

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2017

N° : 186

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

D.E.S. de Psychiatrie

PAR

ZERR Mathilde

Née le 26 mars 1988

A Strasbourg

**EXPLORATION DES PRATIQUES THERAPEUTIQUES A LA CLINIQUE
PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG.
PANORAMA DES PRISES EN CHARGE POUR LES DIAGNOSTICS DE DEPRESSION,
SCHIZOPHRENIE ET HYSTERIE
(1952-1982)**

Président de thèse : Professeur Anne DANION GRILLIAT

Directeurs de thèse : Professeur Christian BONAHE

Docteur Julie CLAUSS

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2017

N° :

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

D.E.S. de Psychiatrie

PAR

ZERR Mathilde

Née le 26 mars 1988

A Strasbourg

**EXPLORATION DES PRATIQUES THERAPEUTIQUES A LA CLINIQUE
PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG.
PANORAMA DES PRISES EN CHARGE POUR LES DIAGNOSTICS DE
DEPRESSION, SCHIZOPHRENIE ET HYSTERIE
(1952-1982)**

Président de thèse : Professeur Anne DANION GRILLIAT

Directeurs de thèse : Professeur Christian BONAHE

Docteur Julie CLAUSS

INTRODUCTION.....	4
I. L'OFFRE THERAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE ENTRE 1952 ET 1982.....	11
1. <i>Les traitements de choc</i>	11
1.1 La malariathérapie.....	11
1.2 L'insulinothérapie.....	12
1.3 La psychochirurgie.....	13
1.4 L'électro convulsivothérapie.....	14
2. <i>La pharmacologie</i>	15
2.1 Les neuroleptiques.....	16
2.2 Les anxiolytiques et hypnotiques.....	18
2.3 Les antidépresseurs.....	21
2.4 Le lithium et les autres stabilisateurs de l'humeur.....	24
2.4.1 Le lithium.....	24
2.4.2 Les autres stabilisateurs de l'humeur.....	26
2.5 Les cures d'antabuses.....	26
3. <i>Les psychothérapies</i>	28
3.1 La psychanalyse.....	28
3.2 Les autres psychothérapies.....	34
3.3 La psychothérapie institutionnelle.....	36
II. DIAGNOSTICS ET PRESCRIPTEURS A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG ENTRE 1952 ET 1982.....	37
1. <i>Les diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982</i>	38
1.1 D'un point de vu quantitatif : l'état des lieux diagnostique.....	38
1.1.1 Objectif.....	39
1.1.2 Matériel.....	39
1.1.3 Méthode.....	40
1.1.4 Résultats.....	44
1.1.5 Discussion.....	52
1.2 D'un point de vue qualitatif : descriptions cliniques des diagnostics de dépression, de schizophrénie et d'hystérie entre 1952 et 1982.....	56
1.2.1 Le diagnostic de dépression.....	57
1.2.2 Le diagnostic de schizophrénie.....	64
1.2.3 Le diagnostic d'hystérie.....	71
1.2.4 Remarques.....	78
2. <i>L'organigramme de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg de 1952 à 1982</i>	82
2.1 Année 1952.....	83
2.2 Année 1962.....	84
2.3 Année 1972.....	86
2.4 Année 1982.....	87
III. LA PRATIQUE THERAPEUTIQUE A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE STRASBOURG DE 1952 A 1982 : LE PANORAMA THERAPEUTIQUE.....	89
1. <i>Objectif</i>	89
2. <i>Matériel</i>	91
3. <i>Méthode</i>	92
3.1 La constitution de l'échantillon.....	92
3.2 Le choix de la source pour le recueil des données.....	96
3.2.1 Description générale des dossiers médicaux.....	97
3.2.2 Les documents des dossiers médicaux choisis pour le recueil des données.....	99
3.3 Le recueil des données.....	108
3.3.1 La construction de la grille thérapeutique.....	108
3.3.2 L'application de la grille thérapeutique.....	110
3.4 Analyse statistique.....	112
4. <i>Résultats</i>	114
4.1 Les traitements du diagnostic de dépression.....	114
4.2 Les traitements du diagnostic de schizophrénie.....	117
4.3 Les traitements du diagnostic d'hystérie.....	121
5. <i>Discussion</i>	124
CONCLUSION.....	136
ANNEXES.....	147

BIBLIOGRAPHIE..... 161

Introduction.

La Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg est réputée pour son orientation psychanalytique. Néanmoins, la découverte de la pratique psychiatrique, au cours des différents stages de notre internat dans cette institution, nous a conduit à constater ce qui semble être actuellement un recours systématique à la neurobiologie et une marginalisation de la psychanalyse.

Il convient de définir précisément les termes de neurobiologie et de psychanalyse. La neurobiologie se définit par l'étude des phénomènes vitaux dans le système nerveux et l'étude de ces phénomènes au niveau des structures moléculaires des neurones¹. La pharmacologie en est l'objet thérapeutique. La psychanalyse quant à elle est une méthode d'investigation psychologique qui cherche à déceler dans l'esprit l'existence de souvenirs, désirs ou images, dont la présence subconsciente cause des troubles psychiques ou physiques². Son objet thérapeutique est la psychothérapie analytique. Différentes dans leur approche, ces deux théories se concrétisent par des pratiques contrastées : la neurobiologie utilise des molécules pharmacologiques agissant sur les structures moléculaires du cerveau impliquées dans la pathologie mentale, alors que la psychanalyse se concentre sur les processus psychique à l'origine des troubles. D'où les différences dans les traitements qui leur sont inhérents:

¹GARNIER J., DELAMARE F., 2009, *dictionnaire illustré des termes de médecine*, 30^e édition, Paris, Maloine

²GARNIER J., DELAMARE F., 2009, *Op. Cit.*

pharmacologie et psychothérapie analytique. La frontière entre ces deux territoires est en **constante négociation** chez les praticiens.

Depuis les années 1950, la neurobiologie prend de l'ampleur, ce qui rejoint notre constat en tant qu'interne. **Le discours scientifique actuel recherche ce qui est évaluable et mesurable³, comme en témoigne le principe de médecine basée sur les preuves⁴. La psychiatrie n'échappe pas à ce besoin, le recours croissant à la neurobiologie répond aux exigences de ce paradigme tandis que la psychanalyse se voit désavantagée par son absence de recours aux méthodes quantitatives et à la difficulté de prouver son efficacité.** La question qui se pose alors est la conciliation de ces deux approches afin que la neurobiologie ne marginalise pas totalement la psychanalyse de la pratique psychiatrique. L'intérêt d'un retour historique sur la période de 1952 à 1982 est donc d'analyser les ressorts de la **négociation entre ces deux approches**, dans le but de fournir un éclairage sur un phénomène toujours d'actualité. **Interroger l'explosion du recours à la pharmacologie dès son origine, dans les années 1950, permet ainsi de fournir des clefs d'explication à la pratique psychiatrique contemporaine en plongeant dans les racines du phénomène.**

Comment se négocient neurobiologie et psychanalyse dans la prise en charge thérapeutique des patients ? Nous avons choisi de recourir à une approche historique pour tenter de répondre à cette question en l'inscrivant

³ HAGUEC., 2015, Soundaramoutry R. (dirs.), *La psychanalyse est-elle encore dans (de) son temps ?*, Analyse freudienne presse, numéro 22, Toulouse, Erès, P. 7

⁴ Appelée aussi médecine factuelle : utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient, Sackett 1996.

dans un **contexte précis** : la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg pour la période allant de 1952 à 1982. Avant de pouvoir y répondre, il nous semble indispensable de passer par la description des thérapeutiques utilisées dans cette institution et à cette période. L'objet de cette recherche est ainsi d'établir un panorama des thérapeutiques utilisées entre 1952 et 1982, à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, pour trois diagnostics : la dépression, la schizophrénie et l'hystérie.

Comme le montre G. Pflieger dans sa thèse⁵, il existe une école de psychiatrie à Strasbourg, connue pour son œcuménisme, qui trouve ses origines et son développement entre 1952 et 1982. Cette période historique correspond également à l'avènement de la psychiatrie moderne en France⁶. L'année 1952 est celle de la **découverte des neuroleptiques** et marque le **début du grand développement de la psychopharmacologie**⁷. 1980 se situe deux ans après l'année de **parution du DSM III**⁸ qui tend à remettre la psychiatrie dans le champ de la médecine en revisitant les diagnostics et en **mettant à distance les concepts psychanalytiques, nouveau tournant dans l'histoire de la psychiatrie**. Le projet de la **CIM10**⁹ débute en 1983. Cette classification internationale s'aligne sur le DSM. Ils abordent tous les deux une **vision organique et pharmacologique de la psychiatrie**. 1982 apparaît donc comme une limite pertinente au champ de cette étude, le début des

⁵ PFLEGER G., 2010, L'école de psychiatrie de Strasbourg, origine et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982), Strasbourg, faculté de médecine

⁶ PFLEGER G., 2010, *Op.Cit.* P.29

⁷ POSTEL J., QUETEL C., 2012, Nouvelle histoire de la psychiatrie, Paris, Dunod, P.410

⁸ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3^e édition.

⁹ Classification internationale des maladies, 10^e édition.

années 1980 pouvant être considéré comme la fin d'une période, celle de l'apparition de la psychopharmacologie en psychiatrie et des remaniements qu'elle a entraîné.

Nous délimitons l'étendue de cette recherche à trois diagnostics: la dépression, la schizophrénie et l'hystérie. Les années 1950 voyant apparaître des traitements pharmacologiques pour la dépression et la schizophrénie (les antidépresseurs et les neuroleptiques), il nous paraît important d'étudier la pratique thérapeutique pour ces deux diagnostics, qui représentent de plus des entités nosologiques bien différenciées. Nous choisissons l'hystérie comme troisième diagnostic. Il n'y a pas de traitement pharmacologique spécifique pour l'hystérie et ce diagnostic renvoie à la théorie psychanalytique. De plus, le DSM III ne reconnaît plus ce diagnostic en tant que tel. Enfin, nous nous attendons à trouver des prises en charge différentes pour chacun de ces trois diagnostics: la pharmacologie apparaît comme le traitement de choix de la schizophrénie, la psychothérapie comme celui de l'hystérie et l'association des deux comme celui de la dépression.

La source de choix pour accéder à la pratique thérapeutique est le dossier médical du patient, tenu par le médecin psychiatre. Nous étudions donc le Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, entre 1952 et 1982, qui constitue notre source documentaire primaire.

Depuis les années 2000, la recherche historique en psychiatrie s'intéresse à l'analyse des pratiques qu'elle étudie à partir des archives médicales. Elle

fait notamment l'objet des travaux de N. Henckes¹⁰ et Y. Edel¹¹ qui ne concernent cependant pas l'histoire de la pratique thérapeutique spécifiquement. Notre travail de thèse s'inspire de celui de M. Hoheisel¹², qui étudie l'histoire de la pratique thérapeutique psychiatrique à l'Hôpital de la Charité de Berlin. Aucune étude concernant les pratiques thérapeutiques à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg à partir d'archives n'a encore été réalisée.

Afin d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche, la réalisation d'un panorama des thérapeutiques strasbourgeoises pour les diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie entre 1952 et 1982, s'articule en trois temps.

Une première partie rédigée à partir de sources primaires publiées et de sources secondaires, retraçant dans les grandes lignes les différents traitements constituant l'offre thérapeutique de 1952 à 1982. Cette première partie expose le paysage thérapeutique tel qu'il est décrit et connu de façon générale. Il est important de le connaître afin de définir les différents traitements retrouvés en psychiatrie pendant nos années d'étude et de situer l'offre thérapeutique strasbourgeoise dans ce paysage. Nous reprenons ainsi dans cette partie la naissance et l'évolution des différentes thérapeutiques en psychiatrie de notre période d'étude: les thérapies de choc, la pharmacologie et les psychothérapies.

¹⁰ HENCKES N., 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970*, Paris, école des hautes études en sciences sociales

¹¹ EDEL Y., 1985, *Les certificats de Clérambault 1905-1914 : contribution à l'étude clinique des phénomènes d'automatisme mental dans les certificats retrouvés aux archives de l'hôpital Henri Roussel*, Strasbourg, Faculté de médecine

¹² HOHEISEL M., 2011, *East-Side story: The standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955–1970*, *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences journal* homepage: www.elsevier.com/locate/shpsc

Dans une deuxième partie nous étudions deux variables impliquées dans la prise en charge thérapeutique : le diagnostic posé et le prescripteur. La première variable étudiée concerne les diagnostics posés, dont l'étude s'impose avant de parler de prise en charge thérapeutique. Nous appréhendons ainsi les trois diagnostics de notre étude d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Nous reprenons dans un premier temps un état des lieux diagnostique de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg établi par Julie Clauss dans son travail de thèse pour les années 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962¹³. Cette période était scellée d'une part par l'élaboration du concept de schizophrénie (Bleuler, 1911), d'autre part par l'ère du développement des premiers psychotropes (Largactil, 1952) et incluait les trois alternances Allemagne - France. Cet état des lieux est étendu aux années 1972 et 1982 selon la même méthodologie. Pour ces deux années, nous établissons le pourcentage de chacun des diagnostics posés à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg parmi leur ensemble. Ce travail a pour but de visualiser le paysage diagnostique de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg pour les années 1952, 1962, 1972 et 1982 et d'y situer quantitativement les trois diagnostics choisis pour notre étude: quant aux autres diagnostics posés (au sein de chaque année d'étude) mais aussi du point de vue de leur évolution au cours du temps (d'une année d'étude à l'autre). Les trois diagnostics sont ensuite explorés qualitativement, afin de comprendre à quelle définition clinique ils correspondent entre 1952 et 1982. Nous les illustrons chacun

¹³ J., 2015, *Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de l'introduction de la notion de schizophrénie à la Clinique Psychiatrique des hôpitaux de Strasbourg (1912-1962)*, Strasbourg, Faculté de médecine

par une observation médicale sélectionnée dans les dossiers de patients et les comparons ensuite aux données théoriques de l'époque. La deuxième variable étudiée concerne les différents prescripteurs de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982. Ces derniers sont représentés via des organigrammes réalisés à partir de notre source primaire et de données de la littérature. Ce travail permet de visualiser les prescripteurs à l'origine de la prise en charge thérapeutique ainsi que leur service de rattachement à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg.

Dans une troisième partie nous réalisons une étude descriptive rétrospective permettant d'établir le pourcentage des différentes thérapeutiques employées dans la prise en charge des diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie, pris indépendamment les uns des autres, pour un échantillon d'hospitalisations à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. Cette étude est réalisée à partir de notre source primaire pour quatre années au sein de notre période d'étude, soit une année par décennie: 1952, 1962, 1972 et 1982. Les résultats de cette étude nous permettent de répondre à la question de notre recherche pour ce travail, qui est de connaître en pratique le panorama des thérapeutiques à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982. Ils permettent également d'éclairer la problématique de départ concernant la négociation entre neurobiologie et psychanalyse dans la prise en charge thérapeutique psychiatrique.

I. L'offre thérapeutique en psychiatrie entre 1952 et 1982.

Pour commencer ce travail, il nous faut esquisser l'offre thérapeutique existante d'une façon générale entre 1952 et 1982. Cela doit nous permettre de mettre en perspective les résultats de l'étude menée dans notre travail de thèse, à savoir le panorama thérapeutique strasbourgeois pour la période allant de 1952 à 1982. Ce chapitre aborde successivement les traitements de choc, les traitements pharmacologiques et les traitements psychothérapeutiques. Pour chacune des thérapeutiques évoquées sont détaillées son émergence puis son évolution au cours de la période d'étude. Les données exposées sont issues d'articles ou d'ouvrages ayant trait à l'histoire de la psychiatrie.

1. Les traitements de choc.

1.1 La malariathérapie.

Wagner von Jauregg¹⁴ décrit la technique de l'impaludation, ou malariathérapie, en 1917. Cette découverte conclue une longue suite d'observations ayant montré l'effet favorable des maladies hyperthermiantes sur un certain nombre de maladies psychiatriques.

De 1900 à 1917, von Jauregg recherche quelle maladie infectieuse serait la plus efficace. L'inoculation du germe pathogène du paludisme lui paraît la

¹⁴ Wagner von Jauregg, 1857-1940, professeur de psychiatrie à Vienne.

méthode la moins dangereuse, la quinine pouvant contrôler les accès de fièvre. Le Plasmodium Vivax est ainsi inoculé au malade, ce qui entraîne un accès de fièvre, interrompu par l'administration de quinine¹⁵. L'effet thérapeutique de cette méthode est inconstant et temporaire pour les psychoses et von Jauregg en limite l'indication à la paralysie générale. Cette maladie disparaît avec l'introduction de la pénicilline dans les années 1940, ce traitement permettant de traiter la syphilis qui en est la maladie infectieuse étiologique.

1.2 L'insulinothérapie.

L'insulinothérapie est décrite définitivement par Manfred Sakel¹⁶ en 1933¹⁷, suite à l'observation fortuite d'un certain nombre de cas d'amélioration de la psychose sous l'effet de comas hypoglycémiques.

On notera que, déjà auparavant, l'insuline était utilisée à petites doses pour améliorer l'état général des toxicomanes à l'opium. La cure de Sakel, ou insulinothérapie, se caractérise par les principes suivants : des doses croissantes d'insuline sont administrées jusqu'à l'obtention d'un coma hypoglycémique, dont la réversion est assurée ensuite par un re-sucrage progressif. Une quarantaine de tels comas sont réalisés successivement, six jours par semaine. Cette méthode apparaît révolutionnaire car elle permet de proposer une approche psychothérapique aux patients schizophrènes. Bien qu'elle soit le seul traitement biologique de la schizophrénie avant le développement des neuroleptiques, son efficacité reste difficile à mesurer.

¹⁵POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.410

¹⁶ Manfred Sakel, 1900-1957, psychiatre et neurophysiologiste polonais.

¹⁷POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.411

1.3 La psychochirurgie.

La psychochirurgie reste associée à la figure d'Egas Moniz¹⁸ qui réalise en 1935 la première lobectomie frontale chez l'homme. Il fonde sa technique sur l'espoir que de nouvelles connexions nerveuses puissent apparaître entre le lobe frontal et le reste du cerveau. Il reçoit le prix Nobel de physiologie et médecine en 1949.

La mise au point de sa technique s'inscrit dans la lignée de différents travaux remontant à la fin du XIXe siècle. En 1888, Gottlieb Burckhardt¹⁹ réalise la première lobectomie pour le traitement de pathologies psychiatriques. En 1910, Ludovicus Puusepp²⁰ effectue des sections du cortex entre les lobes frontaux et pariétaux chez des patients maniaco-dépressifs. Après Moniz, en 1936, Walter Freeman et James Watts²¹ introduisent la lobectomie aux Etats-Unis. Par la suite, à partir de 1946, Freeman diffuse la lobectomie transorbitale basée sur la technique développée par Amaro Fiamberti²². Cependant, l'arrivée de la chlorpromazine en 1952 dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique tend à remplacer rapidement la psychochirurgie. Cette pratique reste alors limitée à certains centres. Bien qu'elle soit en déclin, sa technologie évolue avec le développement de techniques plus sûres, plus efficaces et moins invasives telles que la chirurgie stéréotaxique et les ablations radioactives non invasives dont la première est réalisée en 1958 en Suède. Plus tard, en

¹⁸ Egaz Moniz, 1874-1955, psychiatre portugais.

¹⁹ Gottlieb Burckhardt, 1836-1907, psychiatre suisse.

²⁰ Ludovicus Puusepp, 1875-1942, chirurgien estonien.

²¹ Walter Freeman, 1895-1972, médecin américain, James Watts, 1904-1994, neurochirurgien américain.

²² Amaro Fiamberti, 1894-1970, psychiatre italien.

1967, la technique de thermo-coagulation par radiofréquence sera mise au point. Dans les années 1970, la neuro imagerie permet de localiser de façon non invasive les régions cérébrales et rend compte des conséquences du traitement par psychochirurgie. Elle conduira au développement des stimulations cérébrales, non ablatives et non destructives²³, dont les deux plus utilisées seront la stimulation transcrânienne magnétique et la stimulation à courant continu.

1.4 L'électro convulsivothérapie.

L'électro-convulsivothérapie apparaît dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique à la fin des années 1930. Ce traitement est d'abord mis en œuvre chez des patients schizophrènes mais progressivement il se révèle plus efficace pour soigner la dépression et la mélancolie²⁴.

C'est en 1938 que Cerletti et Bini²⁵ rapportent le premier cas d'électrochoc appliqué à l'homme. La découverte de ces deux psychiatres conclut de longs travaux expérimentaux réalisés sur l'animal. Deux électrodes sont appliquées au niveau de la tête, ceci annulant tout risque d'arrêt cardiaque et assurant la sécurité du patient²⁶. Le passage d'un courant électrique entre ces deux électrodes déclenche artificiellement des crises d'épilepsie. Utilisée dans un premier temps sans discrimination ni précaution, et parfois comme moyen punitif, l'électro convulsivothérapie se pratique à partir des années 1940 sous anesthésie générale et curarisation. Ce

²³ AARON ROBISON R. and al, 2012, *Surgery of the Mind, Mood and Conscious State : An Idea in Evolution*, World Neurosurgery, Vol. 77, Issue 5-6, p. 662-686, http://ac.els-cdn.com.scd-rproxy.ustrasbg.fr/S1878875013009406/1-s2.0-S1878875013009406-main.pdf?_tid=810eee600bb9-11e7-8c13-00000aab0f01&acdnat=1489827882_714c88a0e1c86965d8e8bd571b5e664b

²⁴ MONCRIEFF J., 2008, *The creation of the concept of an antidepressant : An historical analysis*, Social science & Medicine, 66 (2008) 2346-2355

²⁵ Ugo Cerletti, 1877-1963 et Lucio Bini, 1908-1964, psychiatres et neurologues italiens.

²⁶ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit*, P.412

nouveau traitement remplace rapidement les thérapies à base de substances épileptogènes telles que le cardiazol et fait disparaître progressivement les cures insuliniques de Sakel. En France, la mise au point par Marcel Lapipe et Jean-Jacques Rondepierre²⁷ en 1941 de sismothères²⁸ d'utilisation facile et transportables, amplifie la diffusion de la technique. Les premiers essais des électro-convulsivothérapies sont effectués dès 1942 et concernent les malades les plus graves. A partir de 1952, les effets thérapeutiques et la toxicité de la méthode étant connus, on s'attache plus particulièrement à en définir les indications spécifiques et à en préciser la place au sein de l'arsenal thérapeutique psychiatrique²⁹. C'est en 1952 qu'Henri Ey³⁰ intervient lors d'un congrès à la Société Médico-Psychologique au cours d'un exposé sur la place des électrochocs dans le traitement des troubles de l'humeur³¹.

2. La pharmacologie.

Au cours des années 1950, la révolution psychopharmacologique conduit à l'introduction de classes pharmacologiques majeures dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique. Il s'agit des neuroleptiques, des anxiolytiques (et hypnotiques), des antidépresseurs et des stabilisateurs de l'humeur.

²⁷ Médecins français travaillant à l'hôpital de Ville-Evrard.

²⁸ Appareil à électrochocs qui par le biais de branchements électriques alimente les deux électrodes. Un tableau permet de réguler la tension et le temps de la décharge électrique (en secondes).

²⁹ MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin, P.305-317

³⁰ Henri EY, 1900-1977, psychiatre français.

