizophrénie considérées parmi l'ensemble des notions nosologiques du groupe des psychoses en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

Cela nous a incités à penser que ces différents changements nosologiques pratiques concernant les pathologies psychotiques que nous venons d'évoquer ont pu être liés les uns aux autres. L'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1922 à 1932 s'intégrerait donc dans une dynamique vaste et complexe. Il s'agit de ce que nous appellerons désormais dans notre propos un *mouvement nosologique pratique*. Ce dernier implique plusieurs changements nosologiques pratiques se produisant de façon concomitante et qui sont en interaction les uns avec les autres au sens où les notions nosologiques qu'ils concernent désignent des troubles psychiatriques semblables ou voisins. Au sein d'une telle dynamique, une variation de l'importance d'utilisation d'une notion nosologique pour poser un diagnostic par rapport à certains troubles va générer une modification de celle de l'emploi des autres notions nosologiques désignant le même type de troubles. L'introduction de la notion de schizophrénie à Strasbourg ne se serait pas faite de façon isolée et indépendante. La nouvelle notion ne serait pas venue simplement se greffer sur le terrain nosologique pratique préexistant. Elle s'y serait implantée en remaniant la cartographie de ce dernier, bousculant les frontières du « territoire pratique » d'autres notions nosologiques. La dynamique aurait donc été autant synchronique que diachronique.

Cette hypothèse du mouvement nosologique devait maintenant être mise à l'épreuve. Il fallait vérifier que l'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1922 à 1932 s'intégrait bel et bien dans une telle dynamique avant de décrire de quelle façon elle s'était opérée en pratique. Dès lors, s'imposait d'aller au-delà du niveau de la notion nosologique et de s'intéresser aux réalités cliniques qui avaient été mises en jeu, grâce aux observations médicales des archives de dossiers de patients. Afin de permettre cette analyse, le mouvement nosologique pratique a dû être circonscrit de façon précise. Nous l'avons limité, outre le changement nosologique pratique concernant la notion de schizophrénie, à celui impliquant la notion de démence précoce⁶². Nous l'avons considéré comme une *rupture* et nommé ainsi en raison du changement de l'état des choses qu'il semblait recouvrir et de son caractère apparemment soudain.

3.2. De la notion à la réalité clinique

Nous avons donc supposé que les notions de démence précoce et de schizophrénie étaient impliquées dans un même mouvement nosologique pratique de 1922 à 1932 réalisant une rupture. Nous avons alors cherché à éprouver la réalité de ce dernier à partir des descriptions cliniques figurant dans les dossiers médicaux de patients. Confirmer ou infirmer son existence imposait de ne plus parler uniquement de notion mais de savoir quelle avait été la réalité clinique désignée par celle de démence précoce et celle de schizophrénie à la Clinique psychiatrique de Strasbourg au moment étudié. Faisant état du même type de troubles, elles viendraient affirmer le mouvement nosologique. Faisant état de troubles très différents, elles viendraient le contredire. Ainsi, nous avons cherché à déterminer, pour chacune des deux notions, un tableau clinique type à Strasbourg en marge de la

⁶² C'est lui qui apparaissait en effet être le plus marquant et le plus évident

rupture⁶³ et de les confronter. Ce dernier devait faire état autant des troubles présentés par le malade eux-mêmes que de la façon dont ils étaient décrits et explorés, tout en conservant bien la distinction entre les deux aspects. Le tableau clinique type de la démence précoce a été établi pour la période allant de 1920 à 1922 et celui renvoyant à la schizophrénie l'a été pour la période comprise entre 1929 et 1931.

3.2.1. La notion de démence précoce

La démence précoce a été évoquée et décrite pour la première fois par Emil Kraepelin (1856-1926) dans la cinquième édition de son manuel de psychiatrie, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, en 1896.⁶⁴

Le tableau clinique auquel la notion de démence précoce renvoie à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg entre 1920 et 1922 peut, dans un premier temps, être appréhendé au travers de l'évocation de plusieurs histoires cliniques de malades. Trois seront présentées dans notre travail. Elles ont été recueillies dans les observations médicales de dossiers de patients ayant fait l'objet d'un diagnostic de démence précoce.

Il s'agit, tout d'abord, de l'histoire de Mr R. Martin. Il est admis à la Clinique le 24 juin 1920 à l'âge de 31 ans car il a eu des « hallucinations ». Il est transféré de la Clinique neurologique où il était traité pour « trouble neurasthénique provenant du sympathique » se manifestant par des symptômes à type de « frissons », « vertiges » et « bourdonnements d'oreilles ». A l'occasion de son examen, il explique qu'il « se sent malade et faible ». Il ne fait pas état de « de maladies mentales dans la famille ». « L'orientation est parfaite quant au temps et à l'espace » et il est « bien accessible ». L'« affectivité » est « assez indifférente ». Il « répond lentement aux questions », « pas clairement »

⁶³ Il fallait les déterminer lors d'une période empreinte d'une certaine stabilité et non au moment de la rupture.

⁶⁴ Kraepelin, E., 1896. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, Fünfte Auflage. ed. Johann Ambrosius Barth, Leipzig.

et d'une façon « hésitante ». Il « sourit souvent sans raison ». Dans sa façon de parler, sont notés une « préférence pour le proverbe et les anecdotes » et un « embarras de la parole ». Il présente des « hallucinations auditives » : « Stimmen » (des voix) qui « veulent le tuer ». Concernant son « intelligence », il réalise les opérations de calcul demandées en faisant une seule erreur : $6 \times 12 = 72$, $93 - 24 = 79$ (au lieu de 69), $3 \times 28 = 84$, $9 \times 13 = 117$. Il sait qui a découvert l'Amérique, qui est le président de la République et quelle est la capitale de la Suisse. A la question de savoir quelle est la différence entre une mer et un lac, il répond : « Meer ist schiffbar, See ist kleiner » (la mer est navigable et le lac est plus petit). On lui demande ensuite de construire des phrases à partir de trois mots, cet exercice étant désigné dans le dossier par le mot « Satzbildung » (construction de phrase). Pour les termes « Wasser-Berg-Thal » (Eau-Montagne-Vallée), il produit la phrase « Das Wasser läuft durch Berg im Thal » (L'eau descend de la montagne jusque dans la vallée). Pour les mots « Jäger-Hase-Feld » (Chasseur-Lièvre-Champ), il élabore la phrase « Der Jäger geht im Feld und schießt das Hase » (Le chasseur va au champ et abat le lièvre). La construction de ces phrases n'est pas interprétée dans le dossier, mais elle semble être correcte. La lecture est quant à elle difficile. Dans la salle, il est « souvent seul » et « ne parle pas aux autres malades ». Le 18 août 1920, il est transféré à l'asile de Stephansfeld.⁶⁵

Melle M. Marie, quant à elle, est admise le 7 juillet 1920 alors qu'elle est âgée de 22 ans. Quelques éléments biographiques et antécédents sont consignés dans le dossier. On apprend ainsi que ses parents sont en vie et qu'elle a sept frères et sœurs. Elle « a bien appris à l'école » et n'a pas eu de « maladies dans l'enfance ». A partir de l'âge de quatorze ans, « elle a aidé à la maison ». Elle a ensuite « occupé plusieurs places » en tant que femme de chambre. Cependant, ces derniers temps, elle n'arrivait plus à rester en poste longtemps au même endroit. « A Lausanne, elle était malade et se sentait persécutée ». L'« orientation » de la patiente est qualifiée par les médecins de « parfaite quant au temps et à l'entourage ». L'« affectivité » est renseignée par une phrase

⁶⁵ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1922, lettre R

explicitant que la malade est « toujours de bonne humeur ». Elle présente des « hallucinations visuelles » et rapporte ainsi voir régulièrement « la Sainte Vierge » et « le bon Dieu ». Les hallucinations sont aussi « tactiles et sexuelles » : elle affirme avoir des rapports sexuels pendant la nuit avec un « homme qu'elle ne connaît pas ». Elle est par ailleurs persuadée que « les gens savent ce qu'elle pense ». Elle présente des « idées de grandeur » : elle explique vouloir « se marier avec un des médecins de la Clinique et prétend avoir sa visite toutes les nuits ». Elle « chante presque toute la nuit », « rit », « bavarde ». L'évaluation de son « intelligence » montre qu'elle est « partiellement conservée ». Ainsi, elle arrive bien à lire et la reproduction graphique est partiellement correcte. Elle sait calculer mais fait quelques erreurs : $5 \times 17 = 85$, $3 \times 21 = 52$ (au lieu de 63), $27 - 13 = 15$ (au lieu de 14). Lorsqu'on lui demande quelle est la « différence entre un mensonge et une erreur », elle répond en allemand « richtig » (vrai). Un examen physique est réalisé et ne met rien de particulier en évidence. Elle quitte la Clinique le 29 septembre 1920 et est alors transférée à l'asile de Stephansfeld⁶⁶.

Evoquons, finalement, l'histoire de Mme R. Irma. Elle est hospitalisée à la Clinique psychiatrique Universitaire de Strasbourg le 12 octobre 1922 alors qu'elle est âgée de 17 ans. C'est la première fois qu'elle y est admise et elle ne le sera plus par la suite. Au moment de son arrivée au service, sa famille rapporte des éléments de l'anamnèse. Elle « a très bien appris en classe » mais depuis deux mois, elle a « changé de caractère » : « elle ne s'occupe plus du ménage et ne travaille à plus rien du tout ». Elle « rit et pleure en même temps ». Elle entend par ailleurs des « voix » et croit que « les gens du village lui en veulent ». Ses proches ont également remarqué qu'elle « mange plus qu'auparavant ». Les psychiatres constateront qu'elle est « orientée » quant au temps mais pas quant au lieu. Elle présente une « affectivité » qui est décrite comme étant « monotone ». Elle est « inaccessible ». Elle « rit beaucoup » subitement, d'un « rire explosif » et « sans savoir pourquoi ». Elle pousse régulièrement des « soupirs profonds » et « se tient la tête entre les mains ». Elle ne

⁶⁶ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1920, lettre M

concède pas d'« hallucinations », mais présente des « idées délirantes » : elle « se sent persécutée par ses parents ». Elle est « très inactive » et « indifférente ». Elle ne « serre pas la main de façon maniérée ». Un « certain manque de jugement est noté ». Cependant, elle parvient à énumérer les mois et les jours de la semaine sans faire d'erreur et réussit à faire toutes les opérations de calcul qui lui sont demandées à l'exception d'une : $2 \times 4 = 8$, $2 \times 8 = 16$, $2 \times 16 = 32$, $2 \times 64 = 128$, $3 \times 4 = 12$, $3 \times 12 = 36$, $3 \times 36 = 108$, $3 \times 168 = 324$ (au lieu de 504), $6 \times 7 = 42$. A l'« examen des yeux », la réaction pupillaire est présente. Aucun changement clinique n'est constaté au cours de l'hospitalisation. Le 31 octobre 1922, elle sort « contre revers »⁶⁷, « reprise par sa mère ».⁶⁸

Ces trois observations issues des archives de dossiers médicaux de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, permettent une esquisse des tableaux cliniques qui y ont fait l'objet du diagnostic de démence précoce entre 1920 et 1922. Cependant ces trois exemples ne sauraient les refléter dans leur ensemble. Ainsi, dans un souci d'objectivité, nous avons entrepris une démarche inspirée de la *Grounded Theory*⁶⁹ (ou théorie enracinée) et de sa technique d'échantillonnage théorique⁷⁰ : les observations médicales des dossiers de patients pour lesquels un diagnostic de démence précoce avait été posé entre 1920 et 1922⁷¹ ont été étudiées successivement de façon systématique en relevant les caractéristiques du tableau clinique rapporté (tant les troubles eux-mêmes que la façon dont ils étaient décrits et explorés). Selon son principe, cette procédure a été poursuivie jusqu'à ce que l'examen des observations médicales ne fournisse plus de « nouvelles » manifestations pathologiques ou de « nouvelles » façons de les décrire, c'est-à-dire jusqu'à saturation des données. Nous étions donc en mesure, grâce à cette méthode, de reconstituer un

⁶⁷ Cela signifie que la mère de la malade a dû signer une décharge pour faire sortir sa fille de la Clinique

⁶⁸ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médicale de patient, année de classement 1922, lettre R

⁶⁹ Théorie développée par Barney Glaser et Anselm Strauss dans l'ouvrage *The discovery of Grounded Theory : Strategies for qualitative research* publié en 1967. Elle permet l'enracinement des données puis la construction à partir de celles-ci d'une théorie correspondant à la réalité qu'elle veut représenter. Elle apporte une rigueur au processus de recherche qualitative.

⁷⁰ L'échantillonnage théorique se caractérise par le fait qu'on ne connaît pas à l'avance la taille de l'échantillon. Il s'arrête lorsqu'il y a saturation, c'est-à-dire lorsque les données deviennent répétitives.

⁷¹ Pour cette période, ce sont tous les dossiers de patients avec un diagnostic comportant la notion de démence précoce qui ont été considérés ici, qu'elle soit isolée ou accompagnée d'une autre notion.

tableau clinique type de la notion de démence précoce strasbourgeoise au cours de la période 1920-1922. Les malades sont des hommes ou des femmes, le plus souvent jeunes. Ils sont âgés de 17 à 35 ans au moment de leur première admission. En général, la survenue d'un évènement aigu incite la famille ou des proches à conduire le malade à la Clinique psychiatrique. Il peut s'agir d'un changement de caractère, d'un arrêt des activités habituelles, d'un désintérêt de tout, de la survenue d'hallucinations, de moments d'agressivité ou encore d'une tentative de suicide. La famille rapporte assez souvent des signes précurseurs : un tempérament solitaire et renfermé ou encore des manifestations physiques à type de maux de tête et de vertiges. L'« orientation » quant au temps et à l'espace est en général bonne ou partielle. L'« affectivité » est perturbée et très souvent qualifiée d'indifférente. Les malades ne s'intéressent à rien. Leur « intelligence » est plus ou moins bien conservée en fonction de l'état d'évolution de la maladie. Ainsi, régulièrement, ils calculent bien, ont de bonnes connaissances générales et une mémoire relativement satisfaisante. Il peut exister mais pas de façon constante des hallucinations. Le plus souvent, elles sont auditives et tactiles, sexuelles notamment. Elles peuvent, cependant, être également visuelles. Des « idées délirantes » sont souvent constatées avec des thématiques essentiellement de « persécution », mais aussi de « grandeur » et « hypochondriaque ». Le comportement est marqué par un isolement et une certaine impulsivité. Les attitudes et la mimique sont quant à elle régulièrement empreintes d'un certain « maniérisme » et il peut exister des « stéréotypies ». Enfin le langage est souvent lent, hésitant et parfois totalement incohérent. Il existe des rires et des sourires immotivés. Un examen physique est réalisé de façon quasi systématique et le plus souvent il s'avère sans particularité.⁷²

Cette description insiste sur les causes de l'admission, les éléments biographiques et les antécédents (apprentissage à l'école, maladies dans l'enfance), l'orientation, l'intelligence (calcul, lecture, mémoire), l'affectivité qui est ainsi nommée, l'existence d'un maniérisme, les hallucinations, les idées délirantes, la qualification du langage et du comportement mais aussi sur l'examen physique.