³¹ EY H., BURGUET J., 1952, *Action des électrochocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. Etude statistique*, communication à la Société Médico-Psychologique

2.1 Les neuroleptiques.

Le nom de neuroleptiques est donné à la chlorpromazine et aux molécules apparentées pour souligner l'action neurologique caractéristique de ce nouveau groupe de médicaments³². La chlorpromazine ou 4560 RP de son nom de cote, est reconnue comme étant le premier neuroleptique. Le nom qui lui est attribué, « Largactil® », rappelle son large spectre d'action.

En 1883, Heinrich August Bernthsen³³ découvre le squelette de la molécule, constitué par le noyau phénothiazinique³⁴. La chlorpromazine est ensuite synthétisée par le chimiste Paul Charpentier et étudiée en pharmacologie dans les laboratoires Rhône-Poulenc. Puis, Henri Laborit³⁵, chirurgien des armées qui est à la recherche d'outils capables de prévenir le choc opératoire, en fait l'essai. Il découvre les propriétés sédatives de ce dérivé des antihistaminiques³⁶ et conclut sa publication de 1951 par l'observation d'un effet de désintéressement pouvant évoquer une « lobotomie pharmacologique ». Il précise alors que cette découverte peut avoir un intérêt en psychiatrie. Dans ce contexte, le produit est mis à la disposition des équipes psychiatriques. En février 1952, les psychiatres militaires du Val-de-Grâce à Paris rapportent devant la Société Médico-Psychologique un cas de manie traité par électrochoc, penthotal³⁷ et 4560 RP. Dans cette communication, ils expliquent que « le 4560 RP est un corps chimique dérivé de la dibenzo-parathiazine dont la structure est

³² MASSON M., 2013, *Op.Cit.*, P.337-357

³³ Heinrich August Bernthsen, 1855-1931, chimiste allemand.

³⁴ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.414

³⁵ Henri Laborit, 1914-1995, chirurgien et neurobiologiste français.

³⁶ HOCHMANN J., 2004/2015, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, P.96

³⁷ Substance hypnotique utilisée en anesthésie, couramment appelée « sérum de vérité ».

voisine de celle de la diéthazine (Diparcol®) et de l'éthopropazine (Pardisol®)³⁸. C'est un ganglioplégique, un sympatholytique et, à moindre degré, un vagolytique »³⁹. Ils concluent à l'effet de stabilisateur végétatif et potentialisateur de la chlorpromazine qui, associée à un analgésique ou un barbiturique, provoque une sédation de l'agitation maniaque. Jean Delay⁴⁰ et l'un de ses élèves, Pierre Deniker⁴¹, alors qu'ils s'intéressent aux outils chimiques capables d'avoir un impact sur les symptômes psychiques et les comportementaux des maladies mentales, vont porter leur attention sur la chlorpromazine. En 1952, ils apportent la démonstration de l'efficacité de cette dernière sur certains de ces symptômes et au cours de mai de la même année, à l'occasion du centenaire de la Société Médico-Psychologique, ils proposent le principe de la cure neuroleptique. Le produit est alors utilisé seul, sans chercher à réaliser une cure de sommeil ou une hibernation et sans association à des hypnotiques ou des analgésiques⁴². Ainsi, à l'hôpital Saint-Anne sous la responsabilité de Deniker, trente-huit patients atteints de symptômes psychotiques reçoivent quotidiennement le 4560 RP à la dose de 75 à 150 mg/j. Selon eux, « l'indifférence apparente ou le retard de la réponse aux stimulations extérieures, la neutralité émotionnelle affective, la diminution de l'initiative et des préoccupations sans altération de la conscience vigile ni des facultés intellectuelles constituent le syndrome psychique du traitement »⁴³. En 1957, Delay et Deniker proposent une définition des

³⁸ Diparcol et Pardisol sont des antiparkinsoniens de synthèse.

³⁹ HAMON J., PARRAIRE J., VELLUZ J., 1952, *L'action du 4560 RP sur l'agitation maniaque*, *Annales Médico Psychologiques*, Paris, Elsevier Masson

⁴⁰ Jean Delay, 1907-1987, psychiatre français, nommé chef de service à Saint-Anne en 1946.

⁴¹ Pierre Deniker, 1917-1998, psychiatre français.

⁴² MASSON M., 2013, 24 *Op.Cit* P337-357

⁴³ DELAY J., DENIKER P., 1952, *38 cas de psychoses traités par la cure prolongée et continue de 4560 RP*, *Compte Rendu du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes Français*, 50 :503-513

neuroleptiques : traitements ayant une action psycholeptique sans action hypnotique, une action inhibitrice à l'égard de l'excitation, de l'agitation, de l'agressivité réduisant les états maniaques, une action réductrice vis-à-vis de certaines psychoses aiguës et chronique et vis-à-vis des psychoses expérimentales, induisant des manifestations psychomotrices, neurologiques et neurovégétatives et ayant une prédominance d'action sur les centres sous corticaux⁴⁴. En 1957, Laborit et Deniker partagent le prix Lasker⁴⁵ pour cette découverte qui est perçue par la suite comme une rupture radicale de paradigme entraînant des bouleversements au niveau thérapeutique, physiopathologique et sociétaux. L'action anti-dopaminergique des neuroleptiques n'est démontrée qu'en 1962 et les connaissances quant à leur mécanisme d'action s'enrichissent encore par la suite. Ainsi émerge une seconde génération de molécules plus actives et mieux tolérées sur le plan neurologique appelées antipsychotiques atypiques. Les neuroleptiques permettent la réintégration institutionnelle de la psychiatrie au sein de la structure médicale et ouvrent en pratique un espace et des possibilités de psychothérapie, qui seraient inconcevables sans eux⁴⁶.

2.2 Les anxiolytiques et hypnotiques.

Les tranquillisants, appelés communément les anxiolytiques, constituent une classe majeure de psychotropes au cours de la période 1952-1982. Ces

⁴⁴ DELAY J., DENIKER P., 1961, *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie*, Paris, Masson

⁴⁵ Prix international récompensant des personnalités de la recherche médicale clinique et fondamentale, considéré comme l'antichambre des prix Nobels de physiologie ou médecine.

⁴⁶ SWAIN, G., 1987/5, Chimie, cerveau, esprit et société, paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale, « Le débat », n°47, p. 172-183, Paris, Gallimard

derniers apparaissent après la découverte des neuroleptiques. La confirmation de l'effet tranquillisant de la chlorpromazine va encourager la recherche pharmacologique à mettre au point des molécules efficaces sur l'anxiété : le méprobamate (Equanil®), de la famille des carbamates, en 1955 et la première benzodiazépine, le chlordiazepoxide en 1960. Avant les années 1950, les traitements pharmacologiques de l'anxiété sont limités à quelques médicaments dont les effets restent restreints. Ces traitements, essentiellement sédatifs, sont entre autre l'alcool, les sels d'opium, des plantes narcoleptiques, les bromides et les barbituriques (dont le plus connu est le Luminal®). Ils ont des inconvénients qui sont notamment leur toxicité et le risque élevé de dépendance.

Le méprobamate est synthétisé en 1950 par Frank M. Berger⁴⁷ qui travaille pour la compagnie pharmaceutique Wallace Laboratories. Il représente le premier traitement étiqueté comme anxiolytique, après sa validation par la Food and Drug Administration⁴⁸ en 1955. Ses trois caractéristiques pharmacologiques sont la myorelaxation, l'effet anticonvulsivant et l'effet tranquillisant. Ces effets restent cependant limités incitant la poursuite de la recherche dans le domaine du traitement de l'anxiété pour mener à la découverte des benzodiazépines.

La figure de Léo Henryk Sternbach⁴⁹ est fortement liée à cette découverte. Ce pharmacologue austro-hongrois travaille en Suisse et aux Etats-Unis pour le laboratoire Hoffmann-LaRoche. La récente commercialisation de la chlorpromazine en France et sa structure chimique tricyclique

⁴⁷ Frank M. Berger, 1913-2008, microbiologiste et pharmacologue tchèque ayant immigré au Etats-Unis.

⁴⁸ Administration américaine des données alimentaires et des médicaments qui a, entre autre, le mandat d'autoriser la commercialisation des médicaments sur le territoire des Etats-Unis.

⁴⁹ Léo Henryk Sternbach, 1908-2005, pharmacologue austro-hongrois.

conduisent Sternbach à se demander si quelques modifications de la chaîne latérale du composé tricyclique sur lequel il travaille (l'heptoxdiazine), pourraient permettre l'obtention d'effets identiques à ceux de la chlorpromazine. Quand le directeur de la recherche pharmacologique à Roche étudie les effets de ce nouveau composé, il confirme qu'ils sont supérieurs à ceux du méprobamate en terme d'effets anxiolytiques mais aussi myorelaxants et sédatifs. Ce nouveau tranquillisant connu brièvement sous le nom de méthaminodiazepoxide, va rapidement prendre le nom de chlordiazepoxide et devenir le premier médicament de la famille des benzodiazépines. Le chlordiazepoxide est autorisé par la Food and Drug Administration en 1960. Il est alors commercialisé sous le nom de Librium®. La simplification de la structure chimique du chlordiazepoxide mène à la création d'autres molécules telles que le diazépam (Valium®) en 1963. Une troisième génération de benzodiazépines voit le jour à la fin des années 1970, incluant l'alprazolam (Xanax®), utilisé essentiellement comme anxiolytique, et le triazolam (Halcion®), utilisé essentiellement comme hypnotique. De nombreuses benzodiazépines ainsi que des molécules apparentées sont synthétisées depuis 1960 par Hoffmann-LaRoche et d'autres compagnies pharmaceutiques et sont utilisées pour leur effet anxiolytique et hypnotique⁵⁰.

⁵⁰ LOPEZ-MUNOZ F., 2011, *The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines : Half a century of anxiolytic drugs*, journal of anxiety disorders, Madrid, Elsevier, http://ac.els-cdn.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/S0887618511000077/1-s2.0-S0887618511000077-main.pdf?_tid=dd4f5248-0bd0-11e7-96f3-00000aacb35f&acdnat=1489837915_2b59a98842b792c15053abb69d2b694b

2.3 Les antidépresseurs.

Dans les années 1950 sont mis au point deux traitements antidépresseurs spécifiques : l'iproniazide et l'imipramine. Tandis que le premier est une hydrazine inhibiteur de la monoamine oxydase, utilisé dans le traitement de la tuberculose, le second est un iminodibenzyl, premier traitement de la famille des antidépresseurs tricycliques. Avant ces découvertes, le traitement de la dépression est représenté par la teinture d'opium, introduite à la fin du 19^e siècle par Emil Kraepelin⁵¹. Dans le cadre de cette thérapeutique, une dose croissante d'opium est donnée aux patients sur une durée de trois semaines. Cependant, l'efficacité de ce traitement n'a pas pu être prouvée et il est abandonné avec l'introduction de l'iproniazide et de l'imipramine apparaissant en 1957.

Dans les années 1950, l'iproniazide se révèle avoir des effets stimulants et spécifiques pour la dépression. Il s'agit d'un dérivé de l'isoniazide, un traitement antituberculeux, synthétisé en 1951 par le chimiste Herbert Fox⁵² qui travaille alors pour les laboratoires Roche. Les traitements antituberculeux utilisés pour soigner la dépression sont initialement considérés comme des stimulants et sont connus pour provoquer des effets secondaires d'allure psychiatrique semblables à ceux des amphétamines. Dans une publication de 1956, George Crane⁵³ s'attarde sur les effets de l'iproniazide et des amphétamines et pointe la fréquence accrue de signes tels que l'hyperactivité, l'insomnie, l'agitation et des tendances

⁵¹ Emil Kraepelin, 1856-1926, psychiatre allemand.

⁵² Herbert Fox, 1903-1993, chimiste allemand.

⁵³ George Crane, 1901-1995, psychologue et physicien américain.

paranoïaques. C'est également en 1957 que Nathan Kline⁵⁴ élabore le concept de psychostimulant selon lequel l'iproniazide et les médicaments similaires stimulent l'esprit sans stimuler le corps. Il associe cet effet de stimulation psychique à l'inhibition de la monoamine oxydase, découverte en 1952⁵⁵. Constatant l'euphorie de certains patients tuberculeux traités par l'isoniazide et la dépression de patients hypertendus traités par réserpine⁵⁶, l'hypothèse est faite que l'inhibition de la monoamine oxydase (sur laquelle les deux molécules ont une action), a un effet antidépresseur entraînant une augmentation de sérotonine et de noradrénaline dans le cerveau. L'iproniazide est le premier traitement antidépresseur reconnu comme agissant spécifiquement sur la maladie dépressive et les inhibiteurs de la monoamine oxydase sont pendant un temps le traitement principal de la dépression. Cependant, à partir du milieu des années 1960, ce traitement est de moins en moins utilisé du fait de ses effets secondaires, tels que l'hépatotoxicité et les crises hypertensives.

Le second antidépresseur mis au point dans les années 1950 est l'imipramine, prototype des antidépresseurs tricycliques. Contrairement à l'iproniazide, ce traitement n'est pas un psychostimulant. Sa structure chimique étant proche de celle de la chlorpromazine, il a des effets sédatifs et n'entraîne pas d'exaltation. Roland Kuhn⁵⁷ est le premier à rapporter son efficacité dans le traitement de la dépression. Il administre d'abord l'imipramine à des patients schizophrènes. Beaucoup de ces patients présentent alors une agitation et quelques-uns deviennent euphoriques, ces

⁵⁴ Nathan Kline, 1916-1983, psychopharmacologue américain.

⁵⁵ BAN T.A., 2001, *Pharmacotherapy of depression : a historical analysis*, Journal of Neural Transmission, 108 : 707-716

⁵⁶ La réserpine est un alcaloïde qui à faibles doses est hypotenseur.

⁵⁷ Roland Kuhn, 1912-2005, psychiatre suisse.

deux effets étant alors attribué à l'imipramine⁵⁸. Une étude contre placebo permet à Kuhn de conclure à l'efficacité de l'imipramine dans la dépression. Des recherches futures sur l'imipramine attirent l'attention sur ses actions pharmacologiques multiples telles que antihistaminique, anticholinergique, noradrénergique et sérotoninergique, sans que son effet antidépresseur ne puisse être expliqué. Ce n'est que plus tard qu'il sera établi que l'imipramine reverse les effets de la réserpine (sédation, hypothermie, ptosis, diarrhée) entraînant ainsi une augmentation de la sérotonine et de la noradrénaline. Des tests de réversibilité à la réserpine conduisent à mettre en évidence la désipramine, le métabolite de l'imipramine, et à démontrer son effet antidépresseur, en lien avec la sérotonine.

La découverte de l'iproniazide et l'imipramine a contribué de façon double au développement de la psychiatrie. A un niveau médical et social, elle a constitué un changement authentique dans les soins psychiatriques des patients dépressifs, tandis qu'à un niveau purement pharmacologique, elle a été un outil indispensable de la recherche en neurobiologique, permettant la formulation d'hypothèses étiopathogéniques des troubles dépressifs. L'introduction de la fluoxétine (Prozac®), inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, à la fin des années 1980, marque l'apparition de nouvelles classes d'antidépresseurs. L'iproniazide et l'imipramine sont ainsi remplacés par les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine⁵⁹.

⁵⁸ MONCRIEFF J., 2008, *Op.Cit.*

⁵⁹ BAN T.A., 2001, *Pharmacotherapy of depression : a historical analysis*, Journal of Neural Transmission, 108 : 707-716

2.4 Le lithium et les autres stabilisateurs de l'humeur.

2.4.1 Le lithium.

Le lithium est utilisé à faibles doses depuis 1860, en particulier pour le traitement de la goutte, des calculs urinaire et des pathologies dites arthritiques. C'est en observant la grande solubilité de l'urate de lithium que Alfred Baring Garrod⁶⁰ prescrit son emploi comme solvant dans ces différentes pathologies. Très rapidement, ce traitement se répand et est utilisé sous forme de Bromure dans l'épilepsie⁶¹.

En 1949, John Cade⁶² fait l'hypothèse qu'un composé toxique est à l'origine des accès maniaques. Dans ce contexte, il injecte des urines de maniaque à un cobaye non malade et observe que ces urines sont plus toxiques que celles de sujets normaux. L'administration d'urate de lithium protège quant à elle les cobayes maniaques d'un excès d'urée alors que son injection à des cobayes non maniaques provoque une léthargie. Ces expériences mettent en évidence un effet protecteur du lithium vis-à-vis des accès de la psychose maniaco-dépressive et donnent lieu à de nombreux travaux et controverses⁶³. Une communication est faite par Despinoy et Romeuf⁶⁴ en 1951 lors du congrès des aliénistes et neurologistes de langue française à Rennes. En 1954, Jean Carrère et Melle Pochard⁶⁵ publient dans les *Annales Médico-Psychologiques* des

⁶⁰ Alfred Baring Garrod, 1819-1907, physicien anglais.

⁶¹ SIVADON P., CHANOIT P., 1955, *L'emploi du lithium dans l'agitation psychomotrice à propos d'une expérience clinique*, *Annales Médico Psychologiques*

⁶² John Cade, 1912-1980, psychiatre australien.

⁶³ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.P.416*

⁶⁴ Despinoy est le médecin chef des hôpitaux de la Seine, Romeuf est l'un de ses collègues.

⁶⁵ Jean Carrère, 1911-1979, psychiatre et neuropsychiatre, médecin chef des Hôpitaux psychiatrique de la Seine en 1976, Melle Pochard, médecin psychiatre

observations de patients souffrant d'excitation psychomotrice et traités par le citrate de lithium. La même année, cette publication française est citée dans la première étude contrôlée contre placebo⁶⁶, menée par Mogens Schou⁶⁷ : sur trente-huit patients maniaques, quatorze tirent un bénéfice incontestable des sels de lithium et dix-huit un effet possible⁶⁸. L'année suivante, deux publications françaises corroborent ces résultats : l'étude de Paul Sivadon et Pierre Chanoit⁶⁹ et celle de Teulié, Follin et Bégoin, trois médecins français, concluent à l'efficacité des sels de lithium dans le traitement curatif de l'excitation psychomotrice chez 80% des patients maniaques. Pour ces auteurs, les sels de lithium constituent un traitement de choix de la crise maniaque. Cependant, ce traitement n'est pas sans inconvénients. Il s'agit d'un traitement symptomatique et son arrêt entraîne une rechute dans tous les cas observés. Par ailleurs, des effets toxiques voire létaux sont observés suite à un traitement prolongé ou à l'administration de doses élevées faisant suspendre son usage thérapeutique. Cette interdiction durera jusqu'en 1970 aux Etats-Unis. Puis les travaux de Schou sur le contrôle de la lithémie relancent l'intérêt pour le traitement par le lithium qui devient le premier thymorégulateur. Schou présente ses travaux lors du IV^e Congrès Mondial de Psychiatrie en 1966 à Madrid et reçoit le premier prix Lasker pour la recherche clinique en 1987⁷⁰.

⁶⁶ Schou and al, 1954, the treatment of manic psychoses by the administration of lithium salts, *J Neurol Neurosurg Psychiatr*, 17 :250-60

⁶⁷ Mogens Schou, 1918-2005, psychiatre danois.

⁶⁸ MASSON M., 2013, *Op.Cit.* P.317-337

⁶⁹ Paul Sivadon, 1907-1992, dirige le centre de traitement et de réadaptation sociale (CRTS), Pierre Chanoit est son adjoint.

⁷⁰ MASSON M., 2013, *Op.Cit.*, P.317-337

2.4.2 Les autres stabilisateurs de l'humeur.

En 1966, Pierre A. Lambert⁷¹ met en évidence l'action stabilisatrice de l'humeur de certains antiépileptiques. Il fait cette découverte lors d'expérimentations sur les propriétés anti-convulsivante de l'acide N-dipropyl-acétique et de ses dérivés dans le laboratoire de pharmacologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Grenoble. En observant les malades neuroleptisés présentant des troubles extrapyramidaux, il constate une atténuation de la raideur musculaire et du tremblement des extrémités sous l'effet du valpromide (Dépamide®). Le produit est également utilisé chez des patients qualifiés de « caractériels » et présentant une impulsivité, une irritabilité et une labilité de l'humeur. Chez ces derniers, l'association du Dépamide® à de faibles doses de neuroleptiques permet d'obtenir des résultats positifs dans la stabilisation de l'humeur⁷². Cette découverte ouvre la voie à l'expérimentation puis à l'utilisation de certains anticonvulsivants dans la prise en charge médicamenteuse des troubles thymiques⁷³.

2.5 Les cures d'antabuses.

Ces cures au disulfirame ou Espéral® sont introduites à la fin des années 1940. Elles ont pour but de rendre l'organisme intolérant à l'alcool. L'administration de l'Espéral® est associée à une administration d'alcool,

⁷¹ Pierre A. Lambert, 1921-2009, psychiatre français.

⁷² LAMBERT P.-A., CARRAZ G., BORSELLI S., CARREL S., 1966, *Action neuro-psychotrope d'un nouvel antiépileptique : le dépamide*, exposé à la Société Médico-Psychologique de Paris

⁷³ MASSON M., 2013, *Op.Cit.*, P.317-337

ce qui provoque des effets secondaires désagréables à type de flush, céphalées, poussées hypertensives, nausées, vomissements. Après une exposition répétée, le patient développe un réflexe conditionné censé le rendre intolérant à l'alcool. Ces cures sont progressivement abandonnées car aucune preuve ni de leur efficacité et ni de leur innocuité n'est alors fournie. La prévention du delirium tremens quant à elle se fait par une association de chloral et d'aldéhyde⁷⁴.

Les traitements de choc et la pharmacologie ne constituent qu'une partie du traitement en psychiatrie qui comprend également une dimension psychologique et sociale⁷⁵. La dimension psychologique est représentée par la psychanalyse, les autres psychothérapies et la psychothérapie institutionnelle, que nous décrivons ci-dessous. La dimension sociale correspond à des courants de pensée ayant réfléchi à l'organisation globale des soins psychiatriques. Cette dimension ne faisant pas partie de l'offre thérapeutique à proprement parler, nous ne l'avons pas détaillée ici⁷⁶.

⁷⁴ PFLEGER G., 2010, *Op.Cit.*P.150

⁷⁵ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.407

⁷⁶ Nous pouvons cependant préciser que le mouvement de l'antipsychiatrie et la politique de sectorisation en faisaient partie.

3. Les psychothérapies.

3.1 La psychanalyse.

La psychanalyse, ou technique psychanalytique, est inventée par Sigmund Freud⁷⁷ pour faciliter la verbalisation de ce qui est pour le sujet inaccessible, parce que refoulé⁷⁸. Dans l’Abrégé de psychanalyse, publié en 1946, Freud rassemble les doctrines de la psychanalyse afin d’en donner un exposé dogmatique⁷⁹. Retracer l’histoire de la psychanalyse, consisterait tout d’abord à retracer l’histoire de la découverte Freudienne⁸⁰. Mais notre sujet portant sur les thérapeutiques, nous ne parlons ici de la psychanalyse qu’en tant que pratique thérapeutique. Nous définissons ainsi les sociétés psychanalytiques qui précisent les règles de la psychothérapie analytique (ou cure analytique). Nous abordons ensuite la formation des analystes. Enfin, nous décrivons la technique psychothérapique analytique et les aménagements possibles de cette technique.

❖ Les sociétés psychanalytiques.

Une bonne clinique ne peut se concevoir si ne sont discutées et précisées les règles de la cure. Freud publie sur ces problèmes une série d’articles qui sont ensuite réunis en français sous le titre *La technique*

⁷⁷ Sigmund Freud, 1856-1939, neurologue autrichien, fondateur de la psychanalyse.

⁷⁸ CHEMAMA, R., 1993, *dictionnaire de la psychanalyse*, Référence Larousse, science de l’Homme, Paris, Larousse

⁷⁹ FREUD, S., 1949/1992, *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, (*Abriss der psychoanalyse*, 1946, Londres, Imago Publishing C°, traduit de l’Allemand par Berman A.), P. 3

⁸⁰ PERRON R., 1988/2014, *Histoire de la psychanalyse*, Que sais-je ?, Paris, Presses Universitaires de France, P.8

*psychanalytique*⁸¹. Par la suite, est créée l'Association Psychanalytique Internationale (API), lors du 2^e congrès international de psychanalyse, à Nuremberg, en 1910. Cette association a pour objectif de veiller au respect des règles techniques et de la déontologie ainsi que de veiller à la cohérence de la doctrine. L'API définit la psychanalyse de la façon suivante: « le terme de psychanalyse se rapporte à une théorie de la structure et du fonctionnement de la personnalité, à l'application de cette théorie dans d'autres domaines de la connaissance, et, enfin, à une technique psychothérapique scientifique. Cet ensemble de connaissance repose sur les découvertes psychologiques fondamentales de Sigmund Freud, qui sont à son origine. ». L'API est également chargée de coordonner les sociétés psychanalytiques nationales, qui apparaissent dans différents pays depuis 1908, et d'assurer le bon développement du mouvement psychanalytique dans le monde⁸². En France, la Société Psychanalytique de Paris (SPP) est créée en 1926. En 1953, une rupture s'effectue au sein de la SPP, après la démission de plusieurs membres (dont Juliette Favez-Boutonnier⁸³, Françoise Dolto⁸⁴ et Daniel Lagache⁸⁵). Deux sociétés indépendantes de la SPP sont créées par la suite : la Société Française de Psychanalyse (SFP) en 1953, dont Jacques Lacan⁸⁶ est le représentant, et l'Institut de Psychanalyse en 1954, dont Sacha Nacht⁸⁷ est le représentant. La SFP est reconnue par l'API. En 1964, Lacan démissionne de la SFP et crée l'École Freudienne de Paris. La SFP se

⁸¹ Ces textes écrits avant 1920 par Freud ont été choisis et rassemblés par Daniel Lagache en 1953. Elles ont été republiées en 2013 aux éditions Presses Universitaires de France.

⁸² PERRON R., 1988/2014, *Op.Cit*, P. 43

⁸³ Juliette Favez-Boutonnier, 1903-1994, psychanalyste française.

⁸⁴ Françoise Dolto, 1908-1998, psychanalyste française.

⁸⁵ Daniel Lagache, 1903-1972, psychanalyste français.

⁸⁶ Jacques Lacan, 1901-1981, psychiatre psychanalyste français.

⁸⁷ Sacha Nacht, 1900-1977, psychanalyste français.

rebaptise alors Association Psychanalytique de France (APF) et est aussi reconnue par L'API. En 1969 se forme le Quatrième Groupe, association non reconnu par l'API. L'école Freudienne est dissoute par Lacan lui-même pour donner naissance à l'Ecole de la Cause Freudienne en 1980. Au final, les deux sociétés psychanalytiques reconnues par l'API et qui respectent les règles qu'elle édicte quant à la formation des analystes et à la pratique de l'analyse sont la SPP et l'APF⁸⁸. Parallèlement à ces sociétés, un deuxième type d'institutions s'inscrit explicitement dans le monde médical à partir des années 1920: il s'agit des centres de soins ou « policliniques » où sont conduites des cures analytiques ou des thérapies qui s'en inspirent dans leur démarche thérapeutique⁸⁹.

La formation des analystes est ainsi définie par l'API, de même que la technique psychothérapique analytique.

❖ La formation des analystes.

Dans les années 1952 à 1982, la procédure de formation des analystes est définie par l'API⁹⁰. Le sujet souhaitant devenir analyste en France doit suivre une psychanalyse personnelle, en pratique avec un membre de la SPP. Quand l'analyse personnelle est suffisamment avancée, le futur analyste peut poser officiellement sa candidature à une formation. Il est reçu en entretien individuel par trois membres de la commission du cursus qui rendent leur avis après délibération. L'analyste du postulant est exclu de cet entretien. Si le futur analyste est accepté, il est autorisé à

⁸⁸ PERRON R., 1988/2014, *Op.Cit.*, P.116

⁸⁹ PERRON R., 1988/2014, *Op.Cit.*, P. 62

⁹⁰ PERRON R., 1988/2014, *Op.Cit.*, P. 118

entreprendre deux analyses en supervision, sur une durée de trois à cinq ans. Il doit fréquenter un certains nombres de séminaires ou de groupes de travail qu'il choisit librement. Ensuite, en accord avec ses superviseurs, il peut demander la clôture ou la validation de son cursus. Si l'agrément lui est donné, il peut ensuite solliciter son admission, par élection, au titre de membre de la SPP. Ces règles de formation édictées par l'API ne font pas l'unanimité. Ainsi par exemple, la rupture de la SPP en 1953 vient suite à un désaccord entre Nacht et Lacan. Nacht conçoit la formation psychanalytique comme universitaire et médicale et comme une pratique thérapeutique réservée aux médecins alors que Lacan y voit une formation personnelle, une recherche de soi où la guérison ne vient que de surcroît⁹¹. A noter que pour Freud, les non-médecins doivent pouvoir devenir analystes, sans discrimination. Selon lui, l'analyse est thérapeutique mais elle est aussi une psychologie et elle a son rôle à jouer dans de très larges secteurs tels que les sciences humaines et la culture.

❖ La technique psychothérapique analytique.

Freud distingue trois niveaux pour définir la psychanalyse. Il s'agit d'abord de « la théorie que l'on ne peut extraire que de l'expérience psychanalytique ». Il s'agit ensuite de « la méthode d'exploration du fonctionnement psychique », le sujet étant invité à dire à voix haute et sans restriction ce qui lui vient à l'esprit. Il s'agit enfin de « la méthode psychothérapique qui découle de cette exploration » : le psychanalyste se

⁹¹ PERRON R., 1988/2014, *Op.Cit.*, P.113

sert de l'interprétation pour démêler les conflits inconscients dont le patient souffre et qui se traduisent en symptômes⁹². Quand Freud commence les cures psychanalytiques, il définit un cadre particulier, à savoir le dispositif fauteuil-divan, et un rythme, à savoir une séance quotidienne d'une heure tous les jours soit cinq à six séances par semaine. Après la guerre, le rythme de la cure est revue et consiste en une séance de trois quart d'heure trois à quatre fois par semaine. Lors de sa pratique, Lacan propose des séances de durée variable⁹³. De façon générale, une cure analytique s'initie par une demande de la part de l'analysant. S'en suit une évaluation par l'analyste qui pose l'indication de cette procédure thérapeutique. Parfois, la configuration classique fauteuil-divan peut ne pas être indiquée et l'analyste propose des entretiens en face à face ou un psychodrame analytique voire redirige la demande dans une voie qu'il estime plus appropriée. Si la psychanalyse est indiquée, et que l'accord se fait avec l'analysant, le cadre est défini quant au lieu, invariable, à l'horaire, choisi par consentement mutuel mais qui est conservé ensuite aussi stable que possible, quant à la fréquence des séances qui est généralement de trois à quatre séances par semaine et d'une durée de trois quart d'heure, et quant aux honoraires⁹⁴, permettant à l'analyste de remplir sa fonction au service de l'association libre⁹⁵.

A partir des années 1950, la psychanalyse est le chemin quasi obligé de la formation des psychiatres et cette conception prend de l'ampleur en psychiatrie. Elle influence une large partie de la psychothérapie

⁹² ALBERTI C., SAURET M.-J., 1996/2013, *La psychanalyse*, éditions Milan, Toulouse, P.50

⁹³ PERRON R., 1988/2014, *Op.Cit. P. 123-124*

⁹⁴ PERRON R., 1988/2014, *Op.Cit. P. 120-124*

⁹⁵ ALBERTI C., SAURET M.-J., 1996/2013, *Op.Cit.P. 52*

institutionnelle et les psychothérapies individuelles de schizophrènes. Les indications de cures types restent cependant limitées et des aménagements sont faits.

❖ Les aménagements de la psychothérapie analytique.

Le psychodrame en est un exemple, inventé par Jacob Levy Moren⁹⁶ et adapté par des psychanalystes tels que Serge Lebovici⁹⁷ et René Diatkine⁹⁸, il devient un outil important en psychiatrie. Des psychothérapies de groupe prennent également place au sein des institutions. Les psychothérapies familiales, développées par des psychiatres américains de formations psychanalytiques pour la plupart, proposent des séances hebdomadaires aux membres d'une famille vivant sous le même toit.

La psychanalyse doit faire face à un certain nombre de défis théoriques et pratiques dont le plus insistant est d'apporter des preuves quant à l'efficacité thérapeutiques des traitements. De nouvelles techniques psychothérapeutiques qui se veulent plus scientifiques, plus brèves et moins coûteuses se développent à partir des années 1960. D'autres psychothérapies, antérieures à la psychanalyse, continuent également à être utilisées dans les années 1952-1982.

⁹⁶ Jacob Levy Moreno, 1889-1974, psychiatre roumain.

⁹⁷ Serge Lebovici, 1915-2000, psychiatre français.

⁹⁸ René Diatkine, 1918-1997, psychiatre français.

3.2 Les autres psychothérapies.

Il est impossible de faire un recensement exhaustif de l'ensemble des psychothérapies mais nous citons ici quelques exemples de celles proposées entre 1952 et 1982 : l'hypnose, le training autogène de Schultz, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies humanistes, la thérapie systémique et l'ethnopsychiatrie.

L'hypnose est une technique dont l'histoire remonte au début du 18^{ème} siècle et qui est associée au nom de Messmer⁹⁹, qui parlait de magnétisme animal pour désigner sa méthode. Par la suite, de nombreux médecins y ont recours, tel que J.-M. Charcot¹⁰⁰ à la Salpêtrière au 19^{ème} siècle et M.-H. Erickson¹⁰¹ au 20^{ème} siècle, à l'origine de l'hypnose ericksonnienne. Le training autogène de Schultz¹⁰², est construit sur la base de travaux sur l'hypnose d'Oskar Vogt¹⁰³ et de la méthode d'auto suggestion d'Emile Coué¹⁰⁴. Dans les années 1920, Schultz pratique une série d'expériences visant à mettre en évidence le vécu intérieur des sujets soumis à l'autohypnose. Il découvre alors que quelle que soit la méthode d'induction employée, les phénomènes corporels ressentis dans la première phase de l'hypnose sont tout à fait caractéristiques et peuvent être relatés par les sujets avec précision. Ces phénomènes sont la sensation de pesanteur qui envahit les membres, associée à une sensation de chaleur. Au cours de séances hebdomadaires et à partir d'injonctions verbales,

⁹⁹ Franz-Anton Messmer, 1734-1815, médecin viennois.

¹⁰⁰ Jean-Martin Charcot, 1825-1893, neurologue français.

¹⁰¹ Milton H. Erickson, 1901-1980, psychiatre américain.

¹⁰² Johannes Heinrich Schultz, 1884-1970, médecin Allemand.

¹⁰³ Oskar Vogt, 1870-1959, neurologue allemand.

¹⁰⁴ Emile Coué, 1857-1926 psychologue et pharmacien français.

l'auteur invite le sujet à ressentir ces états de pesanteur et de chaleur. Cette étape est appelée le cycle inférieur. Le cycle supérieur est réservé aux patients ayant pratiqué pendant au moins deux ans les exercices précédents. Le training autogène a un effet sur le sommeil, la circulation sanguine, la digestion et la respiration. Il a pour indications psychiatriques les névroses, la dépression, l'asthénie, l'alcoolisme, les situations de mauvais contrôle émotionnels¹⁰⁵. Les pratiques de déconditionnement, qui ont pour origine les réflexes conditionnés du physiologiste Pavlov¹⁰⁶, sont quant à elles reprises par John Broadus Watson¹⁰⁷ et complétées par Burrhus Frederic Skinner¹⁰⁸. Des modèles issus de la psychologie cognitive s'intègrent progressivement à ces pratiques de déconditionnement, et donnent naissance aux thérapies cognitivo-comportementales (qui visent à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité et correspondant à ce que souhaite le patient). Elles sont critiquées par Abraham Maslow¹⁰⁹ et la psychologie humaniste, fondée sur une vision positive de l'être humain et à l'origine de différents types de psychothérapies à partir des années 1960. Par exemple, les psychothérapies non directives, associées au nom de Carl Rogers¹¹⁰, sont basées sur une écoute empathique. Diverses autres psychothérapies voient le jour telles que les thérapies existentielles, l'analyse transactionnelle d'Eric Berne¹¹¹ (d'inspiration phénoménologique et influencée par la

¹⁰⁵ PFLEGER G., 2010, Op.Cit., P.169

¹⁰⁶ Ivan Pavlov, 1849-1936, médecin russe.

¹⁰⁷ John Broadus Watson, 1878-1968, psychologue américain.

¹⁰⁸ Burrhus Frederic Skinner, 1904-1990, psychologue américain.

¹⁰⁹ Abraham Maslow, 1908-1970, psychologue américain.

¹¹⁰ Carl Rogers, 1902-1987, psychologue américain.

¹¹¹ Eric Berne, 1910-1970, psychiatre canadien.

théorie des jeux), les thérapies psychocorporelles, la psychologie de la forme (gestalt-thérapie) de Fritz Perls¹¹², la programmation neurolinguistique (ensemble de communication et de transformation de soi) ou encore des psychothérapies d'influences bouddhistes ou hindouistes¹¹³. La thérapie systémique, individuelle ou familiale, recherche quant à elle les interactions de groupe et les caractéristiques du système dans lesquelles les personnes évoluent. Enfin, l'ethnopsychiatrie, fondée par Georges Devereux¹¹⁴, associe psychologie clinique et anthropologie culturelle.

3.3 La psychothérapie institutionnelle.

Progressivement à partir des années 1950, on assiste à une évolution et une amélioration de l'appréhension pratique et théorique du soin institutionnel. L'expression de psychothérapie institutionnelle est proposée par Georges Daumezon¹¹⁵ pour désigner un renouveau du traitement moral dans tout le monde occidental. Le but de la psychothérapie institutionnelle est d'utiliser la vie en communauté pour aider les patients à renouer des liens sociaux. Ce mouvement est à l'origine de réaménagements des hôpitaux psychiatriques. Les barreaux des fenêtres sont enlevés, les chambres apparaissent plus confortables et des salles de vie communes sont mises à disposition des patients. Le travail au sein de l'hôpital psychiatrique est également réorganisé : des réunions d'équipes ont lieu, les infirmiers ont

¹¹² Fritz Perls, 1893-1970, psychiatre allemand.

¹¹³ HOCHMANN J., 2004/2015, *Op.Cit.*, P.92

¹¹⁴ Georges Devereux, 1908-1985, anthropologue et psychiatre franco-américain d'origine hongroise.

¹¹⁵ Georges Daumezon, 1912-1979, psychiatre français.

un droit à la parole. Des projets culturels, de sorties et de loisirs sont mis en place. Jean Oury¹¹⁶ est une des figures française de la psychothérapie institutionnelle. Il octroie aux infirmiers une fonction de psychothérapeutes. Ces derniers organisent au sein de l'institution des réunions et des activités d'ergothérapie, qui sont appréhendées comme les médiateurs de l'analyse des mouvements de transfert et de contre-transferts institutionnels. D'autres, comme Paul-Claude Racamier¹¹⁷ ou Diatkine, dissocient les traitements individuels ou de groupes de l'aide apportée pour gérer la vie quotidienne du patient¹¹⁸.

Nous avons exposé dans cette première partie le paysage thérapeutique général des années 1952 à 1982 afin de pouvoir y situer ensuite le panorama thérapeutique strasbourgeois. En décrivant les différents traitements et en retraçant l'histoire de leur découverte, nous comprenons plus précisément ce qu'ils représentent. Il nous faut à présent décrire deux variables impliquées dans la prise en charge thérapeutique des patients : les diagnostics et les prescripteurs.

II. Diagnostics et prescripteurs à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg entre 1952 et 1982.

Connaître le paysage diagnostic dans lequel s'inscrivent les prises en charge ainsi que les médecins à l'origine des prescriptions est un préalable nécessaire avant de s'intéresser à la pratique thérapeutique. Ainsi, nous

¹¹⁶ Jean Oury, 1924-2014, psychiatre français.

¹¹⁷ Paul-Claude Racamier, 1924-1996, psychiatre psychanalyste français.

¹¹⁸ HOCHMANN J., 2004/2015, *Op.Cit.*, P.92

études d'abord les trois diagnostics de notre étude d'un point de vue quantitatif et qualitatif, afin d'expliciter ce qu'ils représentent en pratique à Strasbourg. Ensuite, nous exposons les différents prescripteurs présents à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982. L'étude de ces deux variables nous permettra d'appréhender et d'éclairer l'étude des prises en charge thérapeutiques à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982.

1. Les diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982.

1.1 D'un point de vu quantitatif : l'état des lieux diagnostique.

Un aperçu quantitatif de ce que représentent les trois diagnostics étudiés à Strasbourg au cours de notre période d'étude est dans un premier temps nécessaire. En d'autres termes, nous devons savoir quel est leur pourcentage par rapport à l'ensemble des diagnostics posés par les psychiatres strasbourgeois et l'évolution de ce pourcentage de 1952 à 1982. Pour la partie la plus antérieure de cette période, nous disposons de données grâce à un travail mené par J. Clauss dans sa thèse de médecine¹¹⁹. Elle y avait établi le pourcentage de chacun des diagnostics posés à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962 grâce à une étude statistique. Nous poursuivons l'étude qu'elle a menée pour la période allant de 1963 à 1982. Pour y parvenir, nous employons la même

¹¹⁹ CLAUSS J., 2015, *Op.Cit.*

méthodologie que celle qu'elle avait mise en œuvre. Pour l'étude que nous menons, nous allons successivement décrire son objectif, son matériel, sa méthode ainsi que ses résultats qui seront détaillés pour les trois diagnostics auxquels nous nous intéressons : dépression, schizophrénie et hystérie. Dans la discussion, nous étofferons ces résultats par ceux obtenus par J. Clauss pour les années 1952 et 1962 et pourrons ainsi situer quantitativement les trois diagnostics au cours de notre période d'étude.

1.1.1 Objectif.

L'étude statistique effectuée par J. Clauss était descriptive rétrospective et avait pour objectif de décrire l'évolution du pourcentage des différentes notions nosologiques repérées au sein des diagnostics posés à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1912 à 1962. Nous nous sommes fixés le même objectif pour la période allant de 1963 à 1982.

1.1.2 Matériel.

La variable étudiée est qualitative. Il s'agit du diagnostic posé pour chaque admission pour hospitalisation. Elle est recherchée pour l'ensemble de notre population d'étude constituée par la totalité des hospitalisations (hommes et femmes) à la Cliniques Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. Dans son travail, J. Clauss avait étudiée six années au sein de sa période d'étude (1912-1962) soit une année par décennie. Nous poursuivons son étude et étudions donc les années 1972 et 1982.

1.1.3 Méthode.

❖ Choix de la source pour le recueil des données.

J. Clauss avait choisi comme source pour le recueil des données un type particulier de documents d'archives appelé « registres d'admissions ». Ces registres consignent l'ensemble des admissions, homme ou femmes, pour hospitalisation à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, qu'elles soient libres ou contraintes. Pour pouvoir procéder de la même façon, nous devons vérifier deux points différents. Tout d'abord, nous contrôlons que ces registres d'admission existent et sont disponibles pour notre période d'étude et tout particulièrement pour les deux années choisies, soit 1972 et 1982. C'est effectivement le cas : ils sont présents de façon exhaustive de 1963 à 1982 avec deux registres par année, un pour les femmes et un pour les hommes. Ensuite, nous nous assurons que pour notre période d'étude, ces registres d'admission contiennent des données diagnostiques comme c'est le cas de la fin du XIXe siècle aux années 1960. Pour cela, nous en effectuons une description.

Pour nos années d'étude, les registres se présentent sous la forme d'un cahier de format 23X33 centimètres, dont la couverture est rigide et grise. Au centre de cette couverture est collée une étiquette sur laquelle sont écrites l'année du registre et la mention « registre hommes » ou « registre femmes ». L'intérieur du registre est constitué de pages qui apparaissent sous forme d'un tableau. Chaque ligne du tableau correspond à une admission. Les admissions sont inscrites de façon chronologique et à

chaque admission correspond un numéro qui est appelé « numéro d'ordre ». Chaque colonne du tableau correspond à un type particulier de données pour chaque admission. Ces différents types de données sont les suivants, de gauche à droite :

- le numéro d'ordre auquel est associé le numéro du dossier correspondant,
- le nom et le prénom du patient,
- le statut,
- l'âge,
- le domicile,
- la date d'entrée et la date de sortie d'hospitalisation,
- le diagnostic,
- le service dans lequel le patient a été hospitalisé,
- le mode de paiement,
- des remarques,
- le nombre de jours d'hospitalisation,
- la mention de l'état du patient à la sortie d'hospitalisation : guéri, amélioré, incurable, décédé (dans ce cas, une croix peut être dessinée),
- le lieu de transfert du patient, si le patient a été transféré dans un autre service ou un autre hôpital.

La description effectuée nous permet de constater que les registres d'admission comportent des données diagnostiques pour notre période d'étude et que nous pouvons donc les utiliser pour le recueil de données.

❖ Le recueil des données.

Pour les années 1972 et 1982, les numéros d'ordre et les données diagnostiques pour l'ensemble des hospitalisations sont relevés dans les registres d'admission, de façon systématique et tels qu'ils y figurent, d'une part pour les hommes et d'autre part pour les femmes. Ces données sont reportées dans un classeur Excel. Nous retranscrivons littéralement le diagnostic, tel qu'il figure dans les registres d'admission. Il est nommé « énoncé diagnostique ». Lorsqu'aucun intitulé ne figure dans la case « diagnostic » nous inscrivons dans le classeur Excel la mention « pas de diagnostic » et lorsqu'il est illisible, nous notons la mention « diagnostic illisible »¹²⁰. Le recueil de données effectué, nous l'ajoutons aux données déjà recueillies pour les années antérieures.

Au final, pour nos deux années d'étude (1972 et 1982), 1444 diagnostics ont été collectés en 1972 et 1612 diagnostics ont été collectés en 1982 ce qui fait un total de 3056 énoncés diagnostiques, hommes et femmes confondus, pour les deux années.

Années étudiées	1972	1982	Ensemble des deux années
Nombres d'énoncés diagnostics ou d'admissions	1444	1612	3056

Figure 1: nombre d'énoncés diagnostiques recueillis par années (1972, 1982), hommes et femmes confondus, et nombre d'énoncés diagnostiques pour l'ensemble des deux années étudiées.

¹²⁰ Le recueil des données décrit ici reprend celui effectué par J. Clauss dans son étude.

❖ Transformation des données..