⁷² Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossiers médicaux de patients, 1920-1922

Elle n'est pas sans rappeler celle faite par Kraepelin dans la cinquième édition de son manuel de psychiatrie à propos de « Dementia praecox ». La description clinique correspondant à la notion de démence précoce à Strasbourg et celle de Kraepelin se rejoignent sur un certain nombre de points. Elles retrouvent toutes deux un phénomène aigu qui conduit le malade à l'hôpital ainsi que des signes précurseurs. Toutes deux s'accordent à décrire une mémoire et une orientation conservées, au moins pendant les premiers temps de la maladie. En revanche, le jugement et les capacités d'attention sont, quant à eux, souvent atteints. Dans l'une comme dans l'autre, des hallucinations peuvent exister, le plus souvent auditives mais pouvant aussi être tactiles et visuelles. Elles rapportent des idées délirantes pour lesquelles elles retrouvent les mêmes thèmes. Elles font état globalement de la même façon de la perturbation du langage qui est lent, hésitant, parfois obscur et de l'existence fréquent d'un maniérisme et de stéréotypies. Le seul point de divergence patent concerne ce que le tableau clinique strasbourgeois qualifie d'« affectivité ». Kraepelin n'utilise dans sa description à aucun moment le terme d'« Affektivität » qui est le mot allemand pour « affectivité » . Il a recours à ceux de « Stimmung » (Humeur) et de « Gefühl » (Emotion). Les deux descriptions usent en revanche toutes deux de la notion d'« indifférence » (« Gleichgültigkeit ») pour qualifier respectivement cette affectivité⁷³ ou cette humeur. Ainsi, la différence constatée ne repose pas tant sur le symptôme lui-même que sur la façon de nommer la fonction qu'il perturbe. Le terme d'« Affektivität » est, en revanche, celui utilisé par Bleuler dans sa description de la schizophrénie⁷⁴. Son utilisation dans le tableau clinique type de la notion de démence précoce à Strasbourg entre 1920 et 1922 aiguise donc la curiosité. C'est en 1919, qu'on commence à constater sa présence dans les observations médicales des dossiers de malades atteints de démence précoce. On ne le retrouve pas auparavant pendant la Première Guerre Mondiale. Il pourrait alors s'agir des débuts du concept de schizophrénie à la Clinique psychiatrique de Strasbourg avant même qu'il n'apparaisse sous son

⁷³ Kraepelin, E., 1896. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, Fünfte Auflage. ed. Johann Ambrosius Barth, Leipzig. p. 426-441

⁷⁴ Bleuler, E., 1911. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in: Aschaffenburg, G. (Ed.), Handbuch Der Psychiatrie. Franz Deuticke, Leipzig und Wien. p. 31

propre nom. Cependant, cela pourrait tout autant correspondre à une particularité séméiologique française, Strasbourg ayant été restituée à la France en 1919.

3.2.2. La schizophrénie

La schizophrénie a été décrite par Eugene Bleuler (1857-1939) dans un article intitulé « Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien » et publié dans l'encyclopédie de psychiatrie, *Handbuch der Psychiatrie*, du Professeur Aschaffenburg en 1911.⁷⁵

Comme pour la démence précoce, le tableau clinique auquel renvoie la notion de schizophrénie à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg entre 1929 et 1931 peut être évoqué, dans un premier temps, au travers de trois histoires cliniques de malades.

Il s'agit tout d'abord de celle de Mme D. Marie âgée de 34 ans. Elle est admise à la Clinique le 8 février 1929 car elle est « psychotique depuis cinq jours ». Son père rapporte qu'elle a été « très impressionnée par un enterrement ». Depuis elle pense qu'« on lui soutire ses pensées » et

des « hallucinations auditives » ainsi qu'une « excitation motrice et du langage ». Le 11 février, elle est examinée. Des « hallucinations auditives » sont alors mises en évidence : elle « entend des ondes radio émises par un homme ». Elle est par ailleurs convaincue de pouvoir « lire dans les pensées » du médecin qui l'examine. Des « visions du temps passé » sont constatées. La malade est qualifiée d'« accessible », mais en même temps de « très incohérente ». Son « affectivité » est décrite comme étant « superficielle et désordonnée » : elle « rit, puis subitement a une expression anxieuse puis sourit à nouveau ». Elle « débite en scandant, en rythmant, en chantant, à voix basse sur un ton suraigu ». L'examen de la « motricité » met en évidence un « maniérisme très prononcé ». Elle fait des « gestes symétriques avec ses bras pendant qu'elle parle ». L'examen physique fait état de pupilles « égales » et de « réflexes achilléen et du genou » présents. Quant à l'« orientation », elle

⁷⁵ Bleuler, E., 1911. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in: Aschaffenburg, G. (Ed.), *Handbuch Der Psychiatrie*. Franz Deuticke, Leipzig und Wien.

est partielle dans le temps et dans l'espace : la malade « pense être à Strasbourg, soit au temple, soit à l'hôpital ». Sa « mémoire » est conservée : elle connaît les dates de la dernière guerre ainsi que la capitale de la France et de l'Italie. Les « automatismes » sont explorés : elle ne sait pas réciter le « Notre-Père » mais dira alors « Notre-Père...je ne connais pas bien... ». En revanche, elle parvient à énumérer les jours de la semaine et les mois de l'année mais ne peut pas le faire dans le sens inverse. L'existence d'une « écholalie » est notée. L'« écriture » est « correcte », de même que la « lecture ». Elle fait deux erreurs sur les six opérations de « calcul » qui lui sont proposées. Elle donne la signification suivante du proverbe « Morgenstund hat gold im Mund » (L'avenir appartient à ceux qui se lèvent tôt) : « Früh aufstehen bringt Geld ! etwas so ! » (Se lever tôt rapporte de l'argent ! Quelque chose comme ça !). Des épreuves d'« associations » selon le « test de Jung-Riklin »⁷⁶ sont réalisées :

- 1) Weihnachten⁷⁷ (Noël) : « ist Weihnachten »⁷⁸ (Est Noël)
- 2) Sonntag (Dimanche) : « dimanche, travaille dimanche aussi »
- 3) Winter (Hiver) : « Tant pis vous savez moi je ne veux rien »
- 4) See (Lac) : « der See » (Le lac)
- 5) Tisch (Table) : « Tisch, das ist ein Tisch ! » (Table, ça c'est une table)
- 6) Kopf (Tête) : « ein grosser Kopf » (Une grosse tête)

L'observation médicale s'achève par une conclusion : « Dissociée, parafunctions, hallucinations auditives et visuelles, excitation motrice et du langage, aucun trouble de la mémoire décelé. Néologismes. ». Environ un mois après son admission, le 6 mars 1929, la patiente est transférée à l'asile départemental de Stephansfeld.⁷⁹

Une autre histoire clinique permettant de se représenter ce qu'était la schizophrénie à Strasbourg entre 1929 et 1931 est celle de Mme N. Marie. Elle est admise le 27 juin 1930 et est alors âgée de 28

⁷⁶ Le test est constitué par une liste de mots-inducteurs différents avec des adjectifs, des substantifs et des verbes distribués irrégulièrement. Le mot-inducteur était alors prononcé distinctement et le sujet devait répondre aussi vite que possible par le premier mot lui venant à l'esprit.

⁷⁷ Il s'agit du mot prononcé par le médecin.

⁷⁸ Il s'agit de ce que la patiente répond.

⁷⁹ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1929, lettre D

ans. Il est écrit dans le dossier que la « maladie a débuté il y'a un an » et que depuis la patiente présente des « délires d'interprétation » en même temps, qu'elle « croit qu'on parle d'elle » et cela survient « surtout au moment des règles ». Depuis plusieurs semaines elle « mange très peu » et souffre d'« insomnies ». Elle présente des « hallucinations auditives-verbales » : « les voix lui disent qu'elle est mauvaise et qu'elle est enceinte ». Il existe un « antagonisme des voix », certaines disant du mal d'elle tandis que d'autres la défendent. Elle présente par ailleurs un « délire de persécution ». Elle est convaincue qu'on veut la tuer et admet se sentir observée : « Dann werde ich in Beobachtung » (Je suis observée). Elle évoque également une impression d'« influence physique » et parle d'ondes : « Bestrahlung ». Elle est « excitée ». Ses paroles sont « décousues ». Elle « répond aux questions par des phrases incomplètes » et « ne comprend pas toujours ce qui lui est dit ». Par moments, elle « semble écouter une voix ». Il existe des « arrêts ». On peut alors lire dans le dossier le terme de « dissociation ». Il lui arrive de se lever de son lit, « subitement » et « sans raison ». Son « affectivité » est tantôt « anxieuse », tantôt « indifférente ». Concernant le « calcul », elle effectue de façon correcte la moitié des opérations demandées. Sa « mémoire » est éprouvée au travers de sa connaissance des « dates de la dernière guerre » qu'elle est capable de fournir. Les « automatismes » sont testés en lui demandant d'énumérer les mois de l'année et les jours de la semaine, cela devant ensuite être fait dans le sens inverse (« rétro »). Elle réalise un oubli dans la première série et un dans la quatrième. On lui demande ensuite d'épeler deux mots : Lutzelburg et Dettwiller, ce qu'elle en mesure de faire de façon satisfaisante. L'épreuve des « associations » selon le « test de Jung-Ricklin » ne peut pas être réalisée car la patiente répète alors inlassablement qu'elle veut rentrer à la maison. Elle sort le 2 septembre 1930, « reprise par sa famille contre décharge ».⁸⁰

Finalement, c'est l'histoire de Mme S. Georgette qui sera évoquée. Elle est hospitalisée à la Clinique psychiatrique le 10 novembre 1931 alors qu'elle est âgée de 33 ans. Sa sœur rapporte qu'elle est « malade depuis cinq ans » mais que depuis quelques semaines, elle présente des « paroxysmes

⁸⁰ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1930, lettre N

d'excitation », une certaine « agressivité », une « insomnie », « une indifférence » et des « attitudes stéréotypées ». Interrogée quant aux causes de son admission la patiente répond qu'elle avait depuis quelques temps mal à l'estomac et au cœur: « Magen und Herzweh ». Elle est sujette à des hallucinations « auditives-verbales » et « kinesthésiques » ainsi qu'à des « idées de persécution » : elle pensait que si elle ne faisait pas la cuisine elle-même, sa belle-sœur allait l'empoisonner. Il n'existe pas, en revanche, d'« idées d'influence ». Elle est « orientée » quant au lieu et partiellement quant au temps : elle est capable de dire le jour de la semaine et l'année mais pas la date et le mois. Ses connaissances générales sont évaluées. Elle sait combien il y a de jours et de semaines dans une année mais, par contre, elle ne connaît que partiellement les « dates de la dernière guerre ». Concernant le « calcul », elle fait une erreur sur les cinq opérations demandées. Lorsqu'on lui demande de donner la signification du proverbe « Morgenstund hat Gold im Mund » (L'avenir appartient à ceux qui se lèvent tôt), elle répond: « Wenn man Morgen früh aufsteht, dann soll man schlafen den ganzen Tag » (Quand on se lève tôt, on doit ensuite dormir toute la journée). Les médecins de la Clinique procèdent également à des épreuves d'« associations » selon le « test de Jung-Riklin » dont voici la retranscription:

- 1) Weihnachten (Noël) : « Fröhliche Weihnachten » (Joyeux Noël)
- 2) Sonntag (Dimanche) : « Tag des Herrs » (Jour du Seigneur)
- 3) Winter (Hiver) : « ist kalt » (Est froid)
- 4) Vater (Père) : « muss mann ehren » (Doit être respecté)
- 5) Klavier (Piano) : « kann mann spielen » (On peut en jouer)
- 6) Frosch (Grenouille) : « ist im Wasser » (Est dans l'eau)
- 7) Anstalt (Asile) : « ist hier in Strasbourg » (Ici, à Strasbourg)
- 8) Spazieren (Promener) : « gehen wir wenn wir dürfen » (On y va quand on a le droit)
- 9) Gefängnis (Prison) : « die gehen hinein die etwas angestellt haben » (Y vont ceux qui ont fait des bêtises)

L'« affectivité » de la malade est qualifiée de « très superficielle » et d'« euphorique ». Son comportement est qualifié d'« autiste ». L'examen physique ne retrouve « pas de souffle cardiaque »

et met en évidence une « réaction des pupilles à la lumière ». Le 11 décembre 1931, elle est « reprise par sa famille ».⁸¹

Le tableau clinique type de la notion de schizophrénie à Strasbourg entre 1929 et 1931 a été reconstitué avec la même méthode que celle utilisée pour la démence précoce. Il s'agit d'hommes et de femmes âgés de 17 à 50 ans lors de leur première admission à la Clinique. Ils y sont internés le plus souvent à l'occasion d'un épisode aigu (hallucinations, idées délirantes, agitation, agressivité ou encore tentative de suicide). Leur « orientation » dans le temps et dans l'espace est le plus souvent correcte. Ils présentent une « affectivité » qualifiée dans la plupart des cas de « superficielle » ou « indifférente ». La « mémoire » est en général bien préservée. Le calcul, les connaissances générales et les automatismes sont testés avec des résultats souvent satisfaisants. Les patients sont sujets à des « hallucinations », fréquemment auditives mais qui peuvent aussi être tactiles ou plus rarement visuelles. Des « idées délirantes » peuvent également exister. Elles sont majoritairement à thématique de persécution. Il peut aussi s'agir d'idées délirantes de « grandeur » ou « hypochondriaques ». Le comportement peut être marqué par des « stéréotypies », des attitudes « maniérées » et des « impulsions ». Le patient est souvent en retrait, refusant le contact avec les autres ce qui peut être qualifié d'« autisme ». Le langage est perturbé : le patient parle de façon décousu, par phrases incomplètes et fait des néologismes, cela étant parfois décrit par le terme de « dissociation ». L'épreuve des « associations » selon le « test de Jung-Riklin » est quasiment systématiquement réalisée. Dans l'immense majorité des dossiers de patients, elle n'est cependant pas accompagnée de son interprétation. Y procéder à posteriori s'avère très difficile de sorte qu'il est compliqué de qualifier les perturbations des associations existantes dans le tableau clinique type strasbourgeois de la notion de schizophrénie entre 1929 et 1931. Finalement, un examen physique est quasiment toujours réalisé et il s'avère le plus souvent sans particularité.⁸²

⁸¹ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1931, lettre S

⁸² Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossiers médicaux de patients, 1929-1931

Ainsi, la description met l'accent sur « l'affectivité », la recherche de trouble des « associations » par le test de Jung-Riklin, l'« orientation », la « mémoire », les « hallucinations », les « idées délirantes », les attitudes avec notamment la recherche d'un maniérisme, le comportement notamment par rapport au monde extérieur, le langage mais aussi l'examen physique. La description peut comporter le terme de « dissociation » mais pas systématiquement.

On retrouve dans ce tableau strasbourgeois des éléments de la schizophrénie telle que l'a décrite Bleuler dans « Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien ». On y reconnaît notamment les « symptômes fondamentaux » qui y sont énoncés : le trouble des associations, la perturbation de l'affectivité et l'autisme tandis que la mémoire et l'orientation sont conservées du moins pendant les premiers temps de l'évolution de la maladie. La dissociation, « Spaltung », est plutôt décrite par Bleuler comme un processus en cause dans la maladie et responsable de ses manifestations. Dans le tableau clinique strasbourgeois, ce terme vient prendre d'avantage la place d'un symptôme. La description du langage y est assez semblable à celle de Bleuler qui évoque des tournures de phrases et une intonation particulières ainsi que l'existence éventuelle de néologismes. Les deux descriptions font état d'hallucinations et d'idées délirantes. En revanche leur place de symptômes secondaires n'apparaît pas dans celle de Strasbourg au sein de laquelle elles ont tendance à être au premier plan.⁸³

3.2.3. Synthèse

Les manifestations répertoriées par les deux tableaux cliniques types strasbourgeois, celui de la notion de démence précoce entre 1920 et 1922 et celui de la notion de schizophrénie entre 1929 et 1931, semblent très proches. En revanche, la façon dont elles sont décrites et explorées diffère

⁸³ Bleuler, E., 1911. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in: Aschaffenburg, G. (Ed.), Handbuch Der Psychiatrie. Franz Deuticke, Leipzig und Wien. p. 9-186

sensiblement de l'un à l'autre. Ainsi, le terme de « dissociation » fait partie de celui de schizophrénie mais pas de celui de démence précoce. Il en va de même pour le terme d'« autisme ». Par ailleurs le tableau clinique type de la notion de schizophrénie insiste beaucoup moins que celui de la notion de démence précoce sur les éléments biographiques et les antécédents des malades. Cependant, le point de divergence le plus évident est l'exploration systématique des associations par l'épreuve de Jung-Riklin dans la schizophrénie strasbourgeoise tandis qu'on ne la retrouve pas (1920) ou de façon très ponctuelle (1921 et 1922) dans la démence précoce strasbourgeoise. Ce test a été mis au point par Carl Gustav Jung (1875-1961) et Franz Riklin (1878-1938) à la Clinique psychiatrique du Bûrghölzli à Zürich en 1904 alors que Bleuler en était le directeur. Il a donc été élaboré avant la publication de l'article dans l'encyclopédie d'Aschaffenburg en 1911 et n'est donc pas caractéristique de la schizophrénie. Cependant, Bleuler ayant articulé cette dernière autour d'une perturbation des associations, on comprend à quel point explorer les troubles présentés par les malades sous cet angle renvoie à une conception bleulérienne, soit à la schizophrénie. Bleuler se serait d'ailleurs largement inspiré des épreuves d'associations et de leurs résultats mis en évidence par Jung pour la théoriser⁸⁴. Kraepelin, bien qu'il mentionne des associations perturbées à propos de la démence précoce dans la huitième édition de son manuel de psychiatrie (1913), il les évoque au titre de n'importe quel autre symptôme et ne leur accorde pas une place centrale⁸⁵.