Les données diagnostiques recueillies étant très hétérogènes, il a fallu les regrouper en de plus vastes ensembles possédant un certain nombre de caractéristiques essentielles communes : les notions nosologiques. Pour y parvenir, nous utilisons la même grille de regroupement diagnostique que celle établie par J. Clauss. Cette grille comporte 99 « catégories diagnostiques » reflétant l'ensemble des différentes notions nosologiques repérées dans l'ensemble des « énoncés diagnostiques » collectés. Cette grille figure en annexe (annexe 1). Son application aux « énoncés diagnostiques » permet l'appariement de chacun d'eux à une « catégorie diagnostique ». L'« énoncé diagnostique » devient alors un « diagnostic codé ». Certains « énoncés diagnostiques » sont complexes et comportent plusieurs notions nosologiques. Nous les faisons donc correspondre à plusieurs « catégories diagnostiques ». Ainsi ces « énoncés diagnostiques » peuvent se voir transformer en plusieurs « diagnostics codés » après application de la grille. A un « énoncé diagnostique » peut correspondre jusqu'à quatre « diagnostics codés ». Nous avons donc abouti à un nombre de « diagnostics codés » supérieurs à celui des « énoncés diagnostiques ».

3831 « diagnostics codés » ont été produits pour un total de 3056 « énoncés diagnostiques ». C'est à partir des diagnostics codés que nous travaillerons par la suite.

Années étudiées	1972	1982	Ensemble des deux années
Nombre d'énoncés diagnostics	1444	1612	3056
Nombre de diagnostics codés	1933	1898	3831

Figure 2: nombre d'énoncés diagnostics et de diagnostics codés pour chaque année étudiée (1972 et 1982) et nombre d'énoncés diagnostics et de diagnostics codés pour l'ensemble des deux années étudiées.

❖ Analyse statistique.

Pour chacune des deux années (1972 et 1982) et pour chacune des « catégories diagnostiques » de la grille, le nombre de « diagnostics codés » est comptabilisé. Un effectif respectif pour chacun d'eux est établi. Une mesure de proportion de chaque « catégorie diagnostique » par année est ensuite effectuée : le nombre de « diagnostics codés » relevant de chaque « catégorie diagnostique » pour l'année considérée est rapporté au nombre total de « diagnostics codés » pour cette même année, permettant d'obtenir le pourcentage de chaque « catégorie diagnostique » parmi l'ensemble des « diagnostics codés » pour les années 1972 et 1982. Les résultats sont détaillés pour les trois diagnostics de notre étude¹²¹.

1.1.4 Résultats.

Pour chacun des diagnostics et pour chaque année, nous présentons les résultats de la manière suivante : dans un premier temps nous donnons le pourcentage de la catégorie diagnostique (à laquelle renvoie le diagnostic de dépression, de schizophrénie ou d'hystérie) parmi l'ensemble des

¹²¹ L'analyse statistique décrite ici reprend celle effectuée par Clauss.

diagnostics. Dans un second temps, nous situons cette catégorie diagnostique dans un plus grand ensemble (regroupant plusieurs catégories diagnostiques) et déterminons le pourcentage qu'elle représente parmi cet ensemble. Enfin, nous donnons le pourcentage représenté par ce plus vaste ensemble parmi l'ensemble des diagnostics.

❖ Le diagnostic de dépression.

- Une catégorie diagnostique renvoie au diagnostic de dépression. Il s'agit de la catégorie diagnostique « dépression ». En 1972, cette catégorie diagnostique représente 18,16% de l'ensemble des diagnostics. En 1982, elle représente 12,70% de l'ensemble des diagnostics.

- La catégorie diagnostique « dépression » se situe dans un ensemble plus grand regroupant les catégories diagnostiques de « dépression », « mélancolie », « psychasthénie » et « neurasthénie ». Cet ensemble est appelé « groupe dépression ».

En 1972, la catégorie diagnostique « dépression » représente 82% de cet ensemble.

En 1982, la catégorie diagnostique « dépression » représente 75% de cet ensemble.

Les pourcentages des différentes catégories diagnostiques de ce groupe dépression parmi leur ensemble sont représentés dans le tableau suivant.

Le graphique qui en découle permet de visualiser les pourcentages des différentes catégories diagnostiques de ce groupe parmi leur ensemble.

Années Catégories diagnostiques	1972	1982
	Dépression	82%
Mélancolie	18%	25%
Neurasthénie	0,00%	0,00%
Psychasthénie	0,00%	0,00%

Figure 3: pourcentage des différentes catégories diagnostiques du groupe dépression considérées parmi leur ensemble en 1972 et 1982.

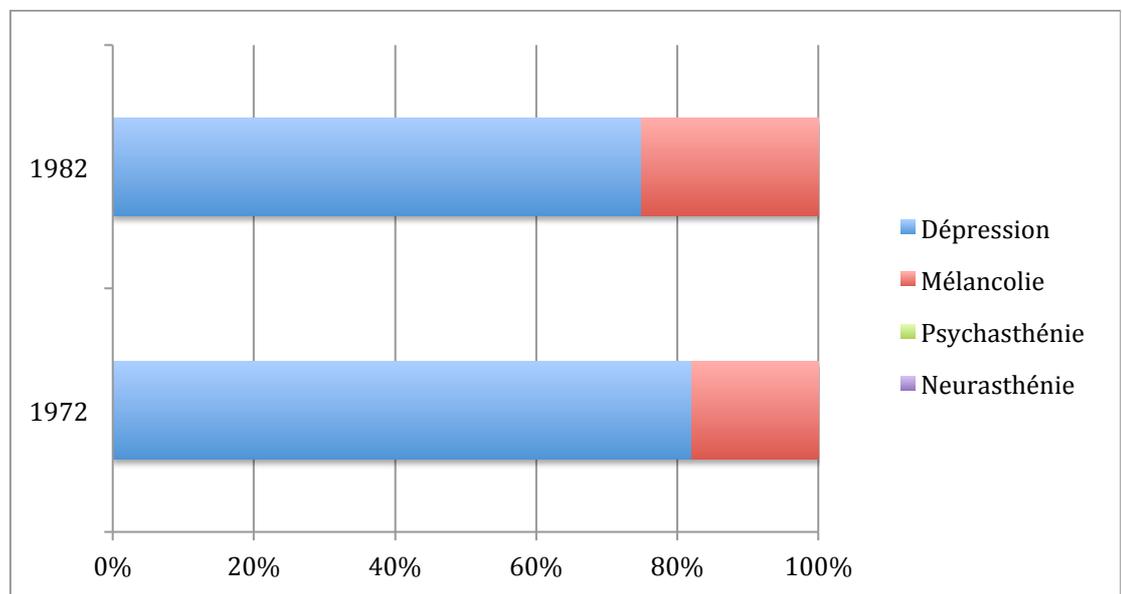


Figure 4 : graphique représentant le pourcentage des différentes catégories diagnostiques du groupe des dépressions considérées parmi leur ensemble en 1972 et 1982.

- En 1972, cet ensemble « groupe dépression » représente 22% de l'ensemble des diagnostics.

En 1982, cet ensemble « groupe dépression » représente 17% de l'ensemble des diagnostics.

❖ Le diagnostic de schizophrénie.

- Quatre catégories diagnostiques renvoient au diagnostic de schizophrénie.

Il s'agit des catégories diagnostiques « schizophrénie », « schizophrénie paranoïde », « schizophrénie catatonique » et « schizophrénie hébéphrénique ».

Le tableau ci-dessous regroupe le pourcentage de chacune de ces catégories diagnostiques parmi l'ensemble des diagnostics codés en 1972 et 1982.

Années Catégories diagnostiques	1972	1982
Schizophrénie	2,38%	4,58%
Schizophrénie paranoïde	1,81%	3,00%
Schizophrénie catatonique	0,16%	0,26%
Schizophrénie hébéphrénique	0,00%	0,05%

Figure 5 : pourcentage des catégories diagnostiques renvoyant au diagnostic de schizophrénie parmi l'ensemble des diagnostics codés en 1972 et 1982.

Ces quatre catégories diagnostiques renvoient à la même notion nosologique qui est celle de « schizophrénie ». De plus, le pourcentage des catégories diagnostiques « schizophrénie catatonique » et « schizophrénie hébéphrénique » est relativement faible. Nous avons donc regroupé ces quatre catégories diagnostiques en une seule catégorie diagnostique « schizophrénie ».

En 1972, la catégorie diagnostique schizophrénie représente 4,36% de l'ensemble des diagnostics. En 1982, elle représente 7,86% de l'ensemble des diagnostics.

- La catégorie diagnostique « schizophrénie » se situe dans un ensemble plus grand regroupant les catégories diagnostiques de « schizophrénie », «hébéphrénie », « catatonie », « paraphrénie », « paranoïa », «démence précoce », « psychose maniaco-dépressive », « psychose », « psychose puerpérale », « psychose hallucinatoire chronique », « bouffée délirante aiguë », « délire d'interprétation », « délire de jalousie », « folie circulaire » et « quérulence ». Cet ensemble est appelé « groupe psychose ».

En 1972, la catégorie diagnostique « schizophrénie » représente 13% de cet ensemble.

En 1982, la catégorie diagnostique « schizophrénie » représente 18% de cet ensemble.

Les pourcentages des différentes catégories diagnostiques de ce groupe psychose parmi leur ensemble sont représentés dans le tableau suivant. Le graphique qui en découle permet de visualiser les pourcentages des différentes catégories diagnostiques de ce groupe parmi leur ensemble.

Années	1972	1982
Schizophrénie	13,00%	18,00%
Hébéphrénie	2,32%	0,71%
Catatonie	1,90%	0,71%
Paraphrénie	0,2%	0,00%
Paranoïa	1,86%	2,86%
Démence précoce	0,00%	0,00%
Psychose maniaco-dépressive	13,00%	7,28%
Psychose	9,13%	14,80%
Psychose puerpérale	0,92%	0,00%
Psychose hallucinatoire chronique	1,70%	1,90%
Bouffée délirante aiguë	5,41%	3,70%
Délire d'interprétation	0,46%	0,00%
Délire de jalousie	0,15%	0,12%
Folie circulaire	0,00%	0,00%
Querulence	0,00%	0,00%

Figure 6 : pourcentage des différentes catégories diagnostiques du groupe des psychoses considérées parmi leur ensemble en 1972 et 1982.

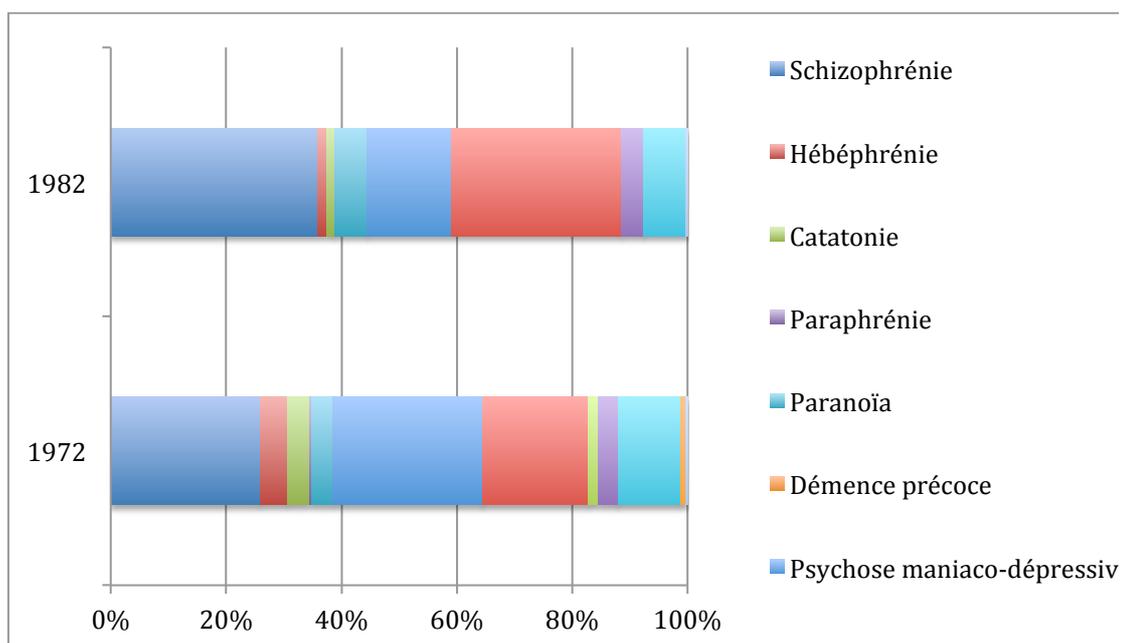


Figure 7 : graphique représentant les pourcentages des différentes catégories diagnostiques du groupe psychoses considérées parmi leur ensemble en 1972 et 1982.

- En 1972, cet ensemble « groupe psychose » représente 33% de l'ensemble des diagnostics.

En 1982, cet ensemble « groupe psychose » représente 44% de l'ensemble des diagnostics.

❖ Le diagnostic d'hystérie.

- Une catégorie diagnostique renvoie au diagnostic d'hystérie. Il s'agit de la catégorie diagnostique « hystérie ». En 1972, cette catégorie diagnostique représente 4,71% de l'ensemble des diagnostics. En 1982, elle représente 3,64% de l'ensemble des diagnostics.

- La catégorie diagnostique « hystérie » se situe dans un ensemble plus grand regroupant les catégories diagnostiques d'« hystérie », de « névrose », de « phobie » et de « trouble obsessionnel ». Cet ensemble est appelé « groupe névrose ».

En 1972, la catégorie diagnostique « hystérie » représente 25% de cet ensemble.

En 1982, la catégorie diagnostique « hystérie » représente 35% de cet ensemble.

Les pourcentages des différentes catégories diagnostiques de ce groupe névrose parmi leur ensemble sont représentés dans le tableau suivant. Le graphique qui en découle permet de visualiser les pourcentages des différentes catégories diagnostiques de ce groupe parmi leur ensemble.

Catégories diagnostiques	Années	
	1972	1982
Hystérie	32,38%	26,64%
Névrose	64,41%	32,04%
Phobie	1,78%	2,70%
Trouble obsessionnel	1,42%	0,00%

Figure 8: pourcentages des différentes catégories diagnostiques du groupe névroses considérées parmi leur ensemble en 1972 et 1982.

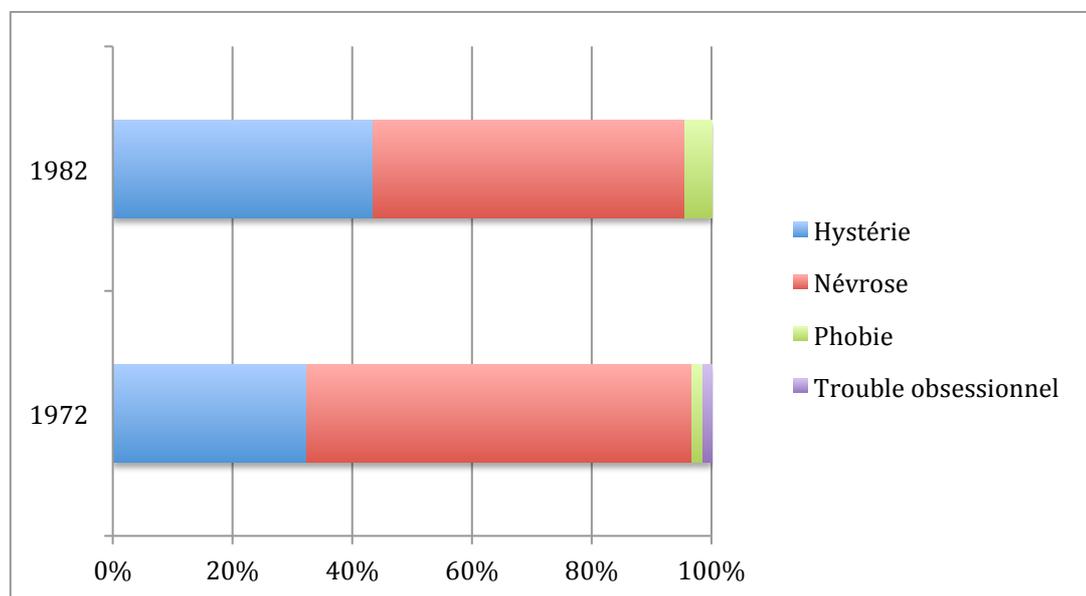


Figure 9: graphique représentant les pourcentages des différentes catégories diagnostiques de groupe névrose considérées parmi leur ensemble en 1972 et 1982.

- En 1972, cet ensemble « groupe névrose » représente 15% de l'ensemble des diagnostics.

En 1982, cet ensemble « groupe névrose » représente 14% de l'ensemble des diagnostics.

1.1.5 Discussion.

Les résultats de cette étude permettent de déterminer le pourcentage de chacun des trois diagnostics qui nous intéressent (dépression, schizophrénie et hystérie) par rapport à l'ensemble des diagnostics posés.

Nous pouvons constater que pour les années 1972 et 1982, les trois diagnostics de notre étude représentent un pourcentage non négligeable des diagnostics établis à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. De plus, ce pourcentage évolue peu entre ces deux années. Le paysage diagnostique entre 1972 et 1982 est donc relativement stable.

Afin d'avoir une vision d'ensemble de notre période d'étude, à savoir 1952-1982, nous associons nos résultats à ceux établis par J. Clauss dans son travail de thèse¹²². Cette association est possible car nous avons utilisé rigoureusement la même méthode.

Ainsi, le diagnostic de dépression représente 9,58% de l'ensemble des diagnostics en 1952 et 12,58% de l'ensemble de diagnostics en 1962. Il représente 66,57% du grand ensemble « groupe dépression » en 1952 et 68,70% de ce grand ensemble en 1962. Le grand ensemble « groupe dépression » représente quant à lui 14,39% de l'ensemble des diagnostics en 1952 et 18,31% de l'ensemble des diagnostics en 1962.

Le diagnostic de schizophrénie représente 4,14% de l'ensemble des diagnostics en 1952 et 5,22% de l'ensemble des diagnostics en 1962. Il représente 15,36% du grand ensemble « groupe psychose » en 1952 et 16,03% de ce grand ensemble en 1962. Le grand ensemble «groupe

¹²² CLAUSS J., 2015, *Op. Cit.*

psychose » quant à lui représente 26,93% de l'ensemble des diagnostics en 1952 et 21,50% de l'ensemble des diagnostics en 1962.

Enfin, le diagnostic d'hystérie représente 1,01% de l'ensemble des diagnostics en 1952 et 3,65% de l'ensemble des diagnostics en 1962. Il représente 30,00% du grand ensemble «groupe névrose » en 1952 et 31,56% de ce grand ensemble en 1962. Le grand ensemble « groupe névrose » quant à lui représente 3,38% de l'ensemble des diagnostics en 1952 et 3,66% de l'ensemble des diagnostics en 1962.

Nous pouvons donc également constater que pour les années 1952 et 1962, les trois diagnostics de notre étude représentent un pourcentage non négligeable des diagnostics établis à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. Leur pourcentage évolue peu entre ces deux années et le paysage diagnostique est donc relativement stable. Enfin, nous pouvons voir que ce paysage reste également stable entre 1962 et 1972.

Le tableau et les graphiques ci-dessous permettent de mieux visualiser le pourcentage de chacun des trois diagnostics parmi l'ensemble des diagnostics ainsi que leur évolution au cours des quatre années d'étude.

Années Diagnostics	1952	1962	1972	1982
Dépression	9,58%	12,58%	18,16%	12,70%
Schizophrénie	4,14%	5,22%	4,36%	7,86%
Hystérie	1,01%	3,65%	4,71%	3,64%

Figure 10: pourcentage des diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie, parmi l'ensemble des diagnostics, en 1952, 1962, 1972 et 1982.

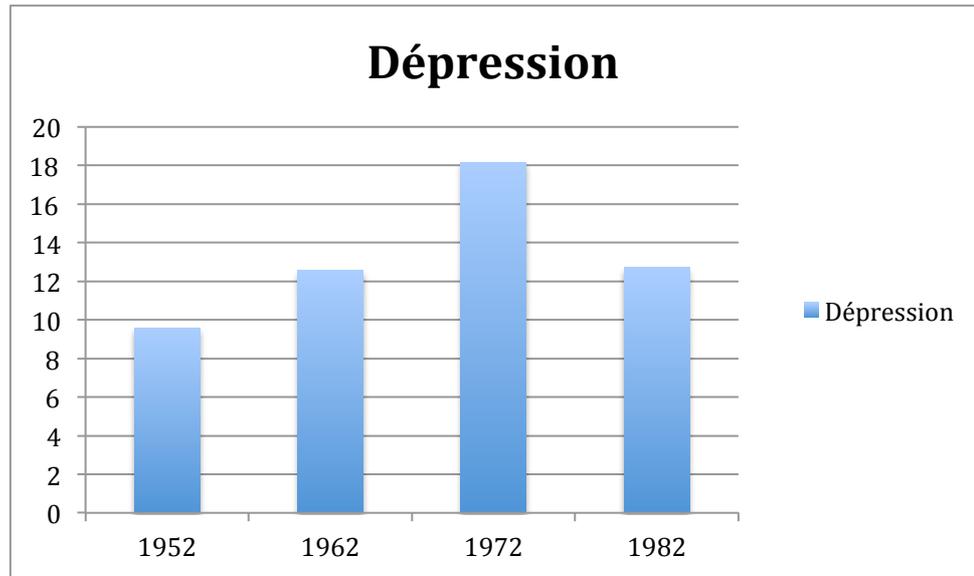


Figure 11: graphique représentant le pourcentage et l'évolution du diagnostic de dépression parmi l'ensemble des diagnostics en 1952, 1962, 1972 et 1982.

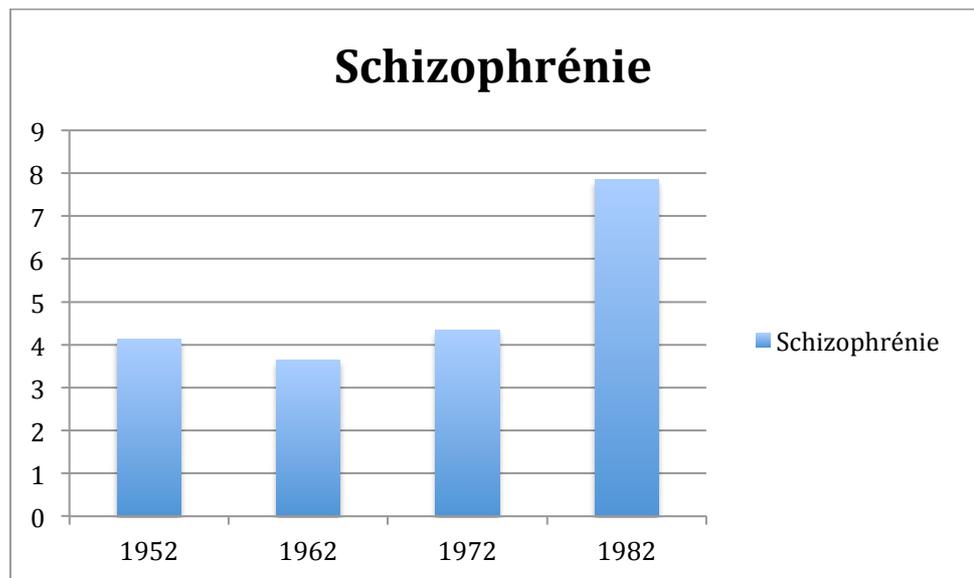


Figure 12: graphique représentant le pourcentage et l'évolution du diagnostic de schizophrénie parmi l'ensemble des diagnostics en 1952, 1962, 1972 et 1982.

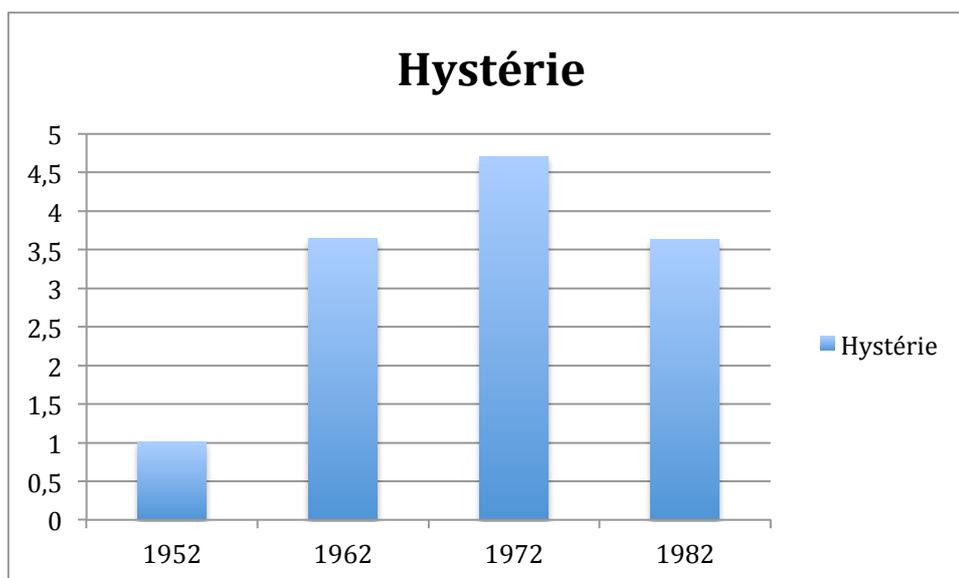


Figure 13: graphique représentant le pourcentage et l'évolution du diagnostic d'hystérie parmi l'ensemble des diagnostics en 1952, 1962, 1972 et 1982.

Ce travail a été un préalable nécessaire avant de s'intéresser à la pratique thérapeutique strasbourgeoise. Il nous permet de connaître le paysage diagnostique de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg entre 1952 et 1982 et ainsi de cerner dans quel contexte diagnostique s'inscrit notre travail. Le pourcentage des trois diagnostics étudiés (dépression, schizophrénie et hystérie) et des trois grands ensembles analysés (dépression, psychose, et névrose) évolue peu. Il ne s'agit donc pas d'une période de remaniement et d'évolution des diagnostics. La pratique thérapeutique peut être étudiée dans ce contexte de stabilité diagnostique et les résultats peuvent être analysés indépendamment d'une variation du paysage diagnostique.

Nous avons ainsi visualisé ce que les diagnostics de dépression, de schizophrénie et d'hystérie représentent à Strasbourg d'un point de vue quantitatif : nous avons défini leur pourcentage par rapport à l'ensemble

des diagnostics posés ainsi que l'évolution de ce pourcentage à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982. Il nous faut à présent déterminer d'un point de vue qualitatif ce que les trois diagnostics de l'étude représentent et comment ils se définissent à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg entre 1952 et 1982.

1.2 D'un point de vue qualitatif : descriptions cliniques des diagnostics de dépression, de schizophrénie et d'hystérie entre 1952 et 1982.

Pour la description qualitative des diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie, nous en proposons une description clinique à partir d'observations retrouvées dans les dossiers de patients. Nous les comparons ensuite aux descriptions retrouvées dans les ouvrages de l'époque afin de situer les diagnostics strasbourgeois dans le paysage diagnostique général. Ce travail est fait pour chaque diagnostic et pour chacune des quatre années d'étude.

Un ensemble de douze observations cliniques est sélectionné dans les archives des dossiers médicaux de patients (une par diagnostics et par année). Ces observations semblent représentatives des différentes descriptions cliniques retrouvées dans les dossiers. En effet, nous avons procédé à la lecture d'un échantillon de 110 dossiers¹²³ et en avons sélectionné un par diagnostic et par année. Nous avons choisi les dossiers dans lesquels les notes cliniques étaient le plus descriptives, permettant de

¹²³ Cet échantillon est celui faisant l'objet de notre troisième partie, visant à établir le panorama thérapeutique.

se représenter précisément l'état clinique du patient et d'illustrer le diagnostic. Les observations médicales retrouvées dans les dossiers ont dans un premier temps été retranscrites telles quelles, puis remises en forme pour permettre une meilleure compréhension. Nous comparons ensuite les notes cliniques aux descriptions retrouvées dans des manuels de l'époque. Pour les années 1952 et 1982 nous nous référons au *Manuel Alphabétique de Psychiatrie Clinique, Thérapeutique et Médico-légale*, d'Antoine Porot, paru en 1952¹²⁴ et réédité en 1984¹²⁵. Pour les années 1962 et 1972, nous avons retenu le *Manuel de Psychiatrie* de Henri Ey paru en 1960¹²⁶ et réédité en 1974¹²⁷. Ces manuels apparaissent comme étant les référentiels de l'époque. La réalisation de ce travail nous permet de constater que les trois diagnostics recouvrent des descriptions cliniques similaires et stables pendant les années 1952 à 1982. Les différents signes cliniques décrivant les trois diagnostics pour chacune des quatre années sont regroupés dans des tableaux récapitulatifs situés en annexe (annexes 2, 3 et 4).

1.2.1 Le diagnostic de dépression.

❖ En 1952.

Madame B.N., âgée de 36 ans, est admise le 25/01/52 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, pour un « premier accès » dépressif,

¹²⁴ POROT A., 1952, *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique, thérapeutique et médico-légale*, Paris, Presses Universitaires de France

¹²⁵ POROT A., 1952/1984, *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Paris, Presses Universitaires de France

¹²⁶ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1960, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson et Cie

¹²⁷ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1974, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson et Cie

« évoluant depuis six semaines ». Lors de l'entretien d'admission, le mari de la patiente rapporte : « elle se laisse abattre, dit qu'elle est malade, qu'elle n'a plus de point au travail. Elle se met à pleurer la nuit, sans arrêt, dit qu'elle veut mourir, qu'elle en assez de la vie. Elle voudrait se retirer du monde. Depuis trois-quatre jours, elle ne sort plus, elle ne mange pas, elle pleure sans arrêt, et des idées de mort sont très présentes ». La patiente quant à elle rapporte ne plus vouloir s'intéresser à son enfant. Elle présente une psychasthénie importante. Elle n'a pas fait de tentative de suicide¹²⁸.

Nous retrouvons dans ce tableau clinique des éléments du manuel de Porot¹²⁹ qui décrit la dépression comme « un fléchissement passager ou durable du tonus neuro psychique avec inertie, lassitude, impuissance physique, amaigrissement, anorexie, fléchissement de l'attention, lenteur de la mémoire, fatigabilité, impuissance de la volonté, tristesse et anxiété ». Les différentes formes de dépressions décrites sont la forme « psycho-affective » (dont la mélancolie en représente la plus haute expression), la forme « physique » (asthénie ou neurasthénie) et les « états dépressifs constitutionnels et symptomatiques ».

❖ En 1962.

Monsieur C.O., âgé de 47 ans, est admis le 01/03/1962 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg. Il est adressé par la Clinique Médicale A,

¹²⁸ Fond d'Archive de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical femme 1952, dossier numéro 52-705

¹²⁹ POROT A., 1952, *Op.Cit.*

après une tentative de suicide au Nozinan¹³⁰. Il présente des antécédents de tentative de suicide, six ans et trois ans auparavant. Les épisodes dépressifs ont débuté en 1939, année où il a été enseveli vivant, alors qu'il combattait en tant que soldat français. Il a été prisonnier des Allemands, il ne savait plus comment il s'appelait, il n'avait plus aucun papier sur lui. De temps à autre, il entend le bruit des avions et fait des épisodes d'angoisse très importants (il se couvre avec les draps, transpire et pleure). Il explique que dans ces moments là, qui durent environ une semaine, il est déprimé, n'a plus goût pour rien, ne s'intéresse plus à rien, trouve qu'il est de trop au monde et qu'il y a quelque chose qui le « pousse », qui le « force au suicide ». Le patient rapporte également des troubles de la mémoire : « j'oublie vite, ça dépend des choses ». Les éléments dépressifs et la tentative de suicide actuels apparaissent réactionnels à des difficultés professionnelles, à l'origine de troubles du sommeil, d'une tristesse de l'humeur, et d'un replis social : « j'ai demandé des médicaments au docteur pour insomnies. Je pleure beaucoup, car on m'a fait beaucoup du mal à la brasserie. Le directeur me prend pour un con. J'étais contremaitre et un beau jour j'ai été porté malade à cause de mon dos. Alors, il m'a fait appeler pour me dire que j'étais un incapable. Ce serait mieux si j'étais mort. Cette faiblesse dans les jambes je ne veux plus la sentir. Mais je n'ai pas le droit car j'ai une femme et des enfants. » L'épouse quant à elle rapporte qu' « il se plaint beaucoup de son impuissance », qu'il dit « ne

¹³⁰ Neuroleptique.

plus être un homme». Le diagnostic de « dépression réactionnelle » est posé¹³¹.

Nous retrouvons dans ce tableau clinique des éléments de la description du manuel de Ey¹³² qui décrit la « dépression névrotique ou réactionnelle » comme une « réaction aux situations ou difficultés vitales avec anxiété, hypochondrie et fatigabilité. ». Les deux autres formes retrouvées sont la « dépression constitutionnelle » (anxiété chronique, organisation névrotique, apparence de fragilité, faible résistance aux infections et aux épreuves, intolérance de toute sorte, lien avec la médecine psychosomatique), et la « crise de mélancolie » (caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices, inhibition, aboulie, auto accusation, indignité, hypochondrie, désir et recherche de mort).

❖ En 1972.

Monsieur D.P., âgé de 29 ans est admis le 04/04/72 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg suite à une « mésentente conjugale ».

Le patient attribue tous ses ennuis conjugaux à ses fréquents déplacements comme chauffeur. Il a fait différentes menaces suicidaires ces derniers temps (se jeter sous le train, se trancher la gorge). Lors d'un entretien, son épouse rapporte les éléments suivants: « il est très jaloux ». Elle est assez « dégoûtée » de son mari parce qu'il boit et qu'il est « malpropre ». Il

¹³¹ Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical homme 1982, dossier numéro 82-571

¹³² EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1960, *Op.Cit.*

rentrerait parfois à minuit, « complètement soul », alors qu'il sortirait du travail à sept heures. D'après elle, il boit depuis qu'elle le connaît, il avait même des dettes. Il « cherche querelle quand il est ivre et il fait des saletés ». En mai 1970, il aurait écrit une lettre (dont elle a une photocopie) disant qu'elle peut faire ce qu'elle veut le soir, pourvue qu'elle rapporte 100 francs. Il l'aurait battue en mai 1971, elle aurait demandé le divorce. Elle lui donne encore une dernière chance, elle pense qu'il devrait faire une cure de désintoxication, parce qu'elle n'a pas confiance autrement. Le patient boirait 3-4 litres d'alcool par jour et mangerait mal. D'après elle, il n'aime pas les enfants, et réciproquement. Il voulait avoir encore beaucoup d'enfants pour les allocations familiales pour ne plus travailler, mais elle n'était pas d'accord. Lors d'un entretien quelque jours plus tard, le patient dit qu'il est très satisfait parce que sa femme a complètement changée : elle lui a apporté des fleurs, parle de reprendre la vie commune. Une demande a été faite pour une cure de repos, mais il préférerait travailler tout de suite chez son frère, « parce qu'il m'empêche de boire. J'ai fait la promesse formelle de ne plus boire. ». La visite du Professeur Singer conclue à un « épisode dépressif réactionnel à des problèmes conjugaux ».¹³³

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Ey¹³⁴ qui décrit la dépression névrotique ou réactionnelle par une « anxiété, une demande de réconfort, un comportement pseudo-suicidaire, un complexe d'infériorité ou de frustration, une angoisse, une conservation

¹³³ Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical homme 1972, dossier numéro 72-0247

¹³⁴ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1974, *Op.Cit.*

du sommeil, une recherche de contact, une projection dans la réalité». Les différentes formes de dépression retrouvées sont la dépression « névrotique ou réactionnelle », la dépression « endogène ou mélancolie » et la dépression « chronique ».

❖ En 1982.

Madame E.Q., âgée de 34 ans, est admise le 02/09/82 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, adressée par son psychiatre traitant pour « dépression atypique ».

Lors de l'entretien d'admission, la patiente parle volontiers. Elle explique avoir ressenti comme « un choc dans la tête et dans tout le corps ». Elle présente une profonde fatigue, elle est triste et fait des insomnies depuis quelques jours. Elle n'a pas d'idées noires mais une peur d'incurabilité est très présente : elle a peur d'avoir perdu la mémoire, d'avoir pleuré trop fort et que « les nerfs se soient refermés dans le cerveau ». Elle n'a plus goût à rien, n'a pas d'autre distraction que le ménage et le travail. Elle se sent nerveuse, angoissée : « c'est mon caractère, j'avais toujours cette angoisse en moi ». Elle a répété plusieurs fois qu'elle voulait mourir. Des idées obsessionnelles avec auto critique sont également retrouvées, ainsi que la présence d'idées de grande faute (elle est très attachée à ses parents, et surtout à sa mère), des idées d'incapacité, une anorexie, des troubles de la concentration et un désintérêt. Par ailleurs, elle se sent normale et ne

présente pas d'idées d'étrangeté du monde extérieur. Le tableau clinique est celui d'un « état dépressif sévère d'allure mélancolique »¹³⁵.

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Porot¹³⁶ qui décrit la dépression comme un « fléchissement passager ou durable du tonus neuro psychique avec une humeur dépressive, une inhibition psychomotrice, une anxiété, des troubles de la vie instinctive et des désordres physiologiques, une dévalorisation, une autodépréciation, un sentiment de vide, d'incapacité, d'infériorité, d'inutilité, un émoussement affectif, une absence de projection dans l'avenir, un désir de mort, une asthénie et une altération des capacités intellectuelles ». Cette forme de dépression est la seule décrite.

❖ Commentaire.

Pour ces quatre tableaux cliniques le diagnostic de dépression est posé (accès dépressif en 1952, dépression réactionnelle en 1962 et 1972 et tableau dépressif sévère d'allure mélancolique en 1982). Des éléments communs sont présents dans les quatre tableaux : la tristesse, les idées de mort, les pleurs, l'asthénie et les troubles de la mémoire ou de la concentration. Hormis ces éléments communs, les descriptions cliniques apparaissent variées et des précisions sont apportées quant au type de dépression. Par exemple, nous pouvons constater dans la description de 1972 une problématique alcoolique associée et, dans la description de

¹³⁵ Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical femme 1982, dossier numéro 82-414

¹³⁶ POROT A., 1952/1984, *Op.Cit.*

1982, une « allure mélancolique ». Le diagnostic de dépression recouvre ainsi une grande variété d'états cliniques.

1.2.2 Le diagnostic de schizophrénie.

❖ En 1952.

Madame F.R., âgée de 49 ans, est amenée à l'hôpital le 05/05/52 pour « délire avec agitation ».

L'entretien d'admissions est fait en présence du mari qui rapporte que les troubles ont débutés en hiver 1951. La patiente dit que son mari s'appelle Dr. R. et que son vrai mari n'est pas son mari exact. Elle ne parle plus à son mari et veut se marier avec ce certain Dr R., qui est dentiste. Elle parle du Bon Dieu, des esprits et d'hypnose. Elle dort irrégulièrement, attend dans l'appartement, présente des raptus agressifs envers son mari et se dispute avec les voisins. Elle est très excitée et circule dans la rue en parlant à haute voix, se montre agressive envers les passants. Lors de cet entretien, la patiente parle correctement mais présente une dissociation complète du cours de la pensée et une logorrhée, elle peut dire : « des personnes parlent par l'intermédiaire de ma bouche ». Au service, elle est logorrhéique, avec un regard en coin. Elle parle constamment de son mari réel et de son ex mari. Par moment, elle semble hallucinée car elle fixe le mur dans la salle commune et parle probablement avec des voix. Elle débite des paroles, murmure, sur un ton monotone. Elle manifeste également des phases d'agitation et d'excitation violentes, avec agressivité. Quelques jours plus

tard, elle présente une attitude catatonique : elle est assise dans son lit, garde les attitudes (mains au dessus de sa tête). L'examen de M. le Professeur conclue à un « syndrome schizophrénique avec importante dissociation du cours de la pensée, fuite des idées, syndrome de dépersonnalisation et de dépersonnalisation d'autrui (son mari), délire vague et flou, réponses à côté, négativisme, indifférence, nervosité, agitation extérieure et attitude catatonique »¹³⁷.

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Porot¹³⁸ qui décrit la schizophrénie comme un « état mental pathologique dont le caractère essentiel et évolutif est une dissociation, une disjonction progressive des éléments constitutifs de la personnalité et, comme corollaire, une rupture de contact avec l'ambiance, une inadaptation progressive au milieu. Les symptômes constants sont la dissociation intra psychique, les inhibitions, les blocages, les négativismes, la passivité, la suggestibilité, le mimétisme, les persévérations, l'ambivalence. Les symptômes inconstants sont quant à eux le syndrome catatonique, le délire et les signes physiques ».

❖ En 1962.

Madame G.S., âgée de 20 ans, est admise le 10/10/1962 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg pour prise en charge d'une « première altération psychique ».

¹³⁷ Fond d'Archive de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical femme 1952, dossier numéro 52-0852

¹³⁸ POROT A., 1952, *Op.Cit.*

La mère de la patiente est présente lors du premier entretien. Elle explique que sa fille « a très peur, qu'elle voit le monde changer et que les autres peuvent entendre ce qu'elle dit ». Au domicile, elle s'enfermait en disant « tu n'es plus ma mère comme avant, tu regardes comme un diable ». La patiente présente une attitude figée, une voix monocorde, une fuite d'idées, une ambivalence, quelques plaintes hypochondriaques et une étrangeté du monde qui l'entoure (sa mère a changé). Le contact est mauvais, le discours est pauvre, la voix est fluette. Quelques barrages sont retrouvés ainsi qu'un apragmatisme et une indifférence. Il n'y a pas de délire apparent. Au cours de la visite de M. le Professeur Kammerer le 16/10/62, le diagnostic de « schizophrénie simple » est posé, « sans délire, avec peut-être une ébauche de persécution et de dépersonnalisation »¹³⁹.

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Ey¹⁴⁰ qui définit la schizophrénie comme une « maladie entraînant une modification profonde et durable de la personnalité avec un processus de désintégration mentale. Le tableau clinique retrouve un début très polymorphe (sans signes pathognomoniques), une période d'état avec un syndrome de dissociation (trouble du cours de la pensée, troubles du langage, altération du système logique, désorganisation de la vie affective, comportement catatonique) et un délire autistique (vécu délirant, élaboration délirante secondaire, expérience d'étrangeté, expériences hallucinatoires, sentiment d'influence, état de dépersonnalisation,

¹³⁹ Fond d'Archive de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical femme 1962, dossier numéro 62-0830

¹⁴⁰ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1960, *Op.Cit.*

expérience d'agression sur le corps et la pensée), reliés par l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité, le détachement ».

❖ En 1972.

Monsieur H.T., âgé de 23 ans, est admis le 10/12/72 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg.

Il est amené par son frère mais n'est pas « du tout d'accord ». Il se sent « en pleine forme ». Une excitation psychomotrice est présente, associée à un sourire discordant, une interprétation et une ambivalence par rapport aux médicaments : « on me disait que c'était que parce que je n'arrivais pas à dormir ». Un jour au service, le patient se déchaine et frappe un infirmier. Il déclare avec un sourire béat qu'il a vu Satan et qu'il a tapé dans ce qui était là. Il demande s'il peut embrasser le médecin, lui disant qu'elle est « l'Immaculée Conception », que Dieu le lui a dit... Lors d'un entretien avec le Professeur Singer, le patient présente une attitude de défi, un oppositionisme. Il reproche qu'on ne l'ai pas « présenté » aux étudiants de l'amphithéâtre, ce serait une « question de politesse ». Il tient un discours délirant concernant l'action du Mandrax¹⁴¹ et de l'alcool sur l'organisme. Il présente des plaintes somatiques : il a peur de manger tant qu'il est constipé, il a la bouche sèche même s'il boit car « ça s'élimine tout de suite », il a la grippe, des durions... Le diagnostic de « moment

¹⁴¹ Sédatif.

fécond d'une schizophrénie » est posé, avec « dissociation, flou de la pensée et paramimies »¹⁴².

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Ey¹⁴³ qui définit la schizophrénie comme une « maladie entraînant une modification profonde et durable de la personnalité avec un processus de désintégration mentale. Le tableau clinique retrouve un début très polymorphe (sans signes pathognomoniques), une période d'état avec un syndrome de dissociation (trouble du cours de la pensée, troubles du langage, altération du système logique, désorganisation de la vie affective, comportement catatonique) et un délire autistique (vécu délirant, élaboration délirante secondaire, expérience d'étrangeté, expériences hallucinatoires, sentiment d'influence, état de dépersonnalisation, expérience d'agression sur le corps et la pensée), reliés par l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité et le détachement ».

❖ En 1982.

Monsieur I.U., âgé de 30 ans, est admis le 14/12/1982 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg. Il est amené par le SAMU suite à l'appel des voisins. Il explique ainsi son arrivée : « depuis plusieurs jours quelqu'un essaye de fracturer ma porte ». Il ne posséderait pas de téléphone et aurait donc crié et joué de la batterie pour prévenir les voisins. Durant ce tapage, ces derniers auraient contacté le SAMU. Le patient manifeste une rancœur

¹⁴² Fond d'Archive de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical homme 1972, dossier numéro 72-859

¹⁴³ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1974, *Op.Cit.*

et une agressivité à leur égard. Il présente une agitation psychomotrice, une logorrhée, des troubles caractériels, un discours stéréotypé, un ludisme « grossier », des insomnie depuis quelques jours, une ambivalence, une agressivité et profère des menaces : si on ne le laisse pas tranquille, il fera « sauter la clinique » et les médecins avec... Le début des troubles est daté de 1973, alors qu'il était à l'armée : il a été violent et réformé après un mois de service militaire. Il a été hospitalisé à l'Hôpital Psychiatrique de Hoerdts et y est resté environ cinq ans, entrecoupés de sorties. Il est sorti définitivement le 3 décembre 1981. Depuis deux à trois semaines, il ne va plus au CAT¹⁴⁴ dans lequel il travaille. Il ne veut plus y retourner, disant qu'on « l'exploite ». On lui ferait faire des travaux « trop pénibles pour un malade ». Un peu plus tard cependant il parle de se faire embaucher comme terrassier ou maçon... Ces dernières semaines, il restait à la maison, ne se sentait pas bien : il contestait beaucoup de choses. Il sortait très peu, jouait de la guitare et de la batterie, ne prenait aucun traitement. Le diagnostic définitif de « schizophrénie » est posé¹⁴⁵.

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Porot¹⁴⁶ qui définit la schizophrénie par des « tableaux cliniques multiples et éminemment variables d'un sujet à l'autre et d'un moment à l'autre dans l'évolution schizophrénique, avec des caractéristiques communes que sont le syndrome dissociatif (ambivalence, bizarreries, impénétrabilité, détachement, dysthymhormie ou athymhormie, affectivité

¹⁴⁴ Centre d'Aide par le Travail.