Ainsi étaient reconstitués les tableaux cliniques type strasbourgeois de la notion de démence précoce et de celle de schizophrénie en marge de la rupture. Ils faisaient alors référence aux mêmes troubles tout en les décrivant différemment. Les deux changements nosologiques pratiques constatés grâce au spectre de 1922 à 1932, soit le commencement et la forte augmentation de l'utilisation de la notion de schizophrénie d'une part et la forte diminution jusqu'à arrêt de celle de la notion de démence précoce d'autre part au sein de la pratique diagnostique strasbourgeoise, ne

⁸⁴ Moskowitz, A., Heim, G., 2011. Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia bulletin* 37, 471–479.

⁸⁵ Kraepelin, E., 1913. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, Achte Auflage. ed. Johann Ambrosius Barth, Leipzig. p. 686-685

venaient donc pas témoigner de l'émergence d'une maladie tandis qu'une autre était en train de s'éteindre. Ils ne venaient pas non plus refléter une modification du recrutement des pathologies prises en charge à la Clinique (nouvel accueil d'une certaine pathologie dans l'institution alors que les patients souffrants d'une autre affection sont désormais soignés ailleurs). Les deux notions nosologiques que ces deux changements nosologiques pratiques ont impliqués désignant des troubles semblables, ils étaient alors bien être liés l'un à l'autre dans la dynamique d'un seul et même mouvement nosologique pratique. De 1922 à 1932, les psychiatres de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, face à des troubles similaires utilisent de plus en plus la notion de schizophrénie et de moins en moins celle de démence précoce pour les faire bénéficier d'un diagnostic. La notion de schizophrénie est venue remplacer celle de démence précoce au sein de la pratique diagnostique de cette institution à l'occasion. Il fallait à présent chercher à reconstituer et à décrire comment cela s'est opéré en pratique pendant la période de la rupture, soit de 1923 à 1928.

3.3. Au cœur de la rupture (1923-1928)

Une fois la dynamique du mouvement nosologique réalisant une rupture entre les notions de démence précoce et de schizophrénie confirmée, nous avons cherché à décrire comment ce dernier s'était opéré en pratique. De quelle façon le diagnostic de schizophrénie est-il venu remplacer celui de démence précoce au sein de la pratique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1923 à 1928 ?

.

3.3.1. Une certaine confusion diagnostique

Une première démarche permettant de reconstituer et de décrire comment s'est effectuée la rupture entre la notion de démence précoce et celle de schizophrénie a consisté à examiner les

observations médicales émanant de dossiers de patients déments précoces et schizophrènes au cours de la période de rupture, soit de 1923 à 1928. Cet examen a mis en évidence une certaine confusion diagnostique. Nous avons, en effet, repéré un certain flou quant aux caractéristiques descriptives de la notion de démence précoce et de celle de schizophrénie, telles que nous les avons mises en évidence en marge de la rupture. Elles s'estompent jusqu'à parfois se confondre. Dans d'autres situations, certaines d'entre elles viennent étayer le diagnostic de schizophrénie alors que du point de vue des tableaux cliniques type précédemment définis, elles sous-tendent celui de démence précoce. Il a également été observé que les deux diagnostics peuvent être posés simultanément face à un tableau clinique unique.

3.3.1.1. Quand les repères diagnostiques s'estompent

Au cours de l'année 1925, deux jeunes femmes sont admises à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Agées toutes deux de 17 ans, c'est alors la première fois qu'elles sont hospitalisées dans un tel établissement. Les tableaux cliniques qu'elles présentent sont très proches, tant du point de vue des troubles eux-mêmes que de la façon dont ils sont décrits et explorés. Pourtant l'une se verra attribuer le diagnostic de démence précoce et l'autre celui de schizophrénie.

Le 30 septembre 1925, Melle G. Emma est admise à la Clinique selon la modalité d'un placement volontaire. Née le 21 février 1908, elle est alors âgée de 17 ans et travaille comme « servante ». Elle est transférée de la Clinique médicale A où elle est « subitement devenue excitée » en même temps qu'elle présentait des « hallucinations visuelles et auditives » et des « idées délirantes de persécution ». Au cours de l'examen d'admission, l'« orientation » est partielle quant au temps et au lieu. Un « maniérisme en donnant la main » est noté. Elle est « bien accessible » et son « affectivité » s'avère « plutôt dépressive ». Elle présente des « hallucinations auditives » : « une voix d'homme lui dit que quelqu'un doit mourir ». Elle rapporte également des « hallucinations visuelles » mais aussi

« tactiles » : « il y'a quelqu'un qui me retient quand je veux aller me cacher ». Des « hallucinations sexuelles » sont également constatées : un « homme nu avec une barbe noire » a des relations sexuelles avec elle la nuit. Elle a des « idées de persécution » : « quand je vais quelque part, je pense que c'est le pouvoir de quelqu'un ». Elle croit qu'« on parle d'elle » et que ses « pensées sont influencées ». Elle pense être « hypnotisée ». Les « automatismes » sont corrects : elle parvient à réciter le « Notre-Père » puis à énumérer les jours de la semaine du lundi au dimanche et les mois de l'année de janvier à décembre. Elle n'arrive pas en revanche à les citer dans le sens inverse. Face aux différentes opérations de « calcul » qu'on lui demande d'effectuer, elle « ne donne aucune réponse ». Le médecin explore sa « mémoire » en lui demandant quelles sont les dates de la dernière guerre et quel a été son vainqueur puis combien il y a de jours, de semaines et de mois au cours d'une année, autant de questions auxquelles elle parvient à répondre de façon satisfaisante. Elle sait, par ailleurs, épeler le mot « Mulhouse ». Quand on lui demande quelle est la signification du proverbe « Morgenstund hat Gold im Mund » (L'avenir appartient à ceux qui se lèvent tôt), elle « ne répond rien ». L'examen des yeux met en évidence des pupilles « rondes, égales et régulières ». L'épreuve des « associations » selon le « test de Jung-Riklin » est effectuée. Elle sort « améliorée » le 11 octobre 1925 et est alors « reprise par sa mère ». Le diagnostic posé au cours de cette hospitalisation est celui de démence précoce.⁸⁶

C'est plus tôt, au début de l'année 1925, le 27 janvier, qu'est hospitalisée en placement volontaire Melle G. Marie. Elle est âgée de 17 ans et n'exerce pas de profession. Elle admise en raison « d'idées délirantes de persécution » : elle pensait que « la nourriture était empoisonnée ». Elle présente alors également des « paroxysmes d'excitations ». On apprend que les premiers troubles de la malade sont apparus il y a environ 5 mois : elle « parlait de travers », « insultait sa belle-mère », « négligeait tout », « restait couchée et fixait un coin ». Lors de l'examen d'admission, l'« orientation » de la malade est partielle quant au temps et au lieu. Un « maniérisme » est constaté. Elle pleure par

⁸⁶ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1927, lettre G

moments mais « sans grande affectivité », cette dernière étant qualifiée d'« indifférente ». Il existe des « hallucinations acoustico-verbales » et visuelles : elle voit « la Sainte-Vierge ». Elle rapporte également qu'« on lui tire les oreilles et lui tape sur les doigts ». Il existe des « idées délirantes de persécution » : « tout le monde veut lui faire perdre la tête » et « on écrit des lettres anonymes à son sujet ». Elle pense être « influencée » et « hypnotisée ». Pour ce qui est des « automatismes », elle parvient à réciter le « Notre père » sans commettre d'erreur et l'énumération des jours de la semaine et des mois de l'année y compris dans le sens inverse est correcte. Quant aux « calculs », elle ne fournit qu'une seule réponse sur les cinq demandés : « $6 \times 6 = 36$ ». L'« examen corporel » est « sans particularité ». Les épreuves d'associations selon Jung-Riklin sont effectuées. Elle quitte la clinique le 5 février 1925, « reprise par son mari contre revers ». Le diagnostic posé au cours de cette hospitalisation est celui de schizophrénie.⁸⁷

Ainsi, en 1925, deux jeunes femmes ayant le même âge sont admises toutes deux pour la première fois à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Les troubles qu'elles présentent se ressemblent beaucoup. Ils comportent : une orientation partielle dans le temps et dans l'espace, un maniérisme, des hallucinations acoustico-verbales, visuelles et cénesthésiques, des idées délirantes de persécution, l'impression d'être influencé, des automatismes préservés et des difficultés pour le calcul. Outre le fait que les troubles des deux jeunes femmes soient assez semblables, ils sont décrits de la même façon. On ne retrouve ici aucune des particularités descriptives de la démence précoce ou de la schizophrénie strasbourgeoises en marge de la rupture permettant la distinction entre l'une et l'autre. On est alors bien en peine de comprendre pourquoi les deux patientes ont fait l'objet de deux diagnostics différents. L'exemple explicité ici est loin d'être isolé. Cette situation a pu, en effet, être constatée de façon assez fréquente entre 1923 et 1928. Ainsi au cours de cette période, il y a eu cohabitation des deux diagnostics qui ne semblent pas avoir été étayés par des critères caractéristiques de l'un ou de l'autre tels que nous les avons définis dans les tableaux cliniques type.

⁸⁷ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1927, lettre G

3.3.1.2. *Quand les repères diagnostiques s'invertissent*

La confusion diagnostique se donne également à lire lorsque des observations médicales présentes dans des dossiers de patients faisant l'objet d'un diagnostic de démence précoce contiennent des particularités du tableau clinique type de la notion de schizophrénie tel que nous l'avons définis en marge de la rupture.

Il en va ainsi de l'exploration des associations selon le test de Jung-Riklin. Nous avons explicité précédemment qu'elle faisait partie de la description clinique de la notion de schizophrénie à Strasbourg entre 1929 et 1931. Pourtant, dans l'immense majorité des dossiers de patients avec un diagnostic de démence précoce entre 1923 et 1928, cette épreuve est retrouvée.⁸⁸

Par ailleurs, un certain nombre de dossiers étiquetés démence précoce entre 1923 et 1928 peuvent contenir dans leurs descriptions cliniques le terme de « dissociation » dont nous avons établi qu'il faisait partie du tableau clinique type de la notion de schizophrénie à Strasbourg en marge de la rupture. Nous pouvons ici évoquer le cas de Mr J. Michel, né le 28 mai 1898. Il est admis à la Clinique le 9 janvier 1923 car, depuis trois semaines, il « croit que le gens du village le surveillent ». A l'issue de la description clinique d'admission qui est assez étoffée et précise, une conclusion résume les symptômes qui ont fait poser le diagnostic de démence précoce : « dissociation des idées, katalepsie, stéréotypie des mouvements, manque d'affectivité, idées délirantes de persécution et de grandeur religieuse, manque de logik et hallucinations ». ⁸⁹On est quelque peu étonné de voir figurer le terme de « dissociation des idées » dans une description qui conclut à un diagnostic de démence précoce. Cette observation médicale date de 1923, ce qui est tôt par rapport à la période de la rupture. Ainsi au cours de cette année-là, alors que les diagnostics de schizophrénie sont encore très peu présents,

⁸⁸ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossiers médicaux de patients, 1923-1928

⁸⁹ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1923, lettre J

un de ses termes conceptuels et descriptifs caractéristiques émaille des observations médicales de dossiers de patients considérés comme étant atteints de démence précoce. L'implantation de la dénomination schizophrénie dans la pratique strasbourgeoise semble donc avoir été précédée par les idées qui la sous-tendent. On les perçoit, à cet endroit, infiltrer la façon dont les psychiatres strasbourgeois appréhendent et comprennent les troubles des patients.

Des situations d'intervertissement des repères diagnostiques ont pu également être observées avec le terme d'« autisme ». Ainsi, Mr S. André âgé de 31 ans et verrier de profession, est admis à la Clinique le 10 juillet 1926 car il est « dépressif » et « présente des idées de suicide » en même temps qu'il fait état d'« idées d'insuffisance et de persécution ». Le 17 octobre 1926, lors de la visite, il est décrit comme « calme, accessible », présentant une « indifférence marquée » et un « maniérisme en donnant la main » tandis que son comportement dans la salle est qualifié par le terme d'« autisme ». Le diagnostic porté par les psychiatres de la Clinique concernant ce patient sera néanmoins celui de démence précoce.⁹⁰

Non seulement les repères diagnostiques s'estompent dans certaines situations, mais ils peuvent aussi être intervertis de sorte que certains, caractéristiques de la schizophrénie strasbourgeoise, se donnent à lire dans des observations médicales concernant des malades faisant alors l'objet d'un diagnostic de démence précoce.

3.3.1.3. Quand les deux dénominations diagnostiques se retrouvent côte à côte

La confusion entre démence précoce et schizophrénie s'exacerbe lorsqu'elles sont diagnostiquées de façon simultanée face à un tableau clinique unique. Cette situation a pu être observée à plusieurs reprises au cours de la période de rupture, notamment dans des expertises rédigées par Charles Pfersdorff qui est alors le titulaire de la chaire de psychiatrie et le directeur de la Clinique. Dans

⁹⁰ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1926, lettre S

certaines situations, il arrive que la démence précoce soit considérée comme un stade évolutif de la schizophrénie. C'est par exemple le cas pour les troubles présentés par Mr G. Emile. Il est admis pour la première fois à la Clinique psychiatrique de Strasbourg en « placement ordonné par l'autorité publique » le 14 août 1920 après qu'il « ait manifesté l'intention de se jeter par la fenêtre pour échapper aux persécutions dont il était l'objet ». C'est alors le diagnostic de démence précoce qui est posé et qui figure sur la couverture de son dossier médical. Sept ans plus tard, en 1927, il est à nouveau hospitalisé à la Clinique en vue d'une expertise à la demande du Tribunal Départemental des Pensions militaires du Bas-Rhin. Cette dernière réalisée par le Pr. Pfersdorff conclut : « G. Emile présente l'état terminal de la schizophrénie (démence précoce) ». La description clinique correspondante figurant dans l'expertise est la suivante :

« L'orientation dans le temps insuffisante. Les connaissances générales correspondent au niveau social du malade. Les associations sont nettement catatoniques et montrent la tendance à l'emploi des mots composés. L'affectivité est presque abolie; le malade est indifférent et inactif; il reste couché au lit et ne s'intéresse pas à l'entourage. De temps à autre, rires sans motif. Hallucinations auditives et visuelles. Les hallucinations présentent des fois le caractère onirique et sont datées dans le passé (pseudo-hallucinations de Hagen). Idées de persécution avec interprétations délirantes des faits et des hallucinations. Cette interprétation est des fois nettement fantastique. Pas de parafonctions motrices pour le moment. »⁹¹

Ainsi, démence précoce et schizophrénie semblent être une même entité, la première étant assimilée au stade évolutif ultime de la seconde.

Dans d'autres situations, le diagnostic est constitué de ces deux entités simplement juxtaposées. C'est le cas dans l'expertise du malade J. Frédéric né le 26 mai 1896. A l'occasion d'une expertise réalisée en 1928 à la demande du tribunal départemental des pensions militaires du Bas-Rhin, Charles Pfersdorff conclut : « J. Frédéric est atteint de démence précoce, schizophrénie ». Les deux

⁹¹ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, année de classement 1927, lettre G

termes sont côte à côte simplement séparés par une virgule, sans que l'on sache quels sont les liens qu'ils entretiennent et ce que représente l'un par rapport à l'autre. Ainsi énoncés, ils semblent synonymes.⁹²

Entre 1923 et 1928, à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, il existe une cohabitation des diagnostics de démence précoce et de schizophrénie. La proximité des deux est grande et ils n'apparaissent alors pas être étayés de façon stable et déterminée l'un par rapport à l'autre. A l'endroit de cette confusion diagnostique, ils semblent venir se nouer et une certaine continuité de l'un à l'autre est pressentie.

3.3.2. Les déments précoces sont devenus schizophrènes

Une autre démarche permettant d'appréhender comment s'est effectuée en pratique la rupture entre les notions de démence précoce et de schizophrénie a consisté à suivre des trajectoires de patients. Des malades ayant été diagnostiqués déments précoces lors de leur premier internement à la Clinique avant ou pendant de la période 1923-1928 ont été suivis dans le temps. La démarche était prospective à l'échelle du patient. Nous rapportons ici cinq parcours de malades.

Il s'agit tout d'abord de celui de Mme M. Marie née le 4 décembre 1895. Elle est hospitalisée à la Clinique psychiatrique pour la première fois en 1921 et on la considère alors comme atteinte de démence précoce, tel que c'est inscrit sur la couverture de son dossier médical. Quatorze ans plus tard, le 7 juillet 1931, elle est à nouveau internée et le diagnostic qui est alors posé est celui de schizophrénie⁹³.

⁹² Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1932, lettre J

⁹³ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1934, lettre M

Mr H. Edouard, quant à lui, est hospitalisé à trois reprises à la Clinique : en 1918, 1922 et 1929. Au cours de ces trois internements, c'est le diagnostic de démence précoce qui est posé. En revanche, lors de l'hospitalisation de 1929, dans un courrier que le Professeur Pfersdorff adresse au préfet du Bas-rhin en sa qualité de président du comité départemental des mutilés et réformés, ce dernier écrit : « Mr H. est atteint de schizophrénie »⁹⁴.

Mme S. Salomé, née en 1893, est hospitalisée pour la première fois à la Clinique en 1925. Elle fait alors l'objet d'un diagnostic de démence paranoïde, soit un sous-groupe de démence précoce. En 1928, elle est admise pour la seconde fois et une expertise est réalisée par le Professeur Pfersdorff pour l'Institut d'assurance sociale d'Alsace et de Lorraine. Il y conclut que la malade souffre de schizophrénie⁹⁵.

Mr M. Adolph est admis pour la première fois en 1919. On le considère alors comme souffrant de démence précoce. Il est ensuite hospitalisé à deux reprises au cours de l'année 1928. Le Professeur Pfersdorff procède alors à une expertise qui conclut : « M. est aliéné, il est atteint de schizophrénie »⁹⁶.

Finalement, la cinquième trajectoire évoquée est l'occasion de revenir sur le cas de Mr J. Frédéric. Ce dernier, né le 26 mai 1896, est hospitalisé une première fois à la Clinique en 1922 pour « insomnie et hallucinations ». La description de son état est faite. Il est orienté dans le temps et dans l'espace. Le ton avec lequel il s'exprime est « hardi » et il « parle à haute voix ». Il explique qu'il est « bien luné » et qu'il « ne se sent pas malade ». Concernant ses antécédents, il rapporte qu'en 1916, pendant la guerre, il a dû être interné à Steinbach en raison d'un « Nervenchock ». Il était « bien portant auparavant », a été « bon élève en classe » et a toujours travaillé. Une « excitation motrice et du langage » est constatée. Il « conteste les hallucinations » et se montre « indifférent ». Le

⁹⁴ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1929, lettre H

⁹⁵ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1928, lettre S

⁹⁶ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1928, lettre M

diagnostic porté a alors été celui de démence précoce, comme cela est noté sur la couverture du dossier médical. En 1928 et en 1932, il est réadmis à la Clinique pour une expertise à la demande du tribunal départemental des pensions militaires. Dans celle de 1928, Pfersdorff note : « J. F. est atteint de démence précoce, schizophrénie ». Le tableau clinique décrit correspondant est le suivant :

« L'orientation dans le temps et dans le lieu est bonne. Les connaissances générales répondent au niveau social. Les facultés dites de jugement ne sont pas altérées. Ni hallucinations ni idées délirantes pour le moment. L'affectivité est caractérisée par une émotivité pathologique. J. s'émotionne facilement ; il se plaint de maux de tête et de troubles du sommeil. Sa fatigabilité est grande. Ces symptômes varient en intensité et montrent une certaine périodicité ».

L'expertise de 1932 est également faite par Pferdorff. Ce dernier y note : « J.F est atteint de schizophrénie ». On peut ici à nouveau retranscrire la description clinique correspondante :

« L'orientation dans le lieu et le temps est intacte. Les connaissances générales correspondent au niveau social. Les facultés dites de l'intelligence et du jugement ne sont pas sensiblement lésées. L'affectivité est caractérisée par une euphorie niaise sans changement mais avec une excitabilité momentanée exagérée. Ni idées délirantes, ni hallucinations pour le moment. Il existe une certaine fatigabilité psychique. J. se plaint de fatigue surtout le matin et de maux de tête. ; il est des fois incapable de se concentrer et de faire un travail ; il est devenu intolérant à l'alcool. »⁹⁷.

On notera la très grande ressemblance des deux observations cliniques figurant dans les expertises de Pfersdorff, celle de 1928 et celle de 1932.

Tous ces parcours de malades décrivent des hommes et des femmes dont le diagnostic a changé au cours du temps : de déments précoces ils sont devenus schizophrènes. A la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, il existe donc une continuité en pratique entre ces deux diagnostics. Elle est particulièrement bien mise en évidence par l'histoire clinique de Mr J. Frédéric. En 1919, on le

⁹⁷ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1932, lettre J

considère comme étant atteint de démence précoce. En 1928, Pfersdorff pose le diagnostic de « schizophrénie, démence précoce », comme s'il n'y avait pas de différence entre les deux termes. Quatre ans plus tard, en 1932, c'est uniquement le diagnostic de schizophrénie qui figure dans l'expertise de Pfersdorff. Par ailleurs, il est important de noter que pour quatre des cinq patients dont nous avons rapporté l'histoire, c'est un document (courrier ou expertise) émanant du directeur de la Clinique, Charles Pfersdorff, qui vient modifier le diagnostic. Cette constatation indique que ce dernier devait jouer un rôle prépondérant dans la pratique diagnostique telle qu'elle avait alors cours à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Ainsi, la démarche consistant à suivre des trajectoires de patients, nous a aidés à reconstituer plus précisément comment s'était opérée la rupture entre la notion de démence précoce et celle de schizophrénie.

3.3.3. Le diagnostic de schizophrénie au-delà des frontières de celui de démence précoce

S'il avait été particulièrement intéressant de suivre au cours du temps des malades diagnostiqués déments précoces avant la période de rupture, il nous fallait cependant décliner la démarche consistant à reconstituer des trajectoires de patients d'une autre façon : reconstituer le parcours passé de malades connus pour être schizophrènes. Cela permettait d'étoffer notre description de la rupture entre les notions de démence précoce et de schizophrénie. Il ne s'agissait alors plus de suivre des patients déments précoces vers leur « futur diagnostique », mais bien de remonter le « passé diagnostique » de patients schizophrènes. La démarche était cette fois-ci rétrospective à l'échelle du patient.

Le point de départ de ce travail est une thèse de médecine soutenue en 1927 par un interne de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, René Allimant, sous la présidence du Professeur Pfersdorff. Elle est intitulée *Premiers accès de la schizophrénie se manifestant uniquement par des*

symptômes « maniaques dépressifs ». Elle contient cinq observations cliniques de patientes prises en charge à la Clinique de Strasbourg. Toutes sont considérées dans ce travail de thèse comme souffrant de schizophrénie.⁹⁸ Nous avons cherché à déterminer le ou les diagnostics dont elles avaient fait l'objet par le passé. Il a alors fallu retrouver les dossiers médicaux de chacune d'entre elles. La première lettre du nom et du prénom ainsi qu'une des années d'admission étant connues (elles figurent dans les observations cliniques de la thèse), il a été possible d'identifier chacune des patientes dans l'index. Pour être bien certain de leur identité, nous avons recherché dans le registre d'admission, au numéro d'ordre correspondant, leur date de naissance et nous nous sommes assurés qu'elle était bien la même que celle qui figurait dans l'observation de la thèse. Puis, à partir de l'index, l'année de la dernière hospitalisation de la malade a été recherchée. C'est, en effet, au sein de cette année que son dossier médical devait être classé par ordre alphabétique. De cette façon, à l'issue de ces quelques méandres, nous avons pu retrouver quatre dossiers médicaux pour les cinq patientes évoquées dans la thèse. La piste diagnostique a alors pu être remontée pour quatre d'entre elles grâce à leur dossier médical.

Le premier cas clinique de la thèse est celui de Fr. Emilie née le 6 février 1881. Voici cette observation clinique dans sa version résumée telle qu'elle figure dans la thèse de René Allimant :

« Femme de 40 ans qui a été admise pour la première fois à la clinique psychiatrique le 4 janvier 1922. Le père de la malade a eu un coup d'apoplexie avec hémiplegie gauche. Une sœur était en traitement à la clinique pour un état dépressif, a quitté la clinique guérie. La malade elle-même était toujours bien portante, il y a quelques semaines encore. A ce moment-là, elle devient dépressive; pleure nuit et jour, ne dort plus et est envoyée à la clinique pour se faire admettre avec le diagnostic de mélancolie. Le jour même de son admission la malade est examinée et présente les symptômes suivants : bien orientée quant au lieu et au temps. Conteste toutes les hallucinations, auditives, visuelles, tactiles et sexuelles. Comme affectivité, elle est dépressive et indique elle-même que cela

⁹⁸ Allimant, R., 1927. Premiers accès de schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes "maniaques dépressifs." Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg

ne va pas trop bien. Ensuite, elle donne une explication pour son état dépressif, en racontant qu'elle est toujours seule avec ses enfants, que son mari s'est marié avec elle sans le consentement de sa mère et qu'à cause de cela, ils ont souvent des disputes. Elle n'en a jamais parlé à quelqu'un mais l'a supporté toute seule. Puis elle commence à pleurer. En examinant ses facultés intellectuelles, on trouve qu'elle calcule bien et très vite. Quant aux associations de Jung-Riklin, elle répond souvent par une définition du mot provocateur. Quelque fois, elle nomme simplement les objets ou la qualité ; un fois elle fait une association par assonance. Pendant son séjour à la clinique, on a pas de changement à noter et le 23 mars 1922, elle est reprise par son mari contre décharge. Elle est réadmise le 20 mars 1927. La malade est accompagnée par son mari qui nous indique que sa femme a été effrayée et qu'elle est dépressive depuis. Elle pleure beaucoup et prie à haute voix la nuit. Le mari n'a pas remarqué d'hallucinations ni d'idées délirantes. Le 21 mars, la malade est orientée quant au temps et au lieu. Concède des hallucinations auditives mais d'ordre affectif. Par contre, elle conteste toutes les hallucinations visuelles, tactiles et sexuelles. Elle présente une excitation du langage avec fuite des idées. Comme affectivité, elle indique être souvent dépressive ; pour le moment elle est euphorique, mais change tout de suite après et commence à pleurer. Comme idées délirantes, elle profère des idées de persécution. Les énumérations sont assez bien fournies. Elle calcule bien. La mémoire est conservée. Etat corporel : rien d'anormal à noter. La malade reste dans une excitation maniaque jusqu'au 24 mars. Ce jour-là, on est frappé par les parafonctions motrices. Les jours suivants, elle profère des idées de persécution. Le 31 mars, la malade est désorientée quant au temps, orientée quant au lieu. Elle concède des hallucinations auditives, profère des idées d'incurabilité, a une excitation du langage. Quant à l'affectivité, elle est superficielle « Je ris pour oublier la misère ». Pleure et rit sur commande. Profère des idées délirantes d'interprétation. Les énumérations (récitation de prières, jours, mois, chiffres) sont bien fournies. Lorsqu'on lui fait calculer 6×6 , elle répond : « ist 36, ist der Lehrer noch so fleissig, etc ». Quant aux associations (Jung-Ricklin), la malade répond par des énumérations et rimes au mot provocateur. Le 2 avril, on est frappé par une indifférence marquée. La malade parle toute la journée (excitation du langage) et ne se laisse pas

interrompre, devient même agressive et doit être isolée. Le 4 avril, elle refuse la nourriture. Fixe un coin. Donne la main d'une façon maniérée, fait des parafunctions. Catalepsie. Les associations qu'elle fournit ce même jour se caractérisent par une fuite des idées et des énumérations. Le 5 juin, la malade est prise de rires explosifs et a de la stéréotypie motrice et du langage. Refuse la nourriture. Le lendemain, le maniérisme et les para fonctions persistent ; la malade continue à refuser la nourriture et le 7 juin, elle est transférée à Stephansfeld. ».⁹⁹

René Allimant considère que Fr. Emilie est atteinte de schizophrénie. Et pourtant, l'étude de son dossier médical livre qu'elle a fait l'objet d'un diagnostic de « dépression agitée » en 1922 puis de « Folie maniaque-dépressive » en 1927¹⁰⁰. René Allimant remet en question ce dernier diagnostic en expliquant que « la diminution de l'affectivité sans phénomène d'arrêt, ne cadre plus avec le diagnostic de Folie maniaque dépressive ». Il rajoute « nous trouvons chez Bleuler que c'est un fait connu qu'une psychose aiguë, guérissable, devienne chronique dès que l'affectivité commence à diminuer et précise que « cette diminution est l'un des symptômes cardinaux de la schizophrénie ».¹⁰¹

La deuxième observation clinique contenue dans la thèse est celle de St. Caroline née le 30 mai 1901. Son dossier médical rend compte d'un diagnostic de démence précoce en 1924.¹⁰² La troisième observation est celle P. Lina née le 6 février 1890. Son dossier consigne un diagnostic de catatonie en 1926.¹⁰³ La quatrième est celle de V. Léonie née le 15 décembre 1892 qui, elle aussi s'était vue attribuer un diagnostic de catatonie en 1926.¹⁰⁴ La dernière observation est celle de L. Louise née le 4 septembre 1896 dont le dossier médical n'a pas été retrouvé. En revanche, le diagnostic dont elle a

⁹⁹ Allimant, R., 1927. Premiers accès de schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes "maniaques dépressifs." Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg. p. 62-65

¹⁰⁰ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1934, lettre F

¹⁰¹ Allimant, R., 1927. Premiers accès de schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes "maniaques dépressifs." Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg. p. 79-80

¹⁰² Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1929, lettre S

¹⁰³ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1926, lettre P

¹⁰⁴ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Dossier médical de patient, année de classement 1926, lettre V

fait l'objet par le passé a pu être déterminé grâce au registre d'admission de l'année 1923. Il s'agissait de celui de démence précoce.¹⁰⁵

Ce travail de reconstitution de trajectoires de patients de façon rétrospective vient confirmer la continuité précédemment mise en évidence entre les notions de démence précoce et de schizophrénie à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg : deux des patientes de la thèse de René Allimant alors considérées comme schizophrènes étaient connues auparavant pour souffrir de démence précoce. Cependant, un autre point essentiel doit être souligné. Il émerge du constat que les trois patientes restantes de la thèse ont fait l'objet par le passé d'un autre diagnostic que celui de démence précoce : celui de catatonie et celui de psychose maniaco-dépressive. Ainsi, des troubles qui étaient désignés par ces deux diagnostics le sont désormais par celui de schizophrénie. A la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, le diagnostic de schizophrénie serait donc venu englober, outre les troubles circonscrits par celui de démence précoce, une partie de ceux renvoyant aux diagnostics de catatonie et de psychose maniaco-dépressive. Cette constatation faite grâce aux dossiers médicaux entre en résonance avec les chiffres constatés au niveau du spectre restreint aux pathologies psychotiques : en 1922, la proportion de la notion de démence précoce est de 42,6% et celle de la notion de schizophrénie est de 50,9% en 1932 (soit un peu supérieure) alors que celle de psychose maniaco-dépressive qui est de 22,3% en 1922 n'est plus que de 4,7% en 1932. Bien que, comme nous l'avons déjà explicité, il n'est pas possible de tirer des conclusions sur la base de la valeur de ces proportions, cela vient ouvrir une nouvelle piste de recherche.

Ainsi, le mouvement nosologique pratique réalisant une rupture entre les notions de démence précoce et de schizophrénie, envisagé à partir du spectre diagnostique, se mue au travers d'une analyse explorant les observations médicales des dossiers de patients. Il n'est plus rupture mais transition très progressive. En effet, de 1923 à 1928, les deux diagnostics, celui de démence précoce et celui de schizophrénie, ont cohabité de façon assez confuse au sein de la pratique. Ce flou

¹⁰⁵ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Registre d'admission « Maladies mentales femmes 1923 »

diagnostique n'était alors pourtant que l'écran d'une réelle continuité entre eux comme le montrent les trajectoires de patients déments précoces étant devenus schizophrènes. C'est donc très progressivement et tout en continuité que le diagnostic de schizophrénie a remplacé celui de démence précoce au sein de la pratique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Par ailleurs, le mouvement nosologique pratique n'est plus « bipolaire » impliquant uniquement deux notions nosologiques au sein de deux changements nosologiques pratiques. D'autres diagnostics, ceux de catatonie et de psychose maniaco-dépressive semblent avoir été impactés par l'arrivée de celui, nouveau, de schizophrénie, puisque les troubles qu'ils désignaient incombent désormais à ce dernier.