¹⁴⁵ Fond d'Archive de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical femme 1952, dossier numéro 52-705

¹⁴⁶ POROT A., 1952/1984, *Op.Cit.*

paradoxe, régression instinctivo-affective, perte du contact vital avec la réalité, troubles des associations, troubles du cours de la pensée, détournement de la fonction d'échange du langage, signes déficitaires et éléments de catatonie), le délire paranoïde (incohérence, organisation paralogique, absence de retentissement adéquat sur le comportement) et l'autisme (double mouvement de replis sur soi, de rupture du contact avec la réalité extérieur et de création d'un imaginaire hermétique, abstrait, incommunicable, aboutissant à l'organisation d'un monde intérieur fermé à toute communication) ».

❖ Commentaire.

Les quatre descriptions cliniques apparaissent relativement identiques au cours des quatre années étudiées, chacune étant conclue par un diagnostic de schizophrénie. Nous retrouvons comme éléments cliniques communs le délire, la dépersonnalisation, le négativisme, l'excitation psychomotrice, l'agressivité, l'angoisse, la voix monocorde, qui apparaissent à chaque fois intriquées dans l'histoire clinique propre du patient. Le diagnostic de schizophrénie recouvre donc des descriptions cliniques homogènes avec des caractéristiques communes.

1.2.3 Le diagnostic d'hystérie.

❖ En 1952.

Monsieur J.V., âgé de 46 ans, est admis le 25/01/1952 à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg.

Il est tombé dans la rue, sur une peau de banane et a été ramassé par la police. Il a passé la nuit au commissariat. Le lendemain, les policiers l'amènent en Chirurgie B. Il est ensuite transféré en neurologie puis à la Clinique Psychiatrique. Il n'a jamais été condamné, dit-il, n'a jamais fait de crises, n'a jamais eu de maladies vénériennes et n'a jamais été hospitalisé. Quelques jours avant la chute, il s'est montré nerveux brusquement. Depuis la chute, il a une impotence fonctionnelle de la jambe gauche. Un examen physique est fait par le Professeur Kammerer. « Le malade peut marcher avec l'appui du médecin, mais marche les deux genoux pliés avec contraction des bras et des jambes. Il s'agrippe au médecin, ne tombe pas. Il respire bruyamment. Il n'arrive pas à faire la manœuvre de Mingazzini¹⁴⁷ à la jambe gauche. Par contre, à la manœuvre de Barré¹⁴⁸, il arrive à s'opposer à la flexion de la jambe. Il ne veut pas s'appuyer sur la jambe saine et ne veut pas marcher à cloche pied. Une amélioration est notée après une psycho piqûre distillée ou des infiltrations : le malade marche sans aide. Puis, il rechute au bout de

¹⁴⁷ La manœuvre de Mingazzini consiste à demander au malade couché en décubitus dorsal de soulever pendant quelques secondes les deux membres inférieurs hanches et genoux pliés à 90°.

¹⁴⁸ La manœuvre de Barré consiste à demander au patient de tendre les deux jambes à l'horizontale en antéflexion pendant quelques secondes. Normalement le patient tient le Barré des 2 côtés sans problème (contre la force de la pesanteur).

quelques jours (temps de neige). La faradisation¹⁴⁹ est entreprise, sans succès ». Un certificat de placement est rédigé le 12/02/1952 : « le malade est atteint de monoplégie gauche hystérique avec comportement théâtral. Il est à l'origine d'un parasitisme hospitalier. Son état nécessite le placement à l'Hôpital Psychiatrique de Stephensfelds »¹⁵⁰.

Ce tableau clinique retrouve des éléments de la description du manuel de Porot¹⁵¹ qui définit l'hystérie comme une « disposition mentale particulière, tantôt constitutionnelle et permanente, tantôt accidentelle et passagère, qui porte certains sujets à réaliser des apparences d'infirmité, de maladies somatiques ou d'états psychopathiques. Les réalisations produites peuvent être créées d'emblée et de toute pièce (accidents hystériques primitifs) ou au contraire apparaître comme des surcharges, des exagérations ou des prolongations d'un état morbide légitime à son origine (associations hystéro-organiques). La plupart des manifestations intéressent la vie de relation ». Sont retrouvés : des accidents moteurs (crises ou attaques, troubles sensitifs ou sensoriels, manifestations d'apparence psychopathique, certaines formes de somnambulisme, d'état crépusculaire ou d'état second) et des caractères généraux (absence de tout support organique réel, absence de critère évolutif, réversibilité toujours possible par des moyens thérapeutiques opportunément appliqués). « Elles ne se déroulent jamais dans le silence et le secret. Il y a derrière ces manifestations un sens caché, une valeur symbolique ».

¹⁴⁹ Nom proposé par Guillaume Duchenne de Boulogne, pour désigner l'application médicale de l'électricité d'induction

¹⁵⁰ Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical homme 1952, dossier numéro 52-0047

¹⁵¹ POROT A., 1952, *Op.Cit.*

❖ En 1962.

Madame K.W., âgée de 28 ans, est admise le 09/06/1962 à la Clinique Psychiatrique, adressée par la Polyclinique psychiatrique, pour prise en charge de douleurs dorsolombaires.

Lors du premier entretien, la patiente exprime de nombreuses revendications, elle se montre sthénique, avec des périodes d'abattement réactionnelles aux douleurs. Elle demande qu'on l'opère, elle a vu « beaucoup de médecins » et a eu « tous les traitements ». Les circonstances du début des troubles sont datées de 1958 : elle présentait une fatigue importante au moment de la préparation d'un examen (brevet de langue), elle travaillait jusqu'à trois heures du matin. Elle a craqué six mois avant l'examen, à cause des douleurs et de la fatigue. « Je n'ai pas été déprimée, je souffrais trop ». Au niveau biographique, une mauvaise entente avec le père est retrouvée: « je n'ai pas beaucoup d'estime pour lui ou parfois je le plains, je le considère comme un malade ». Elle a une nette préférence pour la mère et présente une compassion pour ses malheurs. La patiente est ordonnée, méticuleuse, mais elle ne fait pas de vérifications. Il n'y a pas d'éléments phobiques nets, sauf pour les cris et les disputes. Elle n'a jamais été fiancée et n'a jamais eu d'expérience sexuelle. Elle n'est pas curieuse sur ces questions... Elle est effrayée par l'exemple de ses parents. La visite de M. le Professeur Israël conclut: « patiente revendicatrice, présentant une hypochondrie, un refus de la génitalité, une note obsessionnelle. Il s'agit d'une personnalité de type hystérique assez

asthénique ». La patiente sort prématurément pour raisons administratives. Elle dit qu'elle reviendra « l'an prochain ». Elle se trouve un peu mieux et a été soulagée par des injections de vitamine B, remplacées ensuite par du sérum physiologique : le résultat fut le même¹⁵².

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Ey¹⁵³ qui définit les symptômes hystériques comme des « phénomènes de conversion sur le plan somatique de conflits inconscients ». Le tableau clinique retrouve des crises ou manifestations aiguës, des syndrome fonctionnels durables (paralysies, contractures...), des manifestations viscérales. « Les trois aspects fondamentaux du caractère hystérique sont la suggestibilité, la mythomanie et de le dérèglement sexuel».

❖ En 1972.

Madame L.X., âgée de 18 ans, est admise le 23/02/1972 à la Clinique Psychiatrique. Elle est adressée par la Clinique Neurologique devant des vertiges, une sensation d'étouffement, une agitation, évoluant depuis trois mois. L'examen neurologique est strictement négatif.

Les troubles ont débuté le lendemain du jour où sont revenues ses règles, après quinze jours de retard. Elle est mariée depuis deux ans et demi. Son mari en a assez parfois de sa maladie, les rapports sexuels sont une corvée pour elle. Elle présente un investissement massif des médecins, des professeurs, du curé. Elle est très agitée, a des tics, est dans l'évitement et

¹⁵² Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical femme 1962, dossier numéro 62-0445

¹⁵³ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1960, *Op.Cit.*

présente une méfiance. Elle rapporte un évènement: son beau-frère l'a amenée chez le médecin conseil et a essayé de flirter avec elle. Elle a été « écoeurée par la passivité » de son mari, mais il fallait qu'elle le lui dise, elle avait « ce poids sur la conscience ». Depuis on l'accuserait d'être une menteuse, d'avoir inventé cette histoire pour séparer son beau-frère de sa femme. Lors d'un entretien, elle explique avoir eu un choc au réfectoire car une « malade rousse », ressemble à l'une de ses amie morte. Cette patiente lui a d'ailleurs demandé de la coiffer, ce qu'elle a fait mais elle croyait « toucher les cheveux de la morte. Ça me trifouille l'esprit ! Ça aurait pu m'arriver à moi comme c'est arrivé à ma copine car mon mari, je lui avais un peu chipé et on avait eu une querelle. Oui je l'ai un peu trahie. Je ne peux plus passer près du cimetière ». Lors d'un second entretien, l'état clinique apparaît nettement amélioré. Pour la première fois depuis trois mois, elle n'a plus de vertiges. Elle pense que ceci est dû à l'entretien de l'autre fois. Elle se réfugie dans la guérison : « je vais bien, il ne faut plus que je dise quelque chose ». Elle quitte le service en bonne santé apparente¹⁵⁴.

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Ey¹⁵⁵ qui définit les symptômes hystériques comme des « phénomènes de conversion sur le plan somatique de conflits inconscients ». Le tableau clinique retrouve des crises ou manifestations aiguës, des syndrome fonctionnels durables (paralysies, contractures...), des manifestations

¹⁵⁴ Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical femme 1972, dossier numéro 72-0149

¹⁵⁵ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1974, *Op.Cit.*

viscérales. « Les trois aspects fondamentaux du caractère hystérique sont la suggestibilité, la mythomanie et de le dérèglement sexuel ».

❖ En 1982.

Monsieur M.Y., âgé de 33 ans, est admis le 22/06/1982 à la Clinique Psychiatrique. L'électroencéphalogramme et le fond d'œil sont normaux. Les problèmes évoluent depuis quatre ans. Il présente des douleurs au thorax, il se réveille pendant la nuit. Cette douleur se transforme par la suite en douleurs à la tête, une fatigue toute la journée, une « fusion » à la tête avec des bourdonnement et des sifflement d'oreilles, des traces noires qui lui « tournent aux yeux » ainsi qu'une brûlure constante à la gorge et à la bouche et des douleurs dans toutes les articulations. Il s'énerve pour n'importe quoi, facilement, avec tout le monde. « Je n'arrive pas à me contrôler ». Il profère des insultes mais aussi des agressions physiques (une fois avec l'un de ses subordonnés, au travail). « Après je regrette ». Le patient rapporte une bonne relation avec son père qui était rigide, parfois énervé, parfois agressif. « On me dit que j'ai le même caractère que mon père ». Lors d'un entretien au cours de l'hospitalisation, il continu de se plaindre de toutes sortes de symptômes hypochondriaques. Il explique avoir toujours un « petit point qui tourne dans les yeux ». Quand il a la « tête lourde et la tête qui éclate », il est « gêné ». Depuis qu'il est là, il n'a pas de brûlures à la bouche, ni les bourdonnements d'oreille, mais hier il était très agité, il ne supportait rien, ne pouvait pas rester assis ni se coucher, a été plusieurs fois réveillé. « Ça a commencé par des brûlures à

l'estomac, je ne pouvais rien manger ». On lui a donné toute sorte de médicaments pendant un an, sans résultats. Son beau-frère a fini par lui trouver un traitement arabe avec des herbes, qui l'a guéri. Il a été pendant quatre mois sans problèmes puis la symptomatologie actuelle a commencé. La présentation clinique est celle d'une « névrose hystérique avec symptômes conversifs et éléments phobiques »¹⁵⁶.

Ce tableau clinique correspond à la description retrouvée dans le manuel de Porot¹⁵⁷ qui définit l'hystérie comme une « disposition mentale particulière, tantôt constitutionnelle et permanente, tantôt accidentelle et passagère, qui porte certains sujets à réaliser des apparences d'infirmité, de maladies somatiques ou d'états psychopathiques. Cette séméiologie n'est pas le fruit d'une simulation mais elle exprime une intentionnalité inconsciente et trouve son origine dans des conflits générateurs d'angoisse et de déplaisir. Les symptômes peuvent imiter toute la pathologie somatique ou psychique. Le tableau clinique retrouve des crises, des accidents physiques, des accidents de conversion somatique, des atteintes sensitives, des atteintes sensorielles, une dysrégulation du système neurovégétatif. Les caractères communs sont un début brutal, une absence de signes lésionnels, une topographie paradoxale du symptôme alliant la belle indifférence au théâtralisme, une séméiologie plastique qui s'enrichit ou se systématisé en pseudo-maladie pour les besoins de la cause et au désir de l'examineur ».

¹⁵⁶ Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, dossier médical homme 1982, dossier numéro 82-282

¹⁵⁷ POROT A., 1952/1984, *Op.Cit.*

❖ Commentaire.

Ces quatre descriptions cliniques retrouvent des éléments constants : la plainte physique (monoplégie gauche, douleurs lombaires, vertige, douleurs diffuses) avec un examen somatique normal, l'efficacité surprenante de certains traitements, la tonalité agressive ou revendicatrice trouvée dans les discours retranscrits des patients, la question de la sexualité et l'amélioration des symptômes au cours de l'hospitalisation et donc de la mise à la distance de l'entourage. Le diagnostic d'hystérie recouvre donc des tableaux cliniques homogènes dont la trame clinique de fond apparaît constante.

Pour chacun des trois diagnostics, les descriptions cliniques présentent des éléments communs, pouvant définir un tableau clinique particulier. Ceci est en accord avec la conclusion des résultats de l'état des lieux diagnostique : le paysage diagnostique de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg reste stable au cours de notre période d'étude. La lecture des différents ouvrages auxquels nous avons fait référence nous a fait remarquer quelques points concernant l'évolution des trois diagnostics au cours des quatre années d'étude.

1.2.4 Remarques.

Nous avons vu dans cette partie que les descriptions cliniques strasbourgeoises correspondaient aux données retrouvées dans les ouvrages de l'époque. Ces descriptions restent constantes au cours des

quatre années de notre étude. Les différences pouvant être retrouvées marque la singularité de chaque patient.

Le diagnostic de dépression nous a questionné plus particulièrement car la mélancolie en représente une des formes cliniques jusqu'en 1972, alors que ces entités nous paraissaient bien distinctes. Selon les descriptions cliniques des ouvrages, nous pouvons lire et comprendre que ces deux diagnostics sont très intriqués voire qu'ils ne forment qu'un seul diagnostic en 1952, 1962 et 1972 alors qu'ils apparaissent bien différenciés en 1982. En regardant d'un peu plus près les ouvrages, nous observons qu'en 1952, Porot distingue les « dépression physiques » (où le tableau est dominé par l'asthénie), les « dépressions psycho-affectives » (dont l'expression la plus haute est la mélancolie), les « dépressions constitutionnelles » et les « dépressions symptomatiques ».

Dans les années 1960¹⁵⁸, les crises de mélancolies ont un chapitre dédié, au niveau de la section « maladies mentales aiguës ». Elles correspondent à un « état dépressif typique ». Il n'y a par ailleurs pas de chapitre dédié spécifiquement à la dépression. Deux chapitres en parlent, en distinguant la « dépression constitutionnelle », de la « dépression névrotique ». La dépression constitutionnelle est décrite dans le chapitre « névrose d'angoisse ». Elle apparaît comme une maladie mentale chronique, touchant, pour citer Porot, les sujets « nés fatigués ». La dépression névrotique quant à elle est décrite dans le sous chapitre « psychoses et névroses d'involution », appartenant au chapitre « psychoses et névroses de la ménopause » de la section « les troubles mentaux de la sénilité ».

¹⁵⁸ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1960, *Op.Cit.*

Dans l'ouvrage étudié pour l'année 1972¹⁵⁹, nous retrouvons un chapitre dédié à l'état dépressif. Il se situe au niveau de la section « maladies mentales chroniques » et s'intitule « état dépressif et crise de mélancolie ». Les différentes formes cliniques retrouvées sont la « dépression névrotique » (ou réactionnelle), la « dépression endogène » (ou mélancolie) et la « dépression chronique » (états durables, non évolutifs, rebelles).

Nous constatons ainsi que dépression et mélancolie représentent un même diagnostic en 1952, 1962 et 1972.

Dans l'ouvrage auquel nous nous sommes référé pour l'année 1982¹⁶⁰, nous retrouvons deux chapitres différents : un pour la mélancolie (« son aspect le plus typique est réalisé au cours des accès de la psychose maniaco-dépressive ») et un pour la dépression névrotico-réactionnelle (« forme la plus fréquente des états dépressifs, concept assez flou, englobant différentes situations ayant en commun la présence constante de facteurs réactionnels et une tonalité dépressive particulière »). Mélancolie et dépression apparaissent différentes, la mélancolie appartenant au diagnostic de psychose maniaco-dépressive et la dépression étant un diagnostic à part entière.

Ainsi, c'est à partir de 1982 que les deux notions de dépression et de mélancolie apparaissent bien distinctes en théorie. L'apparition des antidépresseurs et du lithium au sein de l'arsenal thérapeutique psychiatrique a certainement joué un rôle dans l'évolution du diagnostic de dépression. Nous pouvons d'ailleurs lire dans l'ouvrage de Ey publié en 1974 : « Ce sont d'ailleurs les thérapeutiques antidépresseurs actuelles qui contribuent le plus à cette révision nosographique en montrant parmi les états dépressifs des

¹⁵⁹ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1974, *Op.Cit.*

¹⁶⁰ POROT A., 1952/1984, *Op.Cit.*

différences notables dans leur réponses aux traitements. Notons en passant ce retour à l'aphorisme d'Hippocrate : « c'est en définitive le traitement qui révèle la nature de la maladie »¹⁶¹. Ces remarques sont importantes car nous avons constaté lors de l'analyse des observations cliniques strasbourgeoises relatives au diagnostic de dépression qu'elles pouvaient recouvrir des états cliniques variés. Au vu de l'étude des ouvrages, ce constat n'est pas circonscrit à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg.

Concernant le diagnostic de schizophrénie, les différents symptômes restent constants au cours des quatre années d'étude, seule la manière de les organiser peut varier : classés en «symptômes constants » et « inconstants » en 1952, en « période de début » et « période d'état » en 1962 et 1972 et en « syndrome dissociatif », « délire paranoïde » et « autisme (double mouvement de replis sur soi, de rupture de contact avec la réalité et de création d'un imaginaire hermétique) » en 1982.

Concernant le diagnostic d'hystérie, les descriptions cliniques restent stables au cours du temps. La grande crise « à la Charcot » en est la description type mais reconnue comme n'étant plus observée, ou alors dans des formes mineures. Les caractères communs de l'hystérie restent également constants sur la période de notre étude. En 1980, au moment de la parution du DSM III, ce diagnostic n'est plus reconnu car il fait fortement référence à la psychanalyse. Il persiste et est décrit en tant que tel dans l'ouvrage de 1982. Nous en concluons qu'une certaine temporalité est nécessaire pour que

¹⁶¹ EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1974, *Op.Cit.*

les changements nosologiques s'inscrivent dans les enseignements et les pratiques françaises.

Les descriptions cliniques des ouvrages restent globalement stables au cours des quatre années et les descriptions cliniques retrouvées dans les Archives des dossiers médicaux de patient de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg s'inscrivent tout à fait dans le paysage diagnostique général décrit dans les manuels. Une limite peut être soulignée cependant : bien que ces ouvrages sont des référentiels pour l'apprentissage de la psychiatrie française, nous n'en avons étudiés qu'un seul par année pour la description générale.

L'appréhension d'un point de vue quantitatif et qualitatif des trois diagnostics de notre étude nous permet de cerner le paysage diagnostique dans lequel s'inscrivent les prises en charge thérapeutiques à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg entre 1952 et 1982. Nous exposons à présent la deuxième variable dont dépend cette prise en charge: les prescripteurs.

2. L'organigramme de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg de 1952 à 1982.

Nous avons reconstitué les organigrammes du personnel médical de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. Cette démarche nous a permis de connaître les différents psychiatres travaillant dans cette institution, leur fonction et leur service de rattachement entre 1952 et 1982. Nous pouvons ainsi savoir qui prescrivait les thérapeutiques auxquelles

nous nous intéressons dans notre travail de thèse. Ne pouvant pas effectuer cette démarche pour la totalité des années de notre période d'étude, nous avons choisi de la mener pour une année par décennie, soit 1952, 1962, 1972 et 1982. Nous sommes ainsi en mesure de l'articuler avec le panorama diagnostique établi précédemment. Pour ce travail de reconstitution, nous nous sommes appuyés sur des données présentes dans les dossiers médicaux de patients (notamment la signature des rapports médicaux d'hospitalisation et le numéro du service d'hospitalisation)¹⁶² et sur des données de la littérature.

2.1 Année 1952.

En 1952, la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, se partage en quatre services équivalents en nombre de lits. Les services 58 (hommes) et 66 (femmes) situés au rez-de-chaussée, accueillent les pathologies aiguës, les cas lourds, et les malades agités. Au premier étage, dans les unités 64 (femmes) et 59 (hommes) sont hospitalisés majoritairement des névrosés¹⁶³. Le directeur de la Clinique est E. Gelma¹⁶⁴ et T. Kammerer¹⁶⁵ est agrégé. L. Singer¹⁶⁶ est chef de clinique, R. Ruch, J. Forget et A. Batzenschlager sont assistants, L. Israël¹⁶⁷, F. Mazoué et R. Cahn sont internes, R. Ebtinger et P. Geissmann sont externes.

¹⁶² N'ayant pas pu recueillir l'ensemble des rapports médicaux, certains noms de médecins peuvent manquer.

¹⁶³ PFLEGER G., 2010, *Op.Cit.*

¹⁶⁴ Eugène Gelma, 1882-1953, psychiatre, directeur de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg de 1945 à 1953.

¹⁶⁵ Théophile Kammerer, 1916-2005, psychiatre.

¹⁶⁶ Léonard Singer, 1923-2009, psychiatre.

¹⁶⁷ Lucien Israël, 1925-1996, psychiatre.

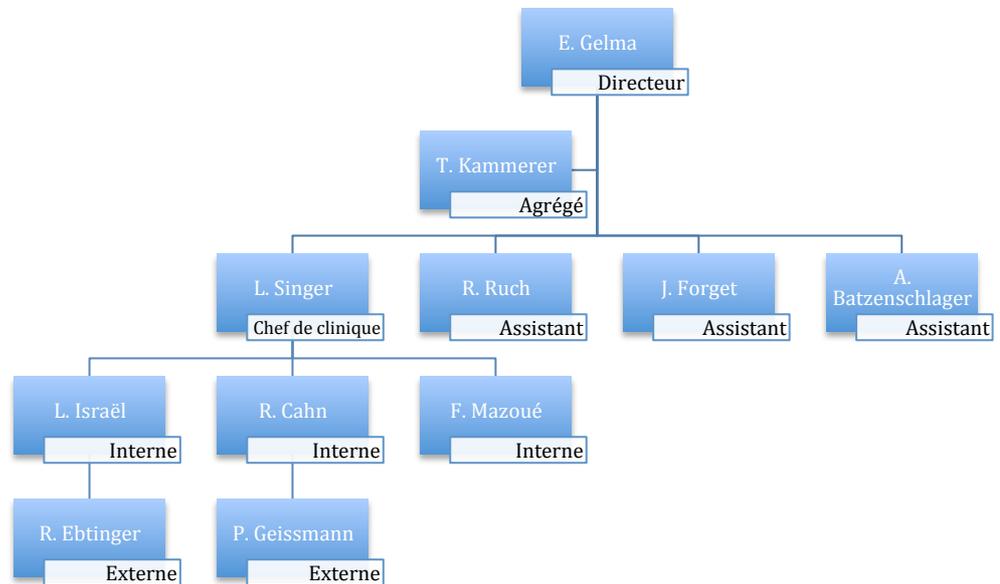


Figure 14: organigramme de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg en 1952.