Nous avons donc reconstitué le déroulement du changement nosologique pratique correspondant à l'introduction et à l'implantation de la notion de schizophrénie au sein de la pratique diagnostique à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Ce dernier s'est déroulée tout en étant pris dans une dynamique plus vaste : un mouvement nosologique pratique impliquant d'autres notions nosologiques : démence précoce, catatonie et psychose maniaco-dépressive. Le diagnostic de schizophrénie est venu progressivement et tout en continuité remplacer celui de démence précoce. Il a également impacté le territoire de ceux de catatonie et de psychose maniaco-dépressive sans que l'on ait pu déterminer précisément de quelle façon dans notre travail.

3.4. Importance du contexte local

A la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, l'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie au sein de la pratique diagnostique s'est donc déroulée d'une façon bien particulière. Elle a eu lieu au sein d'une dynamique impliquant un certain nombre de notions nosologiques mais qui a, pour beaucoup, consisté en une transition très progressive entre le diagnostic de démence précoce et celui de schizophrénie. Elle s'est déroulée globalement en l'espace

de dix ans, de 1922 à 1932. En 1922, le diagnostic de schizophrénie est encore peu présent dans cette Clinique. C'est en fait dans un registre d'admission de 1920 qu'on l'observe pour la première fois¹⁰⁶. Cela est interpellant puisque c'est neuf ans auparavant, en 1911, que Bleuler élabore et théorise ce fameux concept. Bien qu'au début du XXe siècle, les idées ne diffusent sans doute pas aussi rapidement que de nos jours, cette introduction de la schizophrénie semble tardive. Plus surprenante encore est la forte implantation de la démence précoce, entité développée par Kraepelin au sein de la psychiatrie allemande, autour des années 1920 alors que la Clinique psychiatrique de Strasbourg est française.

Cet étonnement nous a conduits à chercher à savoir quand et comment s'était faite l'introduction de la schizophrénie au sein de la pratique diagnostique dans une autre clinique psychiatrique universitaire. La transition strasbourgeoise a-t-elle existé ailleurs? Très peu de spectres diagnostiques d'hôpitaux psychiatriques ont été construits à ce jour. Il n'en existe aucun en France. En Europe, deux sont notamment connus : celui de la Clinique de la Charité à Berlin et celui de la Clinique du Bûrghölzli à Zürich. Le spectre berlinois¹⁰⁷ nous a offert l'opportunité d'une comparaison possible et pertinente. En effet, les deux cliniques psychiatriques, celle de Strasbourg et celle de Berlin, ont toutes deux été allemandes jusqu'en 1918 et se sont donc développées jusque-là dans un seul et même pays. Elles ont alors été le lieu d'échanges riches et importants notamment au sein d'une dynamique de circulation des psychiatres allemands. Toutes deux sont universitaires, ont émané du même programme de réforme et se sont établies dans des infrastructures pensées par le même concepteur, Friedrich Jolly. Par ailleurs, et c'est un point fondamental, les deux spectres diagnostiques ont été construits en utilisant une méthodologie semblable. Leur comparaison a alors été effectuée pour les années 1912, 1922 et 1932 en se concentrant sur le groupe des psychoses.

¹⁰⁶ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg, Registre d'admission « Maladies mentales hommes 1920 »

¹⁰⁷ Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique de La Charité, Diagnosebücher, 1912-1932

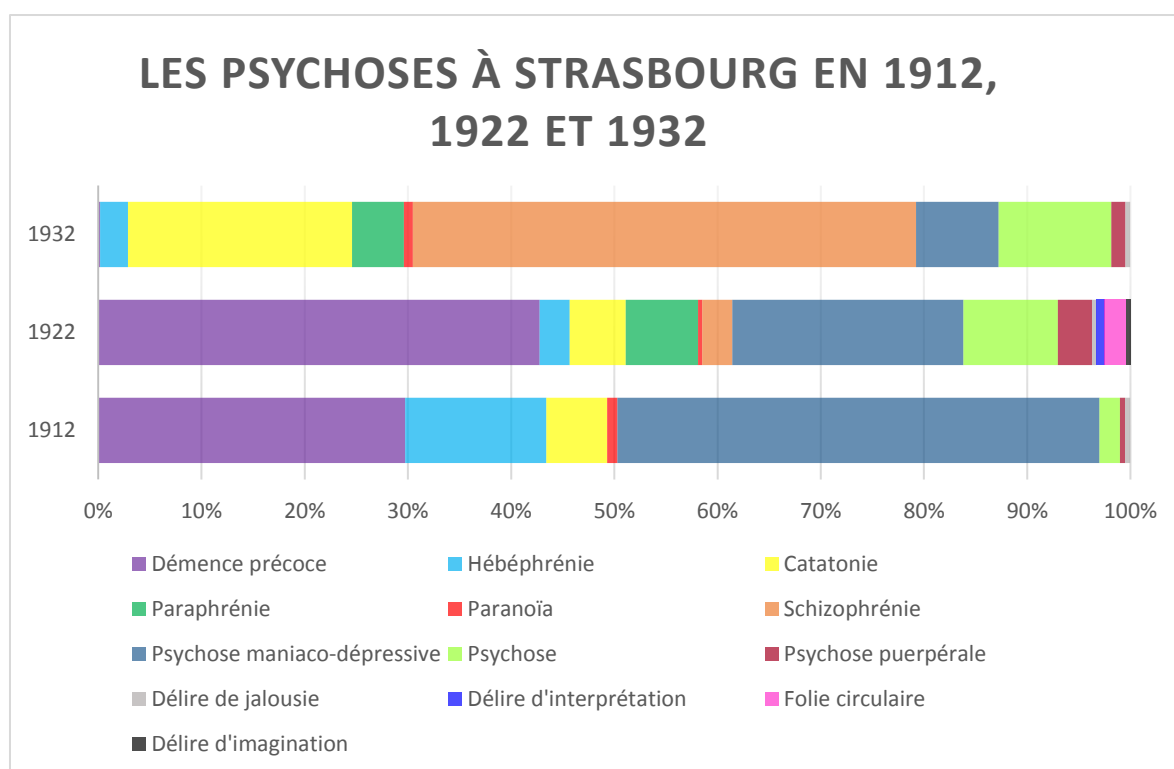


Figure 40 : Proportions des différentes notions nosologiques du groupe des psychoses considérées parmi leur ensemble en 1912, 1922 et 1932 à Strasbourg

Années	1912	1922	1932
Notions nosologiques			
Démence précoce	29,8	42,6	0,2
Hébéphrénie	13,7	2,9	2,8
Catatonie	5,9	5,4	22,5
Paraphrénie	0	7	5,2
Paranoïa	1	0,5	0,9
Schizophrénie	0	2,9	50,5
Psychose maniaco-dépressive	46,8	22,3	4,7
Psychose	2	9,1	11,3
Psychose puerpérale	0,5	3,3	1,4
Bouffée délirante aiguë	0	0	0
Psychose hallucinatoire chronique	0	0	0
Délire d'interprétation	0	0,8	0
Délire de jalousie	0,5	0,5	0,5
Quérulence	0	0	0
Erotomanie	0	0	0
Délire d'imagination	0	0,5	0
Folie circulaire	0	2,1	0

Tableau 36 : Proportions des différentes notions nosologiques du groupe

des psychoses considérées parmi leur ensemble en 1912, 1922 et 1932 à Strasbourg

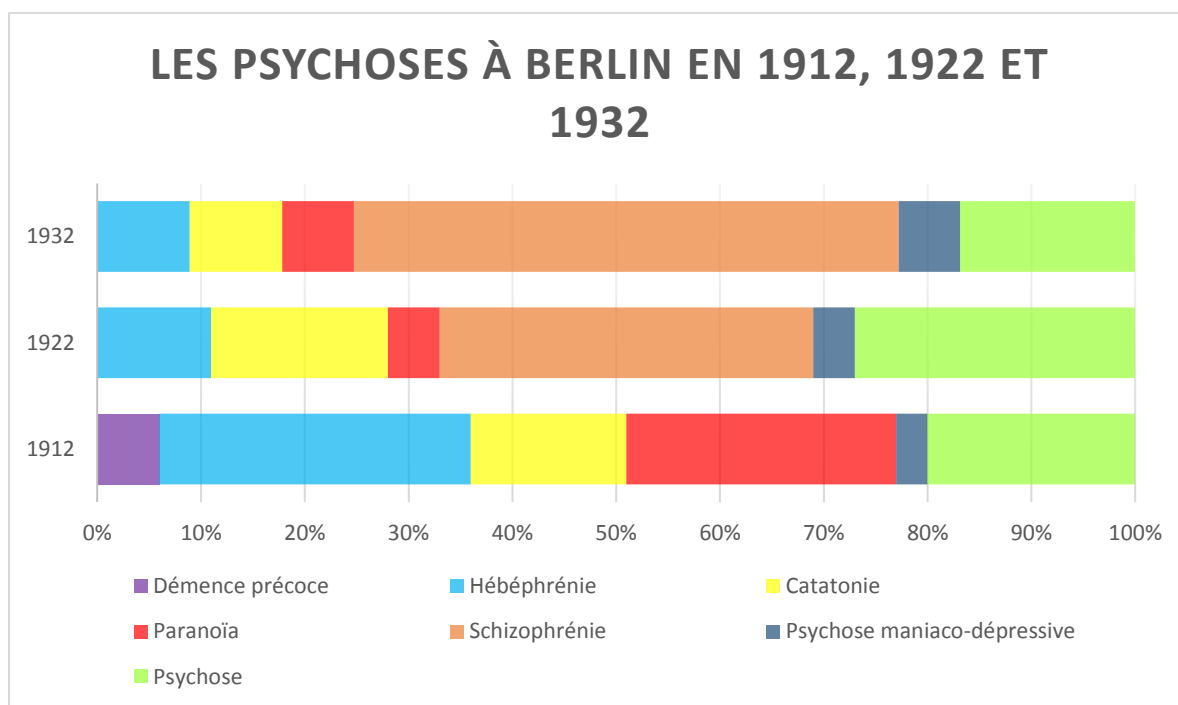


Figure 41 : Proportions des différentes notions nosologiques du groupe des psychoses considérées parmi leur ensemble en 1912, 1922 et 1932 à Berlin

Années	1912	1922	1932
Démence précoce	6	0	0
Hébéphrénie	30	11	9
Catatonie	15	17	9
Paranoïa	26	5	7
Schizophrénie	0	36	53
Psychose maniaco-dépressive	3	4	6
Psychose	20	27	17

Tableau 37 :

Proportions des différentes notions nosologiques du groupes des psychoses considérées parmi leur ensemble en 1912, 1922 et 1932 à Berlin

On constate qu'à Berlin la notion de schizophrénie a été introduite dans la pratique diagnostique plus tôt qu'à Strasbourg puisqu'en 1922, elle y est déjà bien représentée. C'est en fait dans un dossier médical de 1917 qu'elle y est observée pour la première fois.¹⁰⁸ Une autre différence, bien plus surprenante, est constatée. Le terrain nosologique de la pratique diagnostique préexistant à

¹⁰⁸ Friedland, A., Hernn, R., 2012. „Die Einführung der Schizophrenie and der Charité“, in: Hess, V., Schmiedebach, H.-P. (Eds.), Am Rande Des Wahnsinns. Schwellenräume Einer Urbanen Moderne. Böhlau Verlag, Wien, pp. 207–258.

l'introduction de la notion de schizophrénie à Berlin n'est pas caractérisé par une forte implantation de celle de démence précoce. Les notions les plus répandues sont alors celle de paranoïa, d'hébéphrénie et de catatonie (en dehors de celle de psychose).

Ainsi, l'introduction de la notion de schizophrénie au sein de la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg est singulière. Elle n'est pas une constante quant au moment de sa survenue et quant à la façon dont elle s'est déroulée. Les différences observées entre Strasbourg et Berlin questionnent le rôle joué par le contexte local dans lequel ont évoluées les deux cliniques et notamment leurs pratiques diagnostiques respectives. Expliciter ce dernier est une tâche éminemment complexe tant il est vaste et sujet à de multiples analyses. Il sera étudié ici essentiellement sous l'angle du personnage du titulaire de la chaire et directeur de la clinique.

En 1912, Strasbourg est allemande. C'est alors Robert Wollenberg qui est titulaire de la chaire et dirige la Clinique. Cette dernière, à cette époque, n'a toujours été qu'allemande. Créée en 1873 et étoffée d'une chaire en 1875, plusieurs psychiatres issus des autres universités allemandes y ont déjà officié : Richard von Krafft-Ebing, Friedrich Jolly et Carl Fürstner. Wollenberg ne porte pas un grand intérêt au champ des pathologies psychotiques mais se passionne d'avantage pour les maladies neurologiques et les névroses. En témoigne la liste de ses publications dont certaines peuvent être cités ici : « Zur pathologische Anatomie der Chorea Minor » dans *Archiv für psychiatrie und Nervenkrankheiten* en 1892; « Die nosologische Stellung der Hypochondrie » dans *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* en 1905 ou encore « Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmer » dans *Münchener medizinische Wochenschrift* en 1914. Pendant que Wollenberg est en poste à Strasbourg, il écrit essentiellement sur les névroses et les troubles psychiatriques induits par la guerre.¹⁰⁹ Ses travaux traitant des psychoses sont très rares et aucun ne porte sur la démence précoce ou la schizophrénie. D'ailleurs, à partir de 1911, Wollenberg s'installe dans la « neue Nervenlinik » de Strasbourg dont il a œuvré à la construction et où sont alors hospitalisés les

¹⁰⁹ Drachler, C.J., 1995. Robert Wollenberg. Leben und Werk. Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen, Tübingen. p. 25-35

patients souffrant d'affections mentales légères telles que les névroses. Les malades atteints de psychoses sont, quant à eux, internés dans la « alte Nervenlinik » dont s'occupe alors Charles Pfersdorff qui deviendra titulaire de la chaire en 1919.¹¹⁰ La prise en charge de ces pathologies mentales plus lourdes incombe donc à cette époque à cet élève de Kraepelin. A Berlin, en 1912, Théodore Ziehen (1852-1950) est titulaire de la chaire et dirige la Clinique psychiatrique de la Charité après avoir succédé à Friedrich Jolly en 1904. Ce dernier avait pris la suite de Carl Westphal, lui-même successeur de Wilhelm Griesinger, premier titulaire de la toute première chaire de psychiatrie allemande créée en 1865. Ziehen n'est pas un partisan des conceptions kraepelinienes. Son intervention au congrès international de médecine de Paris en 1900 rend compte de son scepticisme vis-à-vis de la démence précoce¹¹¹.

En 1922, la ville de Strasbourg est à nouveau française depuis trois ans. Sa clinique psychiatrique, quant à elle, le devient alors pour la première fois. A l'issue de la Première Guerre Mondiale, le nouveau doyen de la Faculté de médecine, Georges Weiss, cherche à la reconstruire puisque tous les universitaires allemands et notamment les titulaires des chaires sont retournés en Allemagne. Convaincu que l'Alsace libérée doit participer à la nouvelle élite strasbourgeoise, il souhaite garder au sein de la faculté un certain nombre de médecins allemands, alsaciens d'origine, en même temps que recruter des médecins français. C'est dans cette dynamique, que la chaire de psychiatrie est confiée à Charles Pfersdorff, né dans une Alsace allemande et ayant fait quasiment toute sa carrière au sein de la Kaiser-Wilhelms-Universität. Il occupait alors et ceci depuis 1913 un poste de « Titular Professor » et de deuxième assistant de Robert Wollenberg à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. Il y a donc été formé par des psychiatres allemands : Carl Fürstner et Robert Wollenberg pour ce qui est des directeurs de la Clinique mais aussi Alfred Hoche qui y dispensait un enseignement. Il s'est aussi formé auprès de Krafft-Ebing à Vienne pendant six mois en 1901 et à Heidelberg pendant un an en 1902 auprès de Kraepelin, qu'il considérera toute sa vie comme son

¹¹⁰ Wollenberg, R., 1931. Erinnerungen eines alten Psychiaters. Ferdinand Enke, Berlin. p. 106-115

¹¹¹ Sinzelle, J., 2008. Cent ans de démence précoce. Grandeur et décadence d'une maladie de la volonté. Université Louis Pasteur-Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg. p. 230

maître. Puis pendant la Première Guerre Mondiale, il a travaillé à Tübingen dans le service de Robert Gaupp (1870-1953), ancien assistant de Kraepelin et acquis aux thèses de ce dernier.¹¹² Pfersdorff s'est beaucoup intéressé à la démence précoce. Ainsi, entre 1904 et 1912, il publie un certain nombre d'écrits à son propos dont « Remissionen der Dementia praecox » dans *Zeitschrift für klinische Medizin* en 1904 ; « Die Prognose der Dementia praecox » dans *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* en 1905 ou encore « Über Katamnesien der Dementia praecox » dans *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* en 1909. A partir de 1922, Pfersdorff manifeste également un intérêt certain et croissant pour la schizophrénie. Le contexte plus général est alors celui d'une psychiatrie allemande fragilisée par l'issue de la Première Guerre Mondiale et laissant ainsi le champ libre aux conceptions bleuléennes qui seront perçues dans les pays vainqueurs comme un « héritage germanique neutre et appréciable »¹¹³. Pfersdorff consacre à la schizophrénie un grand nombre de publications (au moins douze) entre 1922 et 1936 parmi lesquels : « La localisation clinique de la schizophrénie et de l'encéphalite » dans les *Travaux de la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg* en 1924 ; « Sur quelques rapports de la dissociation schizophrénique et des symptômes psychiques des affections du cerveau » dans les *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie* en 1930 ou encore « Les catégories du langage aphasique et de la dissociation schizophrénique » dans les *Annales médico-psychologiques* en 1935. Il ne publie alors ses travaux plus que dans des journaux français ou suisses alors qu'auparavant la plupart d'entre eux été rapportés dans des périodiques allemands. Le 25 février 1922, il fait une communication à la Société de médecine de Basse-Alsace, « La schizophasie et la démence précoce terminale ». C'est alors l'occasion pour lui de citer Bleuler. Ainsi, dans le compte-rendu de cette conférence publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg* de 1922, on peut lire : « l'auteur [Pfersdorff] rappelle que c'est Bleuler de Zürich qui a donné le nom de schizophasie à la forme

¹¹² Lafargue, C., 1989. Le Professeur Charles Pfersdorff, 1875-1953. Le personnage, le psychiatre. Université Louis Pasteur - Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg. p. 107-121

¹¹³ Sinzelle, J., 2008. Cent ans de démence précoce. Grandeur et décadence d'une maladie de la volonté. Université Louis Pasteur-Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg. p.230

terminale de la démence précoce ».¹¹⁴ Il fréquente également des réunions de la Société suisse de psychiatrie à l'occasion desquelles il fait des communications comme en décembre 1928 ou en novembre 1932. Le 1er décembre 1928, à l'occasion de la « 74. Versammlung » (réunion) de cette société à Zürich à laquelle Bleuler assiste au titre de « Ehrenmitglied » (membre d'honneur), il fait une intervention intitulée « La localisation de la dissociation schizophrénique ». Eugeniusz Minkowski est également présent à cette assemblée présidée par Oscar Forel (1891-1982).¹¹⁵ Les 12 et 13 novembre 1932, Pfersdorff participe encore à une réunion de cette société et y présente un autre de ses travaux sur la schizophrénie : « Influence du rythme sur le langage schizophrénique ». Là encore, Bleuler est sur la liste de présence.¹¹⁶ En outre, Pfersdorff préside de nombreuses thèses d'internes strasbourgeois qui traitent de la schizophrénie entre 1922 et 1932 telles que: *Stéréotypies et symbolismes des schizophréniques* de Jean Munch en 1924 ; *Premiers accès de la schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes "maniaques dépressifs"* de René Allimant en 1927 ; *Troubles de l'affectivité dans les rémissions de la schizophrénie* de Emile Avrach en 1927; *La forme hypocondriaque de la schizophrénie* de Charles Spindler en 1928 ; *Le sentiment du "déjà-vu" en pathologie particulièrement dans la schizophrénie* de Charles Buhecker en 1930 ; *Contribution au diagnostic différentiel de l'encéphalite léthargique et de la schizophrénie* de Camille Levy en 1930 ; *Les idées délirantes religieuses dans la schizophrénie* de Henri Bertrand en 1931 et *Schizophrénies progressives* de Alphonse Grussenmeyer en 1932. Ainsi, bien que Pfersdorff ait été formé par Kraepelin, il ne semble pas pour autant réfractaire aux thèses de Bleuler et s'y intéresse même de façon active à partir de 1922.

¹¹⁴ Pfersdorff, C., 1922. La schizophasie et la démence précoce terminale. Gazette médicale de Strasbourg 80, 104

¹¹⁵ Pfersdorff, C., 1929. La localisation de la dissociation schizophrénique. Schweitzer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 24, 169–171.

¹¹⁶ Pfersdorff, C., 1933. Influence du rythme sur le langage schizophrénique. Schweitzer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 31, 343–345.

A Berlin, en 1922, c'est Karl Bonhoeffer (1862-1912) qui occupe la chaire de psychiatrie. Ce dernier est un partisan de la doctrine syndromique¹¹⁷, opposée à celle de Kraepelin qui caractérise les maladies mentales par leur évolution et le fait qu'elles ont une cause précise.

Sans verser dans un écueil qui chercherait à expliquer toute la pratique diagnostique mise à jour par des éléments du contexte local, ici essentiellement incarné par le titulaire de la chaire, on ne peut néanmoins qu'établir un certain nombre de parallèles intéressants entre les deux. A Strasbourg, en 1912, la notion de démence précoce est bien implantée au sein de la pratique diagnostique alors que le psychiatre qui supervise les internements des patients psychotiques a été formé par Emile Kraepelin qu'il considère comme son maître. A Berlin, en revanche, au cours de la même année, la proportion de cette dernière au sein du spectre diagnostique est faible alors que le titulaire de la chaire est Ziehen qui ne se cache pas de son scepticisme vis-à-vis des conceptions kraepelinienne. Au même moment, la proportion de la notion de paranoïa y est très importante. Si fortement présente alors que celle de démence précoce l'est très peu se pose alors la question de savoir, si, dans cette clinique marquée par l'empreinte de Griesinger, elle n'est pas envisagée dans son sens ancien, celui de la Psychose Unique (Einheitspsychose). A Strasbourg, en 1922, la démence précoce reste très implantée dans la pratique diagnostique de la Clinique ne faisant guère de place à cet instant à la schizophrénie et encore moins à la nosologie française alors que la ville a été restituée à la France en 1919. Le titulaire de la chaire est alors Charles Pfersdorff qui se trouvait déjà être le fer de lance de la prise en charge des malades psychotiques à la Clinique de Strasbourg en 1912 puisque Robert Wollenberg ne s'y intéressait guère. On ne peut alors s'empêcher d'établir un lien entre la persistance de la notion de démence précoce dans la pratique diagnostique à Strasbourg après la Première Guerre Mondiale et la continuité incarnée par Pfersdorff. Dans le même temps, à Berlin, Karl Bonhoeffer, « syndromiste » convaincu occupe la chaire, prenant ainsi le relais du scepticisme de Ziehen vis-à-vis de la démence précoce dont la notion n'apparaît plus du tout au sein du spectre

¹¹⁷ Grulier, J.-C., 2006. Petite histoire de la psychiatrie allemande, Allemagne d'hier et d'aujourd'hui. L'Harmattan, Paris. p. 101

tandis que celle de schizophrénie est déjà bien présente. Finalement à Strasbourg, comment méconnaître une certaine résonnance entre le vif intérêt de Pfersdorff pour la schizophrénie allant jusqu'à communiquer aux réunions de la Société suisse de psychiatrie en présence de Bleuler lui-même et l'implantation croissante de la notion de schizophrénie dans la pratique diagnostique strasbourgeoise dans le même temps ?

Ainsi, la comparaison du déroulement reconstitué de l'introduction et de l'implantation de la notion de schizophrénie à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg avec celui ayant eu lieu à la Clinique psychiatrique universitaire de La Charité à Berlin par l'intermédiaire d'une confrontation des spectres diagnostiques de ces deux institutions pour les années 1912, 1922 et 1932 met en évidence un certain nombre de différences. Ces dernières nous ont amenés à questionner le rôle du contexte local et notamment du titulaire de la chaire, dans la genèse d'un tel déroulement. Un certain nombre de points de recoupements entre les caractéristiques nosologiques de la pratique diagnostique de l'institution strasbourgeoise à un moment donné et le personnage de son directeur d'alors, riche d'une histoire personnelle et professionnelle singulière, ont été mis en exergue. Il semble exister entre les deux des intrications complexes dont la compréhension nécessiterait une exploration approfondie à l'occasion d'un travail complémentaire.

Conclusion

Dans le domaine de la psychiatrie, la question de la genèse, du développement et de la réorganisation des catégories des nosographies se pose régulièrement. De l'ère des grands traités du XIXe siècle à celle plus récente des classifications internationales, elle n'a cessé d'être prégnante et l'élaboration récente de la cinquième édition du DSM en a pointé le caractère éminemment actuel. Face à de tels remaniements, nous nous sommes interrogée sur l'évolution du profil nosologique de la pratique diagnostique vis-à-vis de ces modifications théoriques. Nous avons alors choisi, dans notre travail de thèse, de faire bénéficier ce questionnement d'un détour historique. Ainsi, à partir d'un matériel d'archives primaire et inédit, les dossiers de malades et les registres d'admission de la Clinique psychiatrique universitaire des Hôpitaux de Strasbourg, nous avons cherché à repérer par une approche quantitative les mouvements nosologiques les plus marquants au sein de la pratique diagnostique de cet hôpital de 1912 à 1962 et ensuite, par une analyse qualitative et fine, à reconstituer le déroulement de l'un d'entre eux : l'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie.

Dans une première partie, notre thèse évoque l'histoire de cette Clinique Universitaire. Créée dans la ville de Strasbourg faisant alors partie de l'Empire allemand depuis l'issue du conflit franco-allemand de 1870, elle restera allemande pendant près d'un demi-siècle. Ce n'est, en effet, qu'en 1919, qu'elle devient française pour la première fois et elle le restera jusqu'en 1940. A ce moment, prise dans la tourmente du Second conflit mondial, elle redevient allemande jusqu'en 1944, année au cours de laquelle l'Alsace et la Moselle sont restituées à la France. Pendant que s'opèrent ces alternances, un certain nombre d'évènements importants jalonnent son histoire. Dès 1875, elle bénéficie de la création d'une chaire de psychiatrie, véritable consécration universitaire de la discipline à Strasbourg. En 1886, elle s'installe dans un tout nouveau bâtiment lui étant spécialement dédié et conçu par le titulaire de la chaire de l'époque, Friedrich Jolly. En 1912, alors dirigée par Robert Wollenberg, elle

s'étoffe d'une seconde infrastructure (la future Clinique Neurologique) destinée à accueillir les affections mentales les plus légères et en 1919 les deux chaires de psychiatrie et de neurologie s'individualisent. De 1939 à 1945, les malades et le personnel de la clinique psychiatrique et des autres services des Hôpitaux civils de Strasbourg, sont évacués vers le centre de repli de Clairevivre en Dordogne tandis qu'à Strasbourg une chaire allemande de psychiatrie est créée au sein de la Reichsuniversität. Pendant notre période d'étude, six directeurs de la clinique et titulaires de la chaire se sont succédés : Robert Wollenberg de 1906 à 1918, Charles Pfersdorff de 1919 à 1945, Nikolas Jensch et August Bostroem pour la chaire de la Reichsuniversität de 1941 à 1944, Eugène Gelma de 1945 à 1953 et finalement Théophile Kammerer de 1954 à 1982. La première partie de notre thèse vient ainsi préciser le contexte dans lequel ont été produites les archives médicales de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg que nous avons analysées par la suite.

Dans la seconde partie, nous avons cherché à repérer les changements les plus marquants du profil nosologique de la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Pour y parvenir, nous avons procédé à une étude statistique dont l'objectif était de décrire l'évolution de la proportion des différentes notions nosologiques présentes au sein des diagnostics posés dans cette Clinique de 1912 à 1962. Cette étude descriptive rétrospective a été réalisée pour six années choisies dans notre période d'étude (1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962). Au sein de chacune d'entre elles, elle a porté sur la totalité des admissions, autant les hommes que les femmes. Pour cette population ainsi définie, nous avons recueilli dans des archives de registres d'admission le diagnostic posé. Cela correspond à une première étape de transcription littérale des diagnostics. Ce sont ainsi 6480 données qui ont été collectées. Puis, dans un souci analytique, nous avons fait correspondre à chacune d'elles entre une et quatre catégories diagnostiques grâce à une grille de regroupement diagnostique. Cette dernière a été constituée de sorte que ses 99 catégories soient le reflet de notions nosologiques et nous avons bénéficié pour cela de l'aide du centre d'excellence de l'Institut d'Histoire de la Médecine de la Charité à Berlin. Au sein de chaque année étudiée, les produits de cette opération, appelés diagnostics codés et dont le nombre total s'élève à

9044, ont été comptabilisés pour chaque catégorie diagnostique. Leur proportion pour chacune d'entre elles a alors pu être établie parmi leur ensemble. Ainsi, nous avons pu observer l'évolution de la proportion de chaque catégorie diagnostique d'une décennie à l'autre : diminution, augmentation ou stabilité. En rupture avec une histoire théorique et discursive, cette étude n'est ni une épidémiologie historique ni une reclassification rétrospective anachronique mais bien une archéologie des pratiques diagnostiques. Elle a mis en évidence d'importantes augmentations ou diminutions de proportions pour un certain nombre de catégories diagnostiques. Ce sont les changements nosologiques pratiques les plus marquants au cours de la période d'étude, parmi lesquels on peut citer : le commencement et l'augmentation de l'utilisation de la notion de schizophrénie pour poser un diagnostic de 1922 à 1932 ; la diminution jusqu'à un quasi arrêt de l'utilisation de celle de démence précoce de 1922 à 1932 ; l'augmentation importante de l'utilisation de celle de catatonie de 1922 à 1932 ; la forte diminution de l'utilisation de celle de psychose maniaco-dépressive de 1912 à 1932, le commencement et l'augmentation de l'utilisation de celle de bouffée délirante aigue de 1952 à 1962 ; l'augmentation importante de l'utilisation de celle de névrose de 1942 à 1962, la forte augmentation de l'utilisation de celle de mélancolie de 1942 à 1962 ; l'augmentation importante de l'utilisation de celle de dépression de 1912 à 1922 mais aussi de 1952 à 1962 ; la diminution jusqu'à arrêt de l'utilisation de celle de dégénérescence de 1922 à 1942 ; la diminution de l'utilisation de celle de psychopathie de 1942 à 1962, le commencement de l'utilisation de celle de personnalité en 1942 et finalement la diminution jusqu'à quasi arrêt de celle de paralysie générale de 1932 à 1962.