2.2 Année 1962.

En 1957, des travaux de rénovation ont lieu à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, sous l'impulsion de Kammerer qui est alors le titulaire de la Chair de Psychiatrie et le Directeur de la Clinique Psychiatrique depuis 1953. L'organisation en quatre services est toujours en place. Singer est responsable du service 66, Israël du service 64,

Ebtinger¹⁶⁸ du service 58 et Kammerer du service 59, en plus de ses fonctions de Directeur. La Clinique accueille cette année là un chef de clinique (Docteur Geissmann), un assistant, deux attachés, sept internes et un externe.

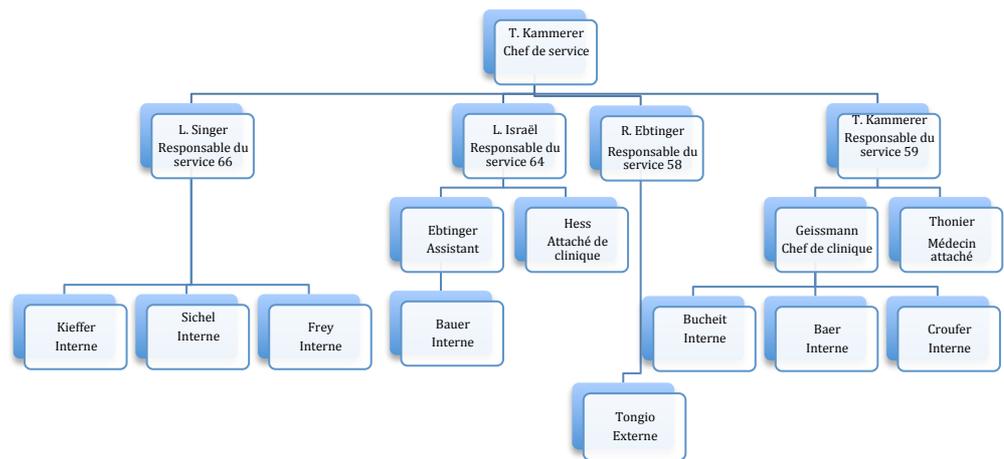


Figure 15: organigramme de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg en 1962.

¹⁶⁸ René Ebtinger, 1928-2012, psychiatre.

2.3 Année 1972.

En 1972, l'organisation générale reste la même qu'en 1962. Seuls les chefs de cliniques (qui sont cette année là Patris et Jadin), les internes, les externes et les attachés ont changé. Il n'y a pas d'assistant cette année là.

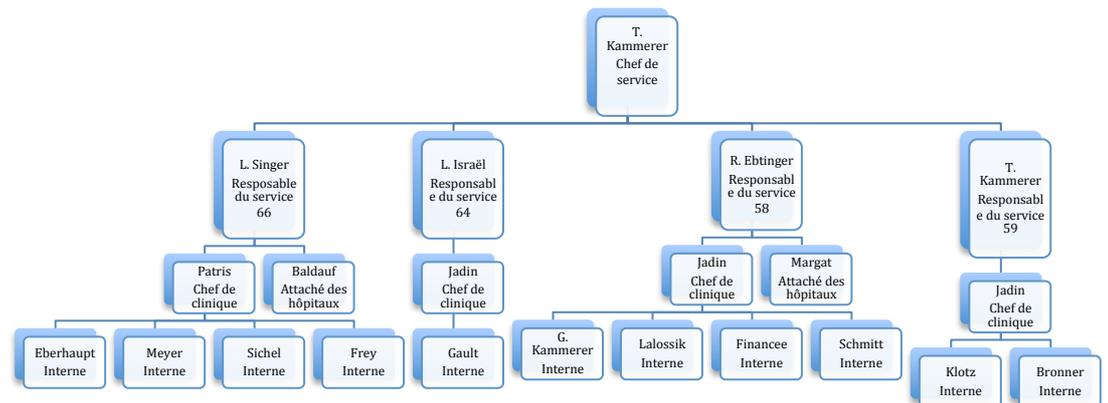


Figure 16: organigramme de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg en 1972.

2.4 Année 1982.

En 1973, l'organisation en quatre unités sous l'autorité du titulaire de Chair disparaît. La Clinique est partagée en trois services indépendants : la Psychiatrie I au rez-de-chaussée, la Psychiatrie II au premier étage et la Psychiatrie III au rez-de-chaussée, qui n'est pas un service d'hospitalisation mais de consultation (Policlinique). Kammerer est le chef du service Psychiatrie I, Singer est celui du service de Psychiatrie II et Israël celui du service Psychiatrie III. Ebtinger quant à lui devient chef du service de pédopsychiatrie, créé en 1973. En 1982, Singer succède à Kammerer et devient chef de la Psychiatrie I tant dis que M. Patris se voit confier le service de Psychiatrie II. Israël reste chef de la Psychiatrie III. La clinique accueille cette année là deux chefs de cliniques, un dans le service de Psychiatrie I (J.-M. Danion) et un dans le service de Psychiatrie II (Julie), neuf internes et six attachés.

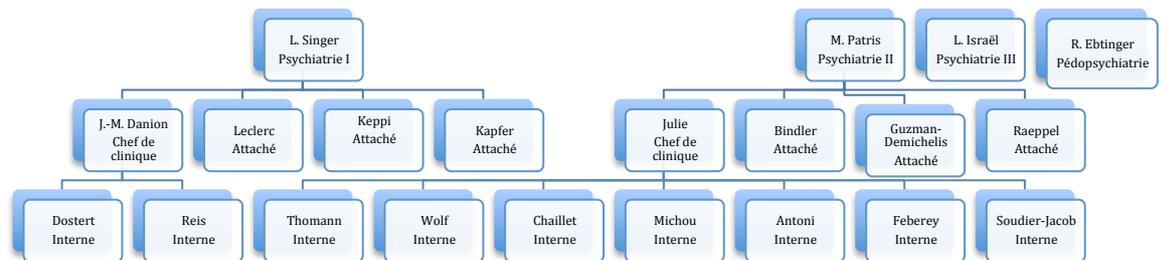


Figure 17: organigramme de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg en 1982.

Dans cette seconde partie nous avons exposée deux variables impliquées dans la prise en charge thérapeutique : les diagnostics, abordés d'un point de vue quantitatif et qualitatif, et les prescripteurs, représentés par des organigrammes. Nous avons constaté que l'état des lieux diagnostique reste stable au cours de nos années d'étude. Les différents organigrammes permettent de visualiser qui était à l'origine des prescriptions ainsi que les services auxquels étaient rattachés les différents prescripteurs. Nous avons tous les éléments nécessaires pour appréhender la pratique thérapeutique à Strasbourg entre 1952 et 1982. Ainsi, dans la troisième partie de ce travail, nous établissons le panorama thérapeutique de la Clinique Psychiatrique

Universitaire de Strasbourg entre 1952 et 1982 pour les diagnostics de dépression, de schizophrénie et d'hystérie.

III. La pratique thérapeutique à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg de 1952 à 1982 : le panorama thérapeutique.

Ce travail vise à établir le panorama des thérapeutiques utilisées pour le traitement des diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie, à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982. Pour cela, nous avons conçu une étude statistique rétrospective, décrite par son objectif, son matériel et sa méthode. Les résultats principaux issus de l'analyse statistique sont exposés sous la forme d'un panorama thérapeutique pour chacun des diagnostics et discutés, de sorte à rendre compte de la pratique thérapeutique strasbourgeoise entre 1952 et 1982 pour les trois diagnostics choisis.

1. Objectif.

L'objectif de notre étude est de déterminer le pourcentage des différentes thérapeutiques utilisées à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, pour le traitement des diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie, pris indépendamment les uns des autres, pour un échantillon d'hospitalisations au cours des années 1952, 1962, 1972 et 1982.

Le temps imparti pour notre travail ne nous a pas permis d'étudier l'ensemble des quarante années de la période 1952-1982. Nous avons ainsi choisi de n'étudier qu'une année par décennie. Nous avons retenu les mêmes années que celles étudiées pour l'état des lieux diagnostique, soit 1952, 1962, 1972 et 1982, afin de pouvoir croiser les données des deux études.

Concernant les hospitalisations de notre échantillon, nous avons dans un premier temps recensé toutes les admissions pour hospitalisation, hommes et femmes, à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg pour les années 1952, 1962, 1972 et 1982¹⁶⁹. A chaque hospitalisation correspond un énoncé diagnostique. 6178 énoncés diagnostiques sont recueillis dans les registres d'admission. Après application de la grille de regroupement diagnostique, nous obtenons 8172 diagnostics codés¹⁷⁰ pour les quatre années. Le nombre total de diagnostics codés dépression, schizophrénie et hystérie, hommes et femmes confondus, pour les années 1952, 1962, 1972 et 1982 est de 1757. Pour une même hospitalisation, certains énoncés diagnostiques peuvent correspondre à plusieurs diagnostics codés (jusqu'à quatre). Par exemple, l'énoncé diagnostique « état dépressif avec éléments délirants »¹⁷¹ se transforme, après application de la grille de regroupement diagnostique, en deux diagnostics codés qui sont « dépression » et « délire ». Pour cet énoncé diagnostique nous trouvons une certaine prise en

¹⁶⁹ Selon la méthode décrite dans notre deuxième partie.

¹⁷⁰ Le but de cette transformation était de pallier à l'hétérogénéité des énoncés diagnostiques et de permettre un travail d'analyse des données.

¹⁷¹ Fonds d'archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, registres d'admissions hommes, 1982.

¹⁷¹ Ce qui est de l'ordre de 10% des hospitalisations dont l'unique diagnostic codé est dépression, schizophrénie ou hystérie.

charge. Cette prise en charge peut être celle de la dépression, celle du délire ou celle d'une dépression délirante mais nous ne pouvons l'associer directement au diagnostic de dépression puisque le diagnostic de délire vient biaiser cette association. Il est donc important de ne retenir que les énoncés diagnostiques transformés en un seul diagnostic codé, afin de pouvoir établir une relation linéaire entre ce diagnostic et la prise en charge thérapeutique retrouvée. L'ensemble des hospitalisations dont l'unique diagnostic codé est soit dépression, soit schizophrénie, soit hystérie est de 980 pour les quatre années d'étude.

Le temps imparti ne permettant pas la réalisation d'un travail exhaustif sur cette population de 980 hospitalisations, un échantillonnage est nécessaire. Nous avons calculé que pour obtenir une certaine saturation des données, nous devons étudier 120 hospitalisations pour lesquelles le diagnostic de dépression, de schizophrénie ou d'hystérie a été posé au cours des quatre années¹⁷². Nos résultats ne sont valables que pour cet échantillon.

2. Matériel.

Notre étude porte sur une population qui, pour chacune des années étudiées, est constituée par un échantillon tiré au sort d'hospitalisations pour lesquelles le diagnostic de dépression, schizophrénie ou hystérie a été posé. La variable de notre étude est qualitative. Il s'agit de la prise en charge thérapeutique. Elle est recherchée pour l'ensemble de notre échantillon de population.

3. Méthode.

Notre travail se déroule en quatre étapes : la constitution de l'échantillon, le choix de la source pour le recueil des données, le recueil des données à proprement parler et l'analyse statistique.

3.1 La constitution de l'échantillon.

L'échantillon est constitué par un tirage au sort¹⁷³ à partir de la liste des 980 hospitalisations pour lesquelles les diagnostics de dépression, schizophrénie ou hystérie ont été posés. Pour cela, les 980 diagnostics codés de chaque hospitalisation sont regroupés dans un classeur Excel avec le numéro d'ordre correspondant¹⁷⁴. Afin que l'échantillon soit homogène, il a fallu tirer au sort 10 hospitalisations par diagnostics et par années. Pour chaque diagnostic et chaque année nous avons une liste homme et une liste femme nous permettant d'établir un sex ratio, respecté lors du tirage au sort. Le tableau ci-dessous récapitule le nombre d'hospitalisations que nous aurions dû tirer au sort par diagnostic et par année.

¹⁷³ Tirage au sort réalisé avec un générateur de nombre aléatoire.

¹⁷⁴ Le numéro d'ordre était important afin de retrouver le numéro de dossier correspondant à partir des registres.

		Dépression	Schizophrénie	Hystérie	Total
1952	Hommes	3	6	3	12
	Femmes	7	4	7	19
1962	Hommes	4	5	2	11
	Femmes	6	5	8	19
1972	Hommes	4	7	2	13
	Femmes	6	3	8	17
1982	Hommes	4	6	2	12
	Femmes	6	4	8	18
	Total	40	40	40	120

Figure 18: tirage au sort prévisionnel : nombre d'hospitalisations à tirer au sort par années et par diagnostic.

En respectant le sex-ratio nous aurions dû travailler sur une population de 120 hospitalisations dont les diagnostics codés étaient dépression, schizophrénie ou hystérie pour les quatre années. En 1952, il n'y a aucun diagnostic codé uniquement « hystérie » dans la sous-population femmes, les sept hospitalisations avec ce diagnostic codé n'ont donc pas pu être tirés au sort. Au final, le travail de recherche est effectué sur 113 hospitalisations dont les diagnostics codés sont dépression, schizophrénie ou hystérie pour l'ensemble des quatre années 1952, 1962, 1972 et 1982. Au cours du travail de recherche, trois hospitalisations ont été introuvables: une hospitalisation homme pour le diagnostic de schizophrénie en 1952 et deux hospitalisations femmes pour le diagnostic de dépression en 1952. Au total, cent dix hospitalisations sont explorées pour les trois diagnostics et sur les quatre années d'étude : quinze hospitalisations hommes et vingt-trois hospitalisations femmes (soit trente-huit hospitalisations au total sur

les quatre années) pour le diagnostic de dépression ; vingt-trois hospitalisations hommes et seize hospitalisations femmes (soit trente-neuf hospitalisations au total sur les quatre années) pour le diagnostic de schizophrénie ; neuf hospitalisations hommes et vingt-quatre hospitalisations femmes (soit trente-trois hospitalisations au total sur les quatre années) pour le diagnostic d'hystérie. Nos résultats concernent les diagnostics de cet échantillon de 110 hospitalisations.

Diagnostics	Femmes	Hommes	Total
Dépression	15	23	38
Schizophrénie	23	16	39
Hystérie	9	24	33

Figure 19: nombre d'hospitalisations exploitées pour chaque diagnostic et pour chacune des années 1952, 1962, 1972 et 1982.

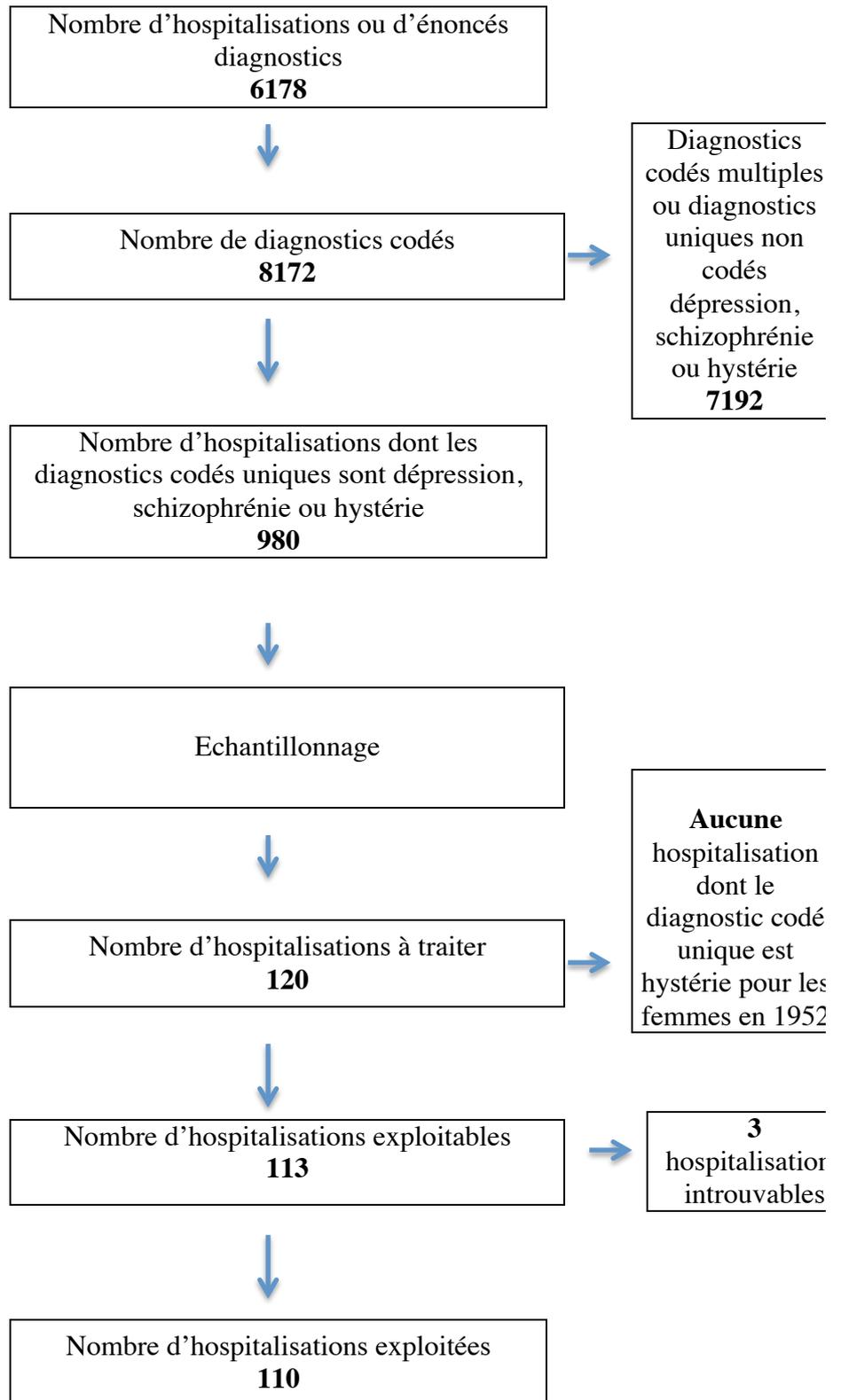


Figure 20: diagramme des flux.

Une fois notre échantillon de population défini, nous recherchons pour chacun des trois types de diagnostics posés au cours des 110 hospitalisations les différentes thérapeutiques proposées. Pour cela nous avons au préalable défini, au sein du Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, les documents contenant les données thérapeutiques.

3.2 Le choix de la source pour le recueil des données.

Le Fond d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg représente notre source primaire. Au sein de ce Fond d'Archive, nous avons recours à deux type de documents¹⁷⁵ : les registres d'admission¹⁷⁶ et les dossiers médicaux. Les registres d'admission nous permettent de retrouver les dossiers de notre échantillon dans le Fond d'Archives. Les dossiers médicaux recueillent les informations concernant les thérapeutiques. Ils sont eux mêmes constitués d'un grand nombre de documents différents. Il nous a donc fallu cibler plus précisément ceux qui allaient être utiles pour le recueil des données. Afin d'établir une description générale des dossiers médicaux, nous en avons sélectionnés vingt par tirage au sort sur la période de notre étude. Nous décrivons dans un premier temps les dossiers médicaux de façon générale et dans un second temps les documents présents dans ces dossiers et permettant notre recueil de données pour l'étude des thérapeutiques.

¹⁷⁵ Le fond d'archives comprend également des index, des livres de la loi et les dossiers de la Polyclinique. Ils n'ont pas été décrits ici car nous ne les avons pas utilisés.

¹⁷⁶ Ces registres d'admissions sont décrits dans la deuxième partie.

3.2.1 Description générale des dossiers médicaux.

Les dossiers médicaux de 1952 et 1962 sont conservés au DHVS¹⁷⁷ tant dis que les dossiers de 1972 et 1982 sont toujours à la Clinique Psychiatrique. Bien qu'un dénombrement précis n'ait pas encore été réalisé, nous pouvons voir à travers nos recherches que peu de dossiers sont introuvables et ils sont donc présents de manière relativement exhaustive.

Le dossier médical se présente sous la forme d'une couverture cartonnée mesurant 18X30 centimètres. Cette couverture est rouge pour les femmes et verte pour les hommes. A l'avant de cette couverture sont indiqués :

- le nom et le prénom du patient,
- sa date de naissance,
- son adresse,
- le numéro du dossier,
- les dates d'entrée et de sortie d'hospitalisation. Quand le patient a été hospitalisé plusieurs fois, les différentes dates sont notées,
- le diagnostic posé au cours de l'hospitalisation. Si le patient a été hospitalisé plusieurs fois, les différents diagnostics sont notés,
- le service dans lequel le patient a été hospitalisé (66, 58, 64, 59 de 1952 à 1972 puis 3013, 3011, 3003, 3006 en 1982).

A l'intérieur de cette couverture peuvent se trouver différents feuillets si le patient a été hospitalisé plusieurs fois. Ainsi il y a un dossier par patient et un feuillet par hospitalisation pour ce même patient. Les dates d'hospitalisation sont retranscrites sur les feuillets. Pour chaque

¹⁷⁷ Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé, Strasbourg.

hospitalisation, les documents constituant le dossier médical sont intercalés à l'intérieur du feuillet. Nous en avons fait l'inventaire.

Pour chacune des quatre années, nous retrouvons

- des courriers au médecin traitant, dactylographiés,
- des courriers aux autres médecins participants à la prise en charge des patients, dactylographiés,
- les notes médicales, manuscrites,
- des feuilles de traitement, manuscrites,
- des feuilles de constantes, manuscrites,
- des feuilles d'électro-convulsivothérapie, manuscrites,
- des rapports médicaux, dactylographiés.

D'autres documents ne sont retrouvés que pour certaines années :

- des certificats médicaux de placement, dactylographiés, en 1952,
- des radiographies, des lettres de patients au Professeur et des lettres de famille de patients, manuscrites, en 1962,
- des feuilles de cure d'insuline, manuscrites, en 1952 et 1962,
- des cartons de traitement, manuscrits, en 1962, 1972 et 1982,
- des examens psychologiques, dactylographiés, en 1972 et 1982,
- des ordonnances permanentes, manuscrites en 1982.

Ces dossiers se présentent extérieurement de la même façon au cours de nos quatre années d'études. Leur contenu varie d'un patient à l'autre selon le diagnostic posé et les spécificités en lien avec la personne hospitalisée, et d'une année à l'autre selon les avancées médicales et les évolutions thérapeutiques. Afin de recueillir la variable de notre étude (la prise en charge thérapeutique), nous avons ciblé plus précisément dans les dossiers

médicaux les documents renseignant les prescriptions faites par les psychiatres au cours des hospitalisations de notre échantillon.