Un des changements nosologiques pratiques a plus particulièrement attiré notre attention : l'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie au sein de la pratique diagnostique de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1922 à 1932. Nous avons, en effet, été surpris par le fait qu'une notion nosologique puisse ainsi apparaître au sein d'une pratique alors qu'elle en était totalement absente auparavant et atteindre une proportion conséquente dix ans plus tard. Ainsi, dans la troisième partie de notre thèse, nous avons tenté de reconstituer le déroulement de ce

changement nosologique pratique. Notre point de départ a consisté à le resituer au sein du spectre diagnostique restreint aux pathologies psychotiques. Nous avons alors constaté que d'autres notions nosologiques de cette ensemble présentaient d'importantes variations de proportion de 1922 à 1932 et donc qu'il existait des changements nosologiques pratiques concomitants à celui concernant la notion de schizophrénie. Ils impliquaient les notions de démence précoce, de catatonie et de psychose maniaco-dépressive. C'est tout particulièrement la trajectoire croisée des notions de démence précoce et de schizophrénie au sein de la pratique diagnostique qui nous a interpellée : la première, très utilisée en 1922 ne l'est quasiment plus en 1932 tandis que la seconde, quasiment pas employée en 1922 l'est infiniment plus en 1932. Dès lors, nous avons émis l'hypothèse que l'introduction et l'implantation de la notion de schizophrénie ne s'est pas faite de façon isolée mais qu'elle s'est intégrée dans une dynamique vaste et complexe, le mouvement nosologique pratique. Ce dernier a été défini comme impliquant plusieurs changements nosologiques pratiques qui se produisent de façon concomitante et qui sont en interaction les uns avec les autres au sens où les notions nosologiques qu'ils concernent désignent des troubles psychiatriques semblables ou voisins. Nous avons alors entrepris de vérifier cette hypothèse du mouvement nosologique pratique en le circonscrivant à une rupture mettant en scène les notions de schizophrénie et de démence précoce. Notre développement s'est alors appuyé sur les observations cliniques des dossiers médicaux de patients. L'établissement d'un tableau clinique type des deux notions à Strasbourg en marge de la rupture (période 1920-1922 pour la démence précoce et période 1929-1931 pour la schizophrénie) a permis de montrer qu'elles désignaient des troubles semblables ce qui venait affirmer le mouvement nosologique : la notion de schizophrénie est venue remplacer celle de démence précoce au sein de la pratique diagnostique. En même temps, les caractéristiques descriptives locales propres à chacune de ces deux notions avaient été mises en exergue et cela associé à une démarche visant à retracer des trajectoires de patients (autant celle de patients déments précoces vers leur futur diagnostique que celle de patients schizophrènes vers leur passé diagnostique), nous a permis de décrire comment s'est opérée en pratique ce remplacement de la notion de démence précoce par celle de

schizophrénie. Il s'est avéré que les deux diagnostics, loin d'avoir dessiné une rupture, ont cohabité pendant plusieurs années et il a existé une réelle continuité de l'un à l'autre. Par ailleurs, il semblerait que le diagnostic de schizophrénie soit venu désigner des troubles autres que ceux circonscrits par le celui de démence précoce : ceux qui auparavant pouvaient faire l'objet d'un diagnostic de catatonie ou de psychose maniaco-dépressive. Finalement, nous avons tenté d'explicitier le contexte dans lequel s'est produite ce déroulement ainsi reconstitué de l'introduction et de l'implantation de la notion de schizophrénie à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg. En comparant le spectre diagnostique de cette Clinique restreint aux pathologies psychotiques avec celui établi pour la Clinique psychiatrique universitaire de La Charité à Berlin pour la période allant de 1912 à 1932, nous nous sommes aperçue qu'elle était singulière. En effet, à Berlin, la notion de schizophrénie était observée plus tôt, dès 1917, alors que celle de démence précoce n'y était que très peu présent au profit de celles d'hébéphrénie, de catatonie et de paranoïa. La mise en évidence de ces différences est venue pointer toute l'importance du contexte local quant à ses intrications complexes avec la pratique diagnostique. Nous avons notamment envisagé le rôle joué par le titulaire de la chaire à cette époque, Charles Pfersdorff. Né dans une Alsace allemande, il a été formé par des psychiatres allemands, dont Kraepelin, qu'il considéra toute sa vie comme son maître. Il a ainsi pu participer à la perpétuation d'une tradition psychiatrique allemande et donc à la poursuite de la forte implantation du diagnostic de démence précoce à Strasbourg après 1919, alors que la ville était redevenue française. Pourtant, en suivant ses publications, nous nous sommes aperçue qu'il avait manifesté un intérêt pour la schizophrénie à partir de 1922, une trajectoire qu'il est pertinent de confronter avec celle du diagnostic de schizophrénie dans la pratique de la Clinique psychiatrique de Strasbourg, à savoir le commencement et la majoration de son utilisation par les psychiatres pour poser un diagnostic de 1922 à 1932.

Ainsi à la Clinique de Strasbourg, entre 1922 et 1932, dans un contexte singulier, le diagnostic de schizophrénie est venu, progressivement et tout en continuité, remplacer celui de démence précoce tout en reformulant les territoires pratiques d'autres diagnostics. On peut alors s'interroger sur les

implications potentielles que cette transition nosologique pratique a pu avoir quant à la prise en charge

des patients. Les psychiatres strasbourgeois ont-ils soigné les malades atteints de démence précoce et de schizophrénie de la même façon ? Le passage de l'une à l'autre a-t-il eu des conséquences pour les malades de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg en termes d'évaluation de leur pronostic, de durée d'hospitalisation ou encore de possibilités thérapeutiques ? Analyser des échantillons de dossiers de malades portant le diagnostic de démence précoce d'une part et celui de schizophrénie d'autre part quant aux traitements administrés, à la durée d'hospitalisation et à la trajectoire des patients après l'hospitalisation serait de nature à apporter un éclairage à ces questions.

Nombreuses sont donc les questions soulevées par notre thèse. A côté de celles que nous venons d'évoquer, le spectre diagnostique en pose un certain nombre puisque chaque évolution nosologique qu'il met en évidence peut être le lieu d'une interrogation et d'une analyse. Notre travail de thèse vient défricher un champ qui jusque-là était resté quasiment inconnu, à savoir l'histoire des pratiques médicales à la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962 et donc de l'enseignement puisqu'il s'agit d'une clinique universitaire. Au-delà des conclusions qu'il fournit, il s'envisage comme un générateur de questions et ouvre ainsi de nouvelles pistes de recherche.

Annexes

Annexe 1 : Proportions et effectifs des différentes catégories diagnostiques en 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962

Catégories diagnostiques	n1912	%1912	N1922	%1922	n1932	%1932	n1942	%1942	n1952	%1952	n1962	%1962	n all	% all
Abandonnique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,0
Abnorme Reaktion	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	1,9	0	0,0	0	0,0	20	0,2
Addiction	0	0,0	2	0,2	3	0,2	6	0,6	1	0,0	10	0,5	22	0,2
Agitation	34	3,7	29	3,0	17	1,2	4	0,4	66	2,6	38	1,8	188	2,1
Alcool	101	10,9	97	10,2	220	15,4	48	4,5	548	21,4	269	12,8	1283	14,2
Alzheimer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,1	0	0,0	4	0,0
Angoisse	17	1,8	3	0,3	0	0,0	0	0,0	25	1,0	39	1,9	84	0,9
Anorexie mentale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0,0
Atteinte aux mœurs	6	0,6	0	0,0	0	0,0	2	0,2	2	0,1	0	0,0	10	0,1
Bouffée délirante aigue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	0,9	43	2,0	65	0,7
Catatonie	12	1,3	13	1,4	96	6,7	12	1,1	4	0,2	9	0,4	146	1,6
Chorée	2	0,2	1	0,1	2	0,1	3	0,3	5	0,2	2	0,1	15	0,2
Cyclothymie	1	0,1	1	0,1	0	0,0	5	0,5	0	0,0	2	0,1	9	0,1
Débilité	30	3,2	33	3,5	18	1,3	29	2,7	99	3,9	55	2,6	264	2,9
Dégénérescence	14	1,5	32	3,4	36	2,5	0	0,0	11	0,4	0	0,0	93	1,0
Délire	28	3,0	12	1,3	17	1,2	1	0,1	83	3,2	85	4,0	226	2,5
Délire de jalousie	1	0,1	1	0,1	2	0,1	0	0,0	4	0,2	1	0,0	9	0,1
Délire d'imagination	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Délire d'interprétation	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	7	0,3	1	0,0	10	0,1
Démence	13	1,4	5	0,5	4	0,3	10	0,9	58	2,3	19	0,9	109	1,2
Démence précoce	39	4,2	97	10,2	1	0,1	0	0,0	2	0,1	0	0,0	139	1,5
Démence précoce, forme paranoïde	17	1,8	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	0,2
Démence précoce, forme catatonique	5	0,5	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1
Démence précoce, forme hébéphrénique	0	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Démence présénile	0	0,0	7	0,7	2	0,1	1	0,1	6	0,2	5	0,2	21	0,2
Démence sénile	5	0,5	30	3,1	34	2,4	24	2,2	53	2,1	16	0,8	162	1,8
Dépersonnalisation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,1	4	0,0
Dépression	98	10,6	146	15,3	134	9,4	98	9,1	229	8,9	250	11,9	955	10,6
Emotivité	18	1,9	40	4,2	42	2,9	0	0,0	15	0,6	4	0,2	119	1,3
Enurésie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0,0
Epilepsie	27	2,9	19	2,0	41	2,9	46	4,3	73	2,8	32	1,5	238	2,5
Epileptiforme	5	0,5	3	0,3	8	0,6	0	0,0	10	0,4	0	0,0	26	0,3
Erotomanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Etat crépusculaire	11	1,2	2	0,2	1	0,1	5	0,5	1	0,0	2	0,1	22	0,2
Etat mixte	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,1	7	0,1
Folie circulaire	0	0,0	5	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,1
Fugues	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	11	0,4	4	0,2	18	0,2
Hallucinose	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Hébéphrénie	28	3,0	7	0,7	12	0,8	10	0,9	12	0,5	11	0,5	80	0,9
Hypochondrie	11	1,2	7	0,7	12	0,8	9	0,8	76	3,0	70	3,3	185	2,0
Hypomanie	3	0,3	0	0,0	0	0,0	6	0,6	16	0,6	2	0,1	27	0,3
Hystérie	29	3,1	40	4,2	7	0,5	18	1,7	25	1,0	72	3,4	191	2,1
Inhibition	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Involution	0	0,0	2	0,2	2	0,1	18	1,7	7	0,3	18	0,9	47	0,5
Kleptomanie	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Korsakoff	2	0,2	1	0,1	7	0,5	3	0,3	9	0,3	8	0,4	30	0,3
Maladie de Pick	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,5	1	0,0	2	0,1	8	0,1
Manie	23	2,5	17	1,8	7	0,5	10	0,9	28	1,1	12	0,6	97	1,1
Mauvaise humeur constitutionnelle	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Mélancolie	10	1,1	4	0,4	1	0,1	0	0,0	104	4,1	109	5,2	228	2,5
Mythomanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	2	0,0
Narcolepsie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0

Neurasthénie	5	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,3	0	0,0	12	0,1
Neurologique	22	2,4	31	3,2	57	4,0	59	5,5	97	3,8	40	1,9	306	3,4
Névropathie	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	5	0,2	0	0,0	6	0,1
Névrose	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,1	45	1,8	128	6,1	176	1,9
Obsessions	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	8	0,3	8	0,4	19	0,2
Onirisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,5	11	0,5	23	0,2
Organique	63	6,8	45	4,7	45	3,1	41	3,8	144	5,6	62	3,0	400	4,4
Paralysie générale	29	3,1	31	3,2	78	5,4	51	4,8	20	0,8	3	0,1	212	2,3
Paranoïa	2	0,2	1	0,1	4	0,3	0	0,0	1	0,0	8	0,4	16	0,2
Paranoïde	6	0,6	0	0,0	2	0,1	5	0,5	0	0,0	0	0,0	13	0,1
Paraphrénie	0	0,0	17	1,8	22	1,5	1	0,1	2	0,1	0	0,0	42	0,5
Parkinson	2	0,2	1	0,1	2	0,1	0	0,0	6	0,2	3	0,1	14	0,1
Personnalité	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	1,7	0	0,0	20	0,9	38	0,4
Perversion	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	2	0,0
Phobie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	4	0,2	18	0,9	24	0,3
Post-traumatique	2	0,2	4	0,4	3	0,2	0	0,0	18	0,7	31	1,5	58	0,6
Potomanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Presbyophrénie	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Pseudo	12	1,3	1	0,1	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	15	0,2
Psychasthénie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	6	0,2	6	0,3	13	0,1
Psychogène	1	0,1	1	0,1	1	0,1	11	1,0	6	0,2	0	0,0	20	0,2
Psychonévrose	0	0,0	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Psychopathie	22	2,4	21	2,2	8	0,6	63	5,9	105	4,1	50	2,4	269	3,0
Psychose	4	0,4	22	2,3	48	3,4	9	0,8	5	0,2	15	0,7	103	1,1
Psychose hallucinatoire chronique	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,1	8	0,4	12	0,1
Psychose maniaco-dépressive	67	7,2	35	3,7	13	0,9	6	0,6	28	1,1	8	0,4	157	1,7
Psychose puerpérale	1	0,1	8	0,8	6	0,4	0	0,0	5	0,2	6	0,3	26	0,3
Quérulence	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Rentenneurose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Schizoidie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,6	4	0,2	4	0,2	14	0,1
Schizophrénie	0	0,0	7	0,7	214	15,0	67	6,2	89	3,5	73	3,5	450	5,0
Schizophrénie, forme paranoïde	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,2	9	0,3	29	1,4	41	0,4
Schizophrénie, forme catatonique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,5	1	0,0	1	0,0	7	0,1
Sinistrose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Suicide	27	2,9	17	1,8	18	1,3	3	0,3	76	3,0	80	3,8	221	2,4
Syndrome confusionnel	0	0,0	2	0,2	0	0,0	2	0,2	53	2,1	27	1,3	84	0,9
Syphilis	4	0,4	1	0,1	4	0,3	7	0,6	12	0,5	4	0,2	32	0,3
Tabès	3	0,3	0	0,0	4	0,3	10	0,9	3	0,1	0	0,0	20	0,2
Tétanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,0
Tic	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Troubles caractériels	3	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1	33	1,3	27	1,3	64	0,7
Troubles du comportement	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,3	15	0,7	23	0,2
Troubles psychiques liés à la grossesse	5	0,5	2	0,2	5	0,3	1	0,1	9	0,3	2	0,1	24	0,3
Troubles psychiques liés à la ménopause	1	0,1	0	0,0	45	3,1	16	1,5	8	0,3	0	0,0	70	0,8
Violence	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	1,0	5	0,2	32	0,3
Diagnostic non spécifique	3	0,3	15	1,6	9	0,6	14	1,3	18	0,7	12	0,6	71	0,8
Diagnostic impossible à déterminer	48	5,2	18	1,9	110	7,7	269	25,1	61	2,4	182	8,7	688	7,6
All	929	100,1	954	99,9	1430	100,0	1073	100,0	2561	100,0	2097	100,0	9044	100,0

Annexe 2 : Effectifs et proportions des catégories diagnostique avec le **groupe démence précoce** (rassemble les catégories démence précoce ; démence précoce, forme paranoïde ; démence précoce, forme catatonique ; démence précoce, forme hétérophrénique), le **groupe schizophrénie** (rassemble les catégories schizophrénie, schizophrénie, forme paranoïde et schizophrénie, forme catatonique) et le **groupe psychose maniaco-dépressive** (rassemble les catégories psychose maniaco-dépressive, manie, hypomanie, cyclothymie et état mixte)

Catégories diagnostiques	n1912	%1912	N1922	%1922	n1932	%1932	n1942	%1942	n1952	%1952	n1962	%1962	n all	% all
Abandonnique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,0
Abnorme Reaktion	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	1,9	0	0,0	0	0,0	20	0,2
Addiction	0	0,0	2	0,2	3	0,2	6	0,6	1	0,0	10	0,5	22	0,2
Agitation	34	3,7	29	3	17	1,2	4	0,4	66	2,6	38	1,8	188	2,1
Alcool	101	10,9	97	10,2	220	15,4	48	4,5	548	21,4	269	12,8	1283	14,2
Alzheimer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,1	0	0,0	4	0,0
Angoisse	17	1,8	3	0,3	0	0,0	0	0,0	25	1	39	1,9	84	0,9
Anorexie mentale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0
Atteinte aux mœurs	6	0,6	0	0,0	0	0,0	2	0,2	2	0,1	0	0,0	10	0,1
Bouffée délirante aiguë	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	0,9	43	2	65	0,7
Catatonie	12	1,3	13	1,4	96	6,7	12	1,1	4	0,2	9	0,4	146	1,6
Chorée	2	0,2	1	0,1	2	0,1	3	0,3	5	0,2	2	0,1	15	0,2
Débilité	30	3,2	33	3,5	18	1,3	29	2,7	99	3,9	55	2,6	264	2,9
Dégénérescence	14	1,5	32	3,4	36	2,5	0	0	11	0,4	0	0	93	1
Délire	28	3,0	12	1,3	17	1,2	1	0,1	83	3,2	85	4	226	2,5
Délire de jalousie	1	0,1	1	0,1	2	0,1	0	0,0	4	0,2	1	0,0	9	0,1
Délire d'imagination	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Délire d'interprétation	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	7	0,3	1	0,0	10	0,1
Démence	13	1,4	5	0,5	4	0,3	10	0,9	58	2,3	19	0,9	109	1,2
Groupe Démence précoce	61	6,6	103	10,8	1	0,1	0	0,0	2	0,1	0	0,0	167	1,8
Démence présénile	0	0,0	7	0,7	2	0,1	1	0,1	6	0,2	5	0,2	21	0,2
Démence sénile	5	0,5	30	3,1	34	2,4	24	2,2	53	2,1	16	0,8	162	1,8
Dépersonnalisation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,1	4	0,0
Dépression	98	10,6	146	15,3	134	9,4	98	9,1	229	8,9	250	11,9	955	10,6
Emotivité	18	1,9	40	4,2	42	2,9	0	0,0	15	0,6	4	0,2	119	1,3
Enurésie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0,0
Epilepsie	27	2,9	19	2,0	41	2,9	46	4,3	73	2,8	32	1,5	238	2,5
Epileptiforme	5	0,5	3	0,3	8	0,6	0	0,0	10	0,4	0	0,0	26	0,3
Erotomanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Etat crépusculaire	11	1,2	2	0,2	1	0,1	5	0,5	1	0,0	2	0,1	22	0,2
Folie circulaire	0	0,0	5	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,1
Fugues	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	11	0,4	4	0,2	18	0,2
Hallucinoïse	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Hétérophrénie	28	3	7	0,7	12	0,8	10	0,9	12	0,5	11	0,5	80	0,9
Hypochondrie	11	1,2	7	0,7	12	0,8	9	0,8	76	3,0	70	3,3	185	2,2
Hystérie	29	3,1	40	4,2	7	0,5	18	1,7	25	1,0	72	3,4	191	2,4
Inhibition	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Involution	0	0,0	2	0,2	2	0,1	18	1,7	7	0,3	18	0,9	47	0,5
Kleptomanie	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Korsakoff	2	0,2	1	0,1	7	0,5	3	0,3	9	0,3	8	0,4	30	0,3
Maladie de Pick	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,5	1	0,0	2	0,1	8	0,1
Mauvaise humeur constitutionnelle	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Mélancolie	10	1,1	4	0,4	1	0,1	0	0,0	104	4,1	109	5,2	228	2,5
Mythomanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	2	0,0
Narcolepsie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Neurasthénie	5	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,3	0	0,0	12	0,1
Neurologique	22	2,4	31	3,2	57	4,0	59	5,5	97	3,8	40	1,9	306	3,4
Névropathie	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	5	0,2	0	0,0	6	0,1
Névrose	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,1	45	1,8	128	6,1	176	1,9
Obsessions	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	8	0,3	8	0,4	19	0,2
Onirisme	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,5	11	0,5	23	0,2
Organique	63	6,8	45	4,7	45	3,1	41	3,8	144	5,6	62	3,0	400	4,4
Paralysie générale	29	3,1	31	3,2	78	5,4	51	4,8	20	0,8	3	0,1	212	2,3
Paranoïa	2	0,2	1	0,1	4	0,3	0	0,0	1	0,0	8	0,4	16	0,2
Paranoïde	6	0,6	0	0,0	2	0,1	5	0,5	0	0,0	0	0,0	13	0,1
Paraphrénie	0	0,0	17	1,8	22	1,5	1	0,1	2	0,1	0	0,0	42	0,5
Parkinson	2	0,2	1	0,1	2	0,1	0	0,0	6	0,2	3	0,1	14	0,1
Personnalité	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	1,7	0	0,0	20	0,9	38	0,4

Perversion	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	2	0,0
Phobie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	4	0,2	18	0,9	24	0,3
Post-traumatique	2	0,2	4	0,2	3	0,2	0	0,0	18	0,7	31	1,5	58	0,6
Potomanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Presbyophrénie	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Pseudo	12	1,3	1	0,1	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	15	0,2
Psychasthénie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	6	0,2	6	0,3	13	0,1
Psychogène	1	0,1	1	0,1	1	0,1	11	1,1	6	0,2	0	0,0	20	0,2
Psychonévrose	0	0,0	2	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Psychopathie	22	2,4	21	2,2	8	0,6	63	5,9	105	4,1	50	2,4	269	3,0
Psychose	4	0,4	22	2,3	48	3,4	9	0,8	5	0,2	15	0,7	103	1,1
Psychose hallucinatoire chronique	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,1	8	0,4	12	0,1
Groupe psychose maniaco-dépressive	96	10,3	54	5,7	20	1,4	27	2,5	73	2,8	27	1,3	297	3,3
Psychose puerpérale	1	0,1	8	0,8	6	0,4	0	0,0	5	0,2	6	0,3	26	0,3
Quérulence	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Rentenneurose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Schizoidie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,6	4	0,2	4	0,2	14	0,2
Groupe Schizophrénie	0	0,0	7	0,7	215	15,0	74	6,9	99	3,9	103	4,9	498	5,5
Sinistrose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Suicide	27	2,9	17	1,8	18	1,3	3	0,3	76	3,0	80	3,8	221	2,4
Syndrome confusionnel	0	0,0	2	0,2	0	0,0	2	0,2	53	2,1	27	1,3	84	0,9
Syphilis	4	0,4	1	0,1	4	0,3	7	0,6	12	0,4	4	0,2	32	0,3
Tabès	3	0,3	0	0,0	4	0,3	10	0,9	3	0,1	0	0,0	20	0,2
Tétanie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,0
Tic	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Troubles caractériels	3	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1	33	1,3	27	1,3	64	0,7
Troubles du comportement	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,3	15	0,7	23	0,2
Troubles psychiques liés à la grossesse	5	0,5	2	0,2	5	0,3	1	0,1	9	0,3	2	0,1	24	0,3
Troubles psychiques liés à la ménopause	1	0,1	0	0,0	45	3,1	16	1,5	8	0,3	0	0,0	70	0,8
Violence	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	1,0	5	0,2	32	0,3
Diagnostic non spécifique	3	0,3	15	1,6	9	0,6	14	1,3	18	0,7	12	0,6	71	0,8
Diagnostic impossible à déterminer	48	5,2	18	1,9	110	7,7	269	25,1	61	2,4	182	8,7	688	7,6
All	929	100,1	954	99,9	1430	100,0	1073	100,0	2561	100,0	2097	100,0	9044	100,0

Bibliographie

Sources primaires

Archives

Fonds d'archives de la Clinique psychiatrique universitaire de Strasbourg

Dossiers :

Dossiers médicaux de patients :

1. « Aertziliche Akten der Psychiatrischen Klinik » : 1906 – 1919
2. « Clinique de psychiatrie de l'Université de Strasbourg » : 1920 - 1933
3. « Hospices civils de Strasbourg. Clinique psychiatrique » : 1934 - 1962

Registres :

Registres d'admission :

1878 – 1904

1. « Epileptische Männer 1878–1893 »
2. « Epileptische Männer 1894-1904 »
3. « Epileptische Frauen 1878-1893 »
4. « Epileptische Frauen 1894-1904 »
5. « Geistesranke Männer 1878-1893 »
6. « Geistesranke Männer 1894-1904 »
7. « Geistesranke Frauen 1878-1893 »
8. « Geistesranke Frauen 1894-1904 »

1905-1911

1. « Epileptische Männer » : 1905-1911
2. « Epileptische Frauen » : 1905-1911
3. « Geistesranke Männer » : 1905-1911
4. « Geistesranke Frauen » : 1905-1911

1912-1962

1. « Geistekranke Männer » : 1912-1962
2. « Geistekranke Frauen » : 1912-1962

Index :

1. 1873 - 1906
2. 1907 – 1925
3. 1926 – 1938
4. 1935 - 1950

Livres de la loi :

Hommes

1. « Registre des aliénés. Placements d'offices. Hommes. 1921-1951 »
2. « Registre des hommes 1921-1922 »
3. « Registre des hommes 1922-1923 »
4. « Registre des hommes 1923-1924 »
5. « Registre des hommes 1926-1927 »
6. « Registre des hommes 1927-1928 »
7. « Hommes 1931-1933 »
8. « Hommes 1933-1936 »
9. « Hommes 1936-1946 »
10. « Registre des hommes 1946-1951 »

Femmes

1. « Registre des aliénés femmes. Placements d'offices. 1921-1974 »
2. « Registre des femmes 1921-1922 »
3. « Registre des femmes 1922 »
4. « Registres des femmes 1923 »
5. « Femmes 1923-1924 »
6. « Femmes 1926-1928 »
7. « Femmes 1928-1929 »
8. « Femmes 1929-1932 »

Sources primaires publiées

- Allimant, R., 1927. Premiers accès de schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes “maniaques dépressifs.” Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg.
- Avrach, E., 1927. Troubles de l’affectivité dans les rémissions de la schizophrénie. Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg.
- Bleuler, E., 1911. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in: Aschaffenburg, G. (Ed.), Handbuch Der Psychiatrie. Franz Deuticke, Leipzig und Wien.
- Blondel, C., 1931. Quelques réflexions sur la schizophrénie. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg 9, 7–44.
- Buhecker, C., 1928. Le sentiment du “déjà vu” en pathologie particulièrement dans la schizophrénie (Paraphrénie). Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg.
- Gerval, O., 1898. Das Bürger-Hospital von Strassburg und seine Umgestaltungen in der Zeit von 1872 bis 1898 nach amtlichen Quellen. Fischbach, Strasbourg.
- Grussenmeyer, A., 1933. Schizophrenies processives. Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg.
- Hausmann, S., 1897. Die Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg. Ihre Entwicklung und ihre Bauten. W. Heinrich, Strasbourg.
- Hoche, A., 1906. Carl Fürstner. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 41, 5–13.
- Jost, W., 1927. Dementia praecocissima. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg 5, 191–213.
- Kraepelin, E., 1896. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, Fünfte Auflage. ed. Johann Ambrosius Barth, Leipzig.
- Kraepelin, E., 1899. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, Sechste Auflage. ed. Johann Ambrosius Barth, Leipzig.
- Kraepelin, E., 1913. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, Achte Auflage. ed. Johann Ambrosius Barth, Leipzig.

- Levy, C., 1930. Contribution au diagnostic différentiel de l'encéphalite léthargique et de la schizophrénie. Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg.
- Munch, J., 1924. Stéréotypie et symbolisme des schizophréniques. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg 3, 1–66.
- Pfersdorff, C., 1904. Remissionen der Dementia praecox. Zeitschrift für klinische Medizin 55, 488–507.
- Pfersdorff, C., 1908. Prognose der Dementia praecox. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 60, 1058–1090.
- Pfersdorff, C., 1909a. Über eine Verlaufsart der Dementia praecox. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 66, 184–186.
- Pfersdorff, C., 1909b. Über Katamnesien der Dementia praecox. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 20, 575–576.
- Pfersdorff, C., 1911. Über die Verlaufsarten der Dementia praecox. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie 30, 159–204.
- Pfersdorff, C., 1922. La schizophasie et la démence précoce terminale. Gazette médicale de Strasbourg 80, 104.
- Pfersdorff, C., 1924. Une localisation clinique de la schizophrénie et de l'encéphalite. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg 3, 101–143.
- Pfersdorff, C., 1927a. Kraepelin (1856-1926). Le Médecin d'Alsace et de Lorraine 2, 53–64.
- Pfersdorff, C., 1927b. La schizophasie. Les catégories du langage. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg 5, 37–149.
- Pfersdorff, C., 1928. Un cas de démence affective schizophrénique. Strasbourg Médical 2, 53.
- Pfersdorff, C., 1929. La localisation de la dissociation schizophrénique. Schweitzer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 24, 169–171.
- Pfersdorff, C., 1930. Les subdivisions de l'hyperendophasie dans la schizophrénie. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg 8, 187–221.

- Pfersdorff, C., 1931. La lecture et la reproduction du texte dans la schizophrénie. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg 9, 209–300.
- Pfersdorff, C., 1932. Symptômes encéphalitiques et symptômes schizophréniques. Schweitzer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 28, 157–160.
- Pfersdorff, C., 1933. Influence du rythme sur le langage schizophrénique. Schweitzer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 31, 343–345.
- Pfersdorff, C., 1935. Les catégories du langage aphasique et la dissociation schizophrénique. Annales Médico-psychologiques 1, 1–11.
- Pfersdorff, C., 1936. Dissociation schizophrénique du langage. Annales Médico-psychologiques 2, 912.
- Schneider, R., 1922. Alcoolisme et schizophrénie. Travaux de la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg 1, 39–45.
- Siemerling, E., 1904. Zur Erinnerung an Friedrich Jolly. Rede bei der von der Gessellschaft der Charité-Aerzte, der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten und dem Psychiatrischen Verein zu Berlin veranstalteten Gedächtnisfeier gehalten am 25 Januar 1904.
- Spindler, C.-H., 1928. La forme hypochondriaque de la Schizophrénie. Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg.
- Wollenberg, R., 1931. Erinnerungen eines alten Psychiaters. Ferdinand Enke, Berlin.

Etudes

- Barberousse, A., Vorms, M., 2011. Le changement scientifique, in: Barberousse, A., Bonnay, D. (Eds.), Précis de Philosophie Des Sciences. Vuibert, Paris, pp. 171–206.
- Bernet, B., 2009. “Eintragen und Ausfüllen”. Der Fall des psychiatrischen Formulars, in: Brändli, S. (Ed.), Zum Fall Machen, Zum Fall Werden. Wissensproduktion Und Patientenerfahrung in Medizin Und Psychiatrie Des 19. Und 20. Jahrhunderts. Campus, Frankfurt am Main, pp. 62–91.

- Bernet, B., 2013. Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900. Chronos, Zürich.
- Bleuler, E., 1993. Dementia praecox ou groupe des schizophrénies. EPEL, Paris.
- Bonah, C., 2000. Instruire, guérir, servir. Formation et pratique médicales en France et en Allemagne. Presses universitaires de Strasbourg, Strasbourg.
- Brändli, S., 2009. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts. Campus, Frankfurt am Main.
- Drachler, C.J., 1995. Robert Wollenberg. Leben und Werk. Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen, Tübingen.
- Friedland, A., Hernn, R., 2012. „Die Einführung der Schizophrenie and der Charité“, in: Hess, V., Schmiedebach, H.-P. (Eds.), Am Rande Des Wahnsinns. Schwellenräume Einer Urbanen Moderne. Böhlau Verlag, Wien, pp. 207–258.
- Garrabé, J., 2003. La schizophrénie. Un siècle pour comprendre, Les empêcheurs de penser en rond. Le seuil, Paris.
- Goldstein, J., 1997. Consoler et classier. L’essor de la psychiatrie française, Les empêcheurs de penser en rond. Institut Synthelabo pour le progrès de la connaissance, Paris.
- Grulier, J.-C., 2006. Petite histoire de la psychiatrie allemande, Allemagne d’hier et d’aujourd’hui. L’Harmattan, Paris.
- Hess, V., 2011. Krankenakten als Herausforderung der Krankenhausgeschitsschreibung. Historia Hospitalium 27, 43–52.
- Hess, V., Lebedur, S., 2011. Taking and keeping: A note on the Emergence and Function of Hospital Patient Records. Journal of the Society of Archivists 32, 21–33.
- Hess, V., Mendelsohn, A.J., 2010. Case and series: Medical kknowledge and paper technology, 1600-1900. History of Science 48, 287–314.
- Hochmann, J., 2004. Histoire de la psychiatrie. Presses universitaires de France, Paris.
- Kammerer, T., 1996. La faculté de médecine nazie de Strasbourg: un psychiatre opposant:

August Bostroem. L'information psychiatrique 72, 789–791.

- Kress, J.-J., 2006. Le diagnostic en psychiatrie et les orientations théoriques des psychiatres: questions éthiques, in: Danion-Grilliat, A. (Ed.), Le Diagnostic En Psychiatrie: Questions Éthiques. Masson, Paris, pp. 21–30.
- Lafargue, C., 1989. Le Professeur Charles Pfersdorff, 1875-1953. Le personnage, le psychiatre. Université Louis Pasteur - Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg.
- Meier, M., 2006. Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten. Psychochirurgische Studien in den 1940er und 1950er Jahren, in: Höcker, A. (Ed.), Wissen. Erzählen: Narrative Der Humanwissenschaften. Transcript, Bielefeld, pp. 103–114.
- Meier, M., Bernet, B., 2007. Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970. Chronos, Zürich.
- Moskowitz, A., Heim, G., 2011. Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. Schizophrenia bulletin 37, 471–479.
- Pfleger, G., 2010. L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982). Université de Strasbourg-Faculté de médecine, Strasbourg.
- Postel, J., 2011. Dictionnaire de la Psychiatrie, Larousse in extenso. Larousse, Paris.
- Postel, J., 2012. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod, Paris.
- Quétel, C., 2012. Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours, Texto. Tallandier, Paris.
- Saly-Giocanti, F., 2005. Utiliser les statistiques en histoire, Cursus. Armand Colin, Paris.
- Schott, H., Tölle, R., 2006. Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehre. Irrwege. Behandlungsformen. C.H Beck, München.
- Sinzelle, J., 2008. Cent ans de démence précoce. Grandeur et décadence d'une maladie de la volonté. Université Louis Pasteur-Faculté de médecine de Strasbourg, Strasbourg.
- Von Bueltzingsloewen, I., 2009. L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux

psychiatriques français sous l'occupation, Champs histoire. Flammarion, Paris.

- Wollenberg, R., 1931. Erinnerungen eines alten Psychiaters. Ferdinand Enke, Berlin.