3.2.2 Les documents des dossiers médicaux choisis pour le recueil des données.

Notre source de données doit remplir deux critères : nous renseigner sur la prise en charge thérapeutique des diagnostics posés au cours des hospitalisations de notre échantillon et être présente de façon systématique dans les dossiers médicaux, afin que notre travail soit fiable et reproductible. Les documents remplissant ces deux critères sont recherchés au sein des dossiers médicaux.

Pour les quatre années, les documents qui concernent la prise en charge thérapeutiques des patients sont les suivants :

- des courriers au médecin traitant, dactylographiés,
- des courriers aux autres médecins participants à la prise en charge des patients, dactylographiés (appelés par la suite « lettre au médecin traitant »),
- les notes médicales, manuscrites,
- des feuilles de traitement, manuscrites,
- des feuilles d'électro-convulsivothérapie, manuscrites,
- des feuilles de cure d'insuline, manuscrites,
- des rapports médicaux¹⁷⁸, dactylographiés.

¹⁷⁸ Certains des dossiers explorés ne contenaient pas de rapports médicaux en 1952 et 1962.

Nous retrouvons également :

- des cartons de traitement, manuscrits, en 1962, 1972 et 1982,
- une ordonnance permanente, manuscrite, en 1982.

Les deux documents présents de façon systématique sont les « feuilles de traitements » et les « rapports médicaux ». Pour les années 1952 et 1962, certains rapports médicaux ne sont cependant pas retrouvés. Un autre type de document renseigne les mêmes informations, mais de façon moins organisée. Nous appelons ce document « lettre au médecin traitant » car il est destiné à un médecin extérieur à l'établissement hospitalier, souvent à l'origine de la demande d'hospitalisation, qui semble impliqué au premier plan dans les soins du patient¹⁷⁹. Sa présence nous permet de conserver les rapports médicaux comme l'une des deux sources principales de données. En cas d'absence du rapport médical, des informations identiques peuvent être recueillies dans la lettre au médecin traitant.

❖ Les feuilles de traitements¹⁸⁰.

Ces documents ne possèdent pas de titre et renseignent les prescriptions médicamenteuses faites au cours de l'hospitalisation. Nous les intitulons « feuille de traitements » par commodité pour les identifier et faciliter leur utilisation. Leur présentation varie au cours de nos quatre années d'étude. Seules leur dimension (30X41,4 centimètres) et leur trame dactylographiée, imprimée dans le sens de la largeur, restent invariables. Les données

¹⁷⁹ Ces déductions ont été faites à partir du contenu des lettres.

¹⁸⁰ Fonds d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, feuilles de traitements, 1952- 1982.

renseignées sont transcrites à la main. La trame de ces documents est décrite pour chacune des années 1952, 1962, 1972 et 1982.

En 1952, les différentes données dactylographiées sont les suivantes, de haut en bas :

- « Hospices civils de Strasbourg-hôpital civil-clinique-service »,
- « Nom-prénom-âge-profession-groupe sanguin-année-mois »,
- Un tableau, où sont inscrits sur la partie gauche, les termes « date », « jour de maladie », « poids-taille », « examens », « couché-levé », « traitements », « crachats » (accompagné des valeurs 700 à 100), « liquides » (accompagné des valeurs 3500 à 500), « pouls/TA » (accompagné des valeurs 180 à 60), « resp » (accompagné des valeurs 80 à 20)¹⁸¹, « temp » (accompagné des valeurs 41 à 35)¹⁸², « urines », « sédiments », « selles » et « examen du sang ». Sur la droite, le reste du tableau permet de renseigner quotidiennement ces données sur une durée de treize jours (une case par jour). Les chiffres 4-8-12-16-20-24¹⁸³ sont inscrits en haut de chacune des treize cases.

Figure 21: feuille de traitements 1952.

¹⁸¹ Nous supposons qu'il s'agit de l'abréviation de respiration.

¹⁸² Nous supposons qu'il s'agit de l'abréviation de température.

¹⁸³ Nous supposons qu'il s'agit des heures de prescriptions.

En 1962, une partie des feuilles de traitements est identiques à celles décrites en 1952. Une autre partie diffère par l'organisation des données, qui semble simplifiée. Les données dactylographiées sont les suivantes, de haut en bas :

- « Hospice civils de Strasbourg-Hôpital civil-Clinique-service »
 - « Nom », « prénom », « âge », « diagnostic », « année » et « mois »,
 - Un tableau, dans lequel sont inscrits sur la partie gauche les termes « date », « jour de maladie », les chiffres « 41, 40, 39, 38, 37, 36 et 35 », des chiffres allant de 170 à 40, les termes « urines », « selles » et « notes ».
- Sur la droite, le reste du tableau permet de renseigner quotidiennement ces données sur une durée de trente-et-un jours (une case par jour). En haut de chacune des cases les lettres M et S¹⁸⁴ apparaissent. Les traitements prescrits sont notés au niveau de ce tableau.



Figure 22: feuille de traitements 1962.

En 1972, les feuilles de traitements sont identiques à celles de 1952.

En 1982, la présentation change à nouveau. Les données dactylographiées sont les suivantes, de haut en bas :

- « Hospices Civils-hôpital de Hautepierre »,

¹⁸⁴ Nous supposons que ces lettres signifient Matin et Soir.

- Un tableau, au niveau du quel sont inscrits les termes « nom et prénom », « âge », « taille », « admis le », « sortie le », « unité de soins », « feuille N° », « date », « TA », « poids », « traitement », « soins infirmiers », « alimentation », « liquide » (accompagné des valeurs 3000 à 500), « TA »¹⁸⁵ (accompagné des valeurs 30 à 0), « puls »¹⁸⁶ (accompagné des valeurs 160 à 40), « T »¹⁸⁷, (accompagné des valeurs 40 à 34), « urine », « alb »¹⁸⁸, « sucre », « acet »¹⁸⁹, « selles » et « examens ». Sur la droite, le reste du tableau permet de renseigner ces données quotidiennement sur une durée de quatorze jours (une case par jour). En haut de chaque case apparaissent alternativement les chiffres « 0 » et « 12 ». En dessous de chaque case sont inscrites les heures « 7h-11h-17h ».

Figure 23: feuille de traitements 1982.

❖ Les rapports médicaux¹⁹⁰.

Ces documents sont retrouvés à partir de 1952. Le terme « rapport médical » est écrit en grand au niveau de la partie supérieure du document, c'est pourquoi nous les avons désignés ainsi. Les rapports médicaux se présentent

¹⁸⁵ Nous supposons qu'il s'agit de l'abréviation de tension artérielle.

¹⁸⁶ Nous supposons qu'il s'agit de l'abréviation de pulsation.

¹⁸⁷ Nous supposons que cette lettre désigne le mot température.

¹⁸⁸ Nous supposons qu'il s'agit du terme albumine.

¹⁸⁹ Nous supposons qu'il s'agit du terme acétone.

¹⁹⁰ Fonds d'archives de la Clinique Psychiatrique universitaire de Strasbourg, rapports médicaux, 1952-1982

sous la forme d'une feuille de 21X26,5 centimètres sur laquelle apparaissent de manière dactylographiée une trame générale et des informations spécifiques à chaque patient. C'est la trame générale des ces rapports médicaux que nous décrivons. En haut de la feuille, les termes « Hospices civils de Strasbourg, Hôpital civil » sont inscrits à gauche et les termes « clinique » et « psychiatrie » apparaissent à droite. L'intitulé « rapport médical » est écrit en dessous. Sous ces premiers éléments sont renseignées l'identité du patient sous la forme : « nom », « prénom », « né le ». En dessous, à côté du mot « domicile » est inscrit l'adresse du patient. Plus bas, les dates d'hospitalisation apparaissent sous la forme « hospitalisé(e) du ... au... ». A côté de ces dates, est noté le « service » dans lequel le patient est hospitalisé. En 1962 et 1972, il existe quatre services désignés par les numéros 64, 66, 58 ou 59. A partir de 1973, les services de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg sont réorganisés et désignés par les numéros 3006, 3003, 3013, 3011, retrouvés dans les rapports médicaux de 1982. Les anciens numéros des services sont renseignés entre parenthèse. Sous les dates d'hospitalisation, est inscrite la « caisse » dont dépend le patient. Le rapport médical est ensuite organisé en différentes parties dont les différents intitulés « diagnostic définitif », « traitement », « résumé de l'histoire », « principaux signes », « évolution », « état à la sortie » et « convalescence proposée » apparaissent l'un en dessous de l'autre sur la partie gauche de la feuille. Dans les rapports de 1982, une partie supplémentaire est présente et s'intitule « traitement de sortie ». Elle se situe avant la partie « convalescence proposée ». Enfin, sur la dernière ligne du rapport médical, en bas de la feuille, sont renseignés la date de rédaction du rapport et les noms des

médecins hospitaliers en charge du patient. Ainsi en 1952 et 1962, les rapports peuvent être signés par l'externe, l'interne et/ou le chef de clinique et de façon systématique par le directeur de la clinique, Théophile Kammerer. En 1972, les rapports sont signés par l'interne, le chef de clinique, l'attaché des hôpitaux et/ou le professeur agrégé qui est Léonard Singer. En 1982, ils peuvent être signés par l'interne et/ou le chef de clinique et/ou le chef de service et/ou l'attaché. L'identité des médecins dépend du service dans lequel le patient est hospitalisé.

HOSPICES CIVILS DE STRASBOURG
HOPITAL CIVIL
Monsieur le Docteur BARR
MEDICAL B.
Psychiatrique

RAPPORT MÉDICAL

Nom : [redacted] Prénom : [redacted] Né(e) le : 14.9.44
Domicile : STRASBOURG 49, rue de l'Hôpital au 5.4.62 Service 66
Hospitalisé(e) de : 5.4.62 au 30.4.62
Cause : [redacted]
Diagnostic définitif : Episode d'agitation chez une débile légère schizoïde.
Traitements : Largactil.

Résumé de l'histoire : Transfert de Médicale B. où le malade s'agitait et refusait le traitement ordonné en raison de son anémie.

Principaux signes : Episode d'agitation avec cris et pleurs.
Fureur de l'annonce. Stéréotypie. Personnalité schizoïde.
Débilité légère.

Evolution : Favorable, sous l'effet des neuroleptiques.

Etat à la sortie : Calme. L'anémie avait disparue.

Convalescence proposée : 3 semaines.

M. SICHTEL Docteur SINGER STRASBOURG, le 8.5.62
Interne Médecin des Hôpitaux Le Directeur de la Clinique :
Professeur TH. KAMMERER

Figure 24: rapport médical 1962.

HOSPICES CIVILS DE STRASBOURG
HOPITAL CIVIL
Psychiatrique I

RAPPORT MÉDICAL

Nom : [redacted] Né(e) le : 21.01.1945
Domicile : STRASBOURG - 1, boulevard Dostoevsky au 19.3.1982 Service 3011 (59)
Hospitalisé(e) de : 4.2.1982 au 19.3.1982
Cause : [redacted]
Diagnostic définitif : Etat dépressif sévère. Paranoïa sensitive.
Traitements : Antidépresseurs.
Tranquillisants.
Entretiens psychothérapeutiques.

Résumé de l'histoire : début des troubles il y a quelques mois au décours de 2 interventions chirurgicales successives (castration testiculaire bilatérale). Situation de famille et professionnelle critique.

Principaux signes : - Tristesse - Aboulie - Apathisme - Idées d'incapacité, d'infirmité et de suicide.
- Eléments sensitifs : tendances interprétatives, méfiance, réticence.

Evolution : Favorable - Contact amélioré

Etat à la sortie :
TRAITEMENT DE SORTIE : TENESTA 2,5 mg : 1/2 cp matin et midi, 1 cp le soir
MECARON : 1 cp au coucher
Convalescence proposée : R.V. pris en Polyclinique pour la poursuite d'un travail psychothérapeutique

STRASBOURG, le 31 mars

M.O. THOMANN Docteur P.A. JULIE Professeur Th. KAMMERER
F.P. INTERNE Chef de Clinique Chef de Service

Figure 25: rapport médical 1982.

❖ Les lettres au médecin traitant.

Dans les dossiers où nous ne retrouvons pas de rapports médicaux nous utilisons la « lettre au médecin » traitant pour le recueil de données. Ce document renseigne des informations identiques à celles des rapports médicaux, de façon moins systématisée. En 1952, ces lettres se présentent sous une forme dactylographiée. En haut à droite, la date de rédaction de la lettre est inscrite. En dessous de cette date sont indiqués le nom, le prénom et l'adresse du médecin destinataire. Le contenu de la lettre renseigne le diagnostic, les traitements, l'évolution clinique et le devenir du patient. Ces courriers sont signés par l'interne ou l'assistant et par le directeur de la clinique qui est Eugène Gelma en 1952.

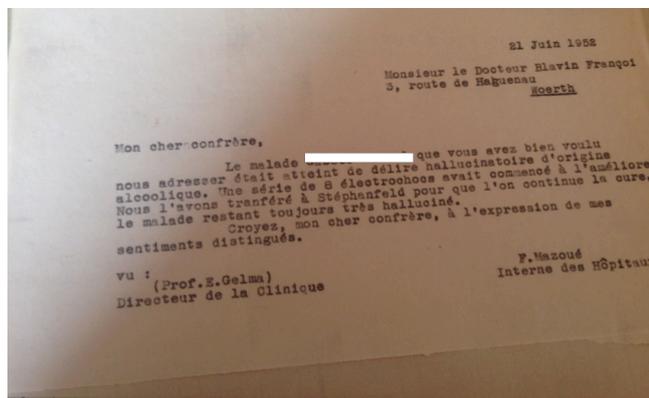


Figure 26: lettre au médecin traitant, 1952.

En 1962, la forme de ces lettres évolue. Elles sont toujours dactylographiées mais possèdent un en-tête intitulé « Hospices civils de Strasbourg-hôpital civil ». En haut à gauche sont indiqués les termes « Clinique Psychiatrique » et « Directeur : Prof Kammerer » ainsi qu'un numéro de téléphone : « 34.07.87. - 34.24.15. » En haut à droite sont inscrits « Strasbourg » et la date de rédaction de la lettre. Le contenu

renseigne le diagnostic, les traitements et l'évolution clinique. Ces lettres sont signées par l'externe, l'interne et/ou le chef de clinique et le directeur de la clinique qui est Théophile Kammerer.

Un autre modèle de lettre au médecin traitant, qui s'apparente à celui du rapport médical, est retrouvé en 1962. La trame générale et le contenu de la lettre sont dactylographiés. En haut à gauche les termes « CPSS Strasbourg » et « Psychiatrique » sont notés ainsi que le nom, le prénom et l'adresse du médecin destinataire. En dessous sont indiqués le nom, le prénom, la date de naissance et l'adresse du patient. En dessous encore, les dates d'entrée et de sortie d'hospitalisation apparaissent. Ensuite, la lettre est subdivisée en différentes parties qui indiquent le diagnostic, le traitement, l'état clinique à l'arrivée, les principaux signes, l'évolution clinique, l'état à la sortie. La lettre est datée et signée par l'interne, le chef de clinique, et/ou l'assistant et le Professeur Kammerer.

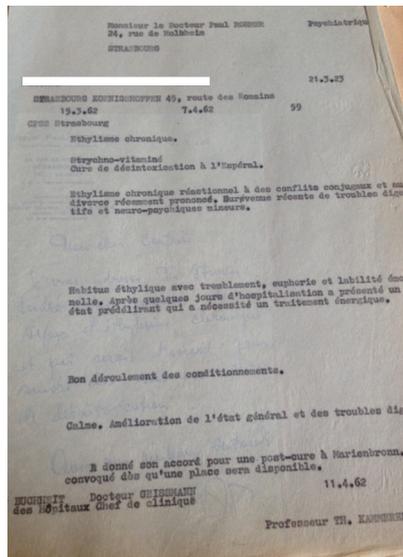


Figure 27: lettre au médecin traitant, deuxième feuille, 1962.

Les feuilles de traitements et les rapports médicaux sont des documents standardisés, retrouvés dans l'ensemble des dossiers médicaux. Les données thérapeutiques recueillies sont issues de ces documents. Le recueil de données est systématisé grâce à l'application d'une grille que nous avons construite à partir d'informations issues de la littérature psychiatrique.

3.3 Le recueil des données.

3.3.1 La construction de la grille thérapeutique.

La grille thérapeutique doit permettre d'avoir une vue d'ensemble des différentes thérapeutiques proposées au cours de nos années d'étude et d'organiser le recueil des données. Elle est construite à partir de données historiques retrouvées dans des ouvrages de psychiatrie et décrites dans notre premier chapitre¹⁹¹. Elle regroupe en deux colonnes des catégories thérapeutiques et des sous-catégories thérapeutiques. Les différentes catégories thérapeutiques de la grille sont au nombre de dix-sept : malariathérapie, insulinothérapie (ou cure de Sakel), lobotomie, électrochocs, psychotropes, cures antabuses, psychothérapies, thérapies institutionnelles, psychiatrie de secteur, thérapies dynamiques, sédatifs, cardiazol, hydrothérapie, luminothérapie, traitement moral, technique d'intimidation, magico-religieux, autres. Les catégories thérapeutiques de la grille ne font pas toutes partie de l'offre thérapeutique possible au cours

¹⁹¹ La construction de la grille à partir des informations trouvées au niveau du Fond d'Archive de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg a été envisagée. Mais la pré-construction de la grille à partir de la littérature nous permettait d'orienter notre recherche des différentes thérapeutiques dans les dossiers médicaux de patients ainsi qu'un premier travail de comparaison entre les données des ouvrages et celles des dossiers médicaux de patients.

de nos années d'études. Cependant, nous avons fait l'hypothèse que certains traitements pouvaient être retrouvés dans l'arsenal thérapeutique strasbourgeois même si les ouvrages ne les considéraient pas comme des thérapeutiques de notre période d'étude. La grille cherche donc une certaine exhaustivité dans les traitements qu'elle regroupe. Elle est représentée ci-dessous. Une brève description des traitements n'étant pas décrits dans notre première partie figure en annexe (annexe 5).

Catégorie Thérapeutiques	Sous-catégorie Thérapeutiques
<i>Malariathérapie</i>	
<i>Insulinothérapie-cure de Sakel</i>	
<i>Lobotomie</i>	
<i>Electrochoc</i>	
<i>Psychotropes</i>	
	<i>Neuroleptiques</i>
	<i>Tranquillisants</i>
	<i>Antidépresseurs</i>
	<i>Lithium</i>
<i>Cures antabusés</i>	
<i>Psychothérapie</i>	<i>Psychanalyse</i>
	<i>Ethnopsychiatrie</i>
	<i>Psychothérapie existentielle</i>
	<i>Psychothérapie non directive</i>
	<i>Psychodrame</i>
	<i>Thérapies psychocorporelles</i>
	<i>Gestalt-thérapie</i>
	<i>Thérapies systémiques</i>
	<i>Analyse transactionnelle</i>
	<i>Programmation neurolinguistique</i>
	<i>Hypnose</i>
	<i>Training autogène de Schultz</i>
	<i>Thérapies comportementales</i>
	<i>Thérapies cognitives</i>
<i>Thérapie institutionnelles</i>	
<i>Psychiatrie de secteur</i>	
<i>Thérapies dynamiques</i>	
<i>Sédatifs</i>	
<i>Cardiazol</i>	
<i>Hydrothérapie</i>	
<i>Luminothérapie</i>	
<i>Traitement moral</i>	
<i>Techniques d'intimidation</i>	
<i>Magico-religieux</i>	
<i>Autre</i>	

Figure 28: grille thérapeutique.

3.3.2 L'application de la grille thérapeutique.

Après le tirage au sort, nous avons une liste de 110 hospitalisations dont les diagnostics codés sont dépression, schizophrénie ou hystérie pour les années 1952, 1962, 1972 et 1982. Le travail de recueil de données consiste en quatre étapes différentes : la création d'un classeur Excel pour inscrire les données thérapeutiques, la détermination des numéros de dossiers médicaux contenant les hospitalisations à explorer, l'extraction et la lecture des feuilles de traitements et des rapports médicaux, le report des informations trouvées dans ces documents au niveau du classeur Excel.

❖ Création du classeur Excel.

Le classeur se compose de six feuilles : deux feuilles pour chacun des diagnostics dépression, schizophrénie et hystérie, une pour les hommes et une pour les femmes. Sur chaque feuille la trame de la grille thérapeutique est reportée au niveau de la partie gauche. Le reste de la feuille se divise en quatre parties, soit une partie par année. Chacune de ces parties est subdivisée en colonnes dont le nombre varie selon le nombre d'hospitalisations tirées au sort par année et par diagnostics. En haut de chaque colonne, le numéro d'ordre correspondant à l'énoncé diagnostic, transformé en diagnostic codé, est transcrit¹⁹².

¹⁹² Nous rappelons que le numéro d'ordre était inscrit dans la première colonne des registres. Au moment du recueil des énoncés diagnostiques et de leur transformation en diagnostics codés, nous avons relevé de façon systématique le numéro d'ordre correspondant.

A	B	C	D	E	F	G
		N° d'ordre	29	32	119	
		N° dossier	53-0713	687	760	
		Service				
Catégorie Thérapeutiques	Sous-catégorie Thérapeutiques					
Malariathérapie			X (feuilles insuline)	X (feuilles insuline)		
Insulinothérapie-cure de Sakel						
Lobotomie			X	X		
Electrochoc						
Psychotropes						
	Neuroleptiques					
	Tranquillisants					
	Antidépresseurs					
	Lithium					
Cures antabus						
Psychothérapie	Psychanalyse					
	Ethnopsychiatrie					
	Psychothérapie existentielle					
	Psychothérapie non directive					
	Psychodrame					
	Thérapies psychocorporelles					
	Gestalt-thérapie					

Figure 29: capture d'écran du classeur Excel.

❖ Détermination des numéros de dossiers médicaux à explorer.

Le numéro d'ordre correspondant à chacune des hospitalisations de notre échantillon est recherché dans les registres d'admission pour chaque année 1952, 1962, 1972 et 1982. Au niveau des registres, sous chaque numéro d'ordre, est inscrit le numéro de dossiers correspondant. Ce numéro permet de retrouver les dossiers au niveau du Fond d'Archive.

❖ Extraction et lecture des feuilles de traitement et des rapports médicaux.

Chaque dossier médical est cherché et le feuillet correspondant aux dates d'hospitalisation de notre échantillon est récupéré¹⁹³. La feuille de traitement et le rapport médical sont extraits de ce feuillet. Pour chaque hospitalisation tirée au sort, nous relevons les thérapeutiques retrouvées au niveau de la feuille de traitement et du rapport médical. Les données

¹⁹³ Les dates d'hospitalisation étaient indiquées dans le registre d'admission, à côté du numéro d'ordre et de l'énoncé diagnostic transformé en diagnostic codé.

doivent être présentes soit au niveau de la feuille de traitement, soit au niveau du rapport médical soit au niveau des deux documents. En cas d'absence de rapport médical dans le dossier, nous recueillons les informations au niveau de la lettre au médecin traitant.

❖ Report des données dans le classeur Excel.

Les différentes informations concernant la prise en charge thérapeutique sont ensuite reportées au niveau du classeur Excel pour chacun des trois diagnostics, pour chacune des quatre années et pour chacune des hospitalisations tirée au sort. La présence de chaque catégorie ou sous-catégorie de la grille thérapeutique au niveau de la feuille de traitement ou du rapport médical est indiquée par l'inscription d'une croix dans le classeur Excel. La case est laissée blanche quand le traitement n'apparaît pas.

3.4 Analyse statistique.

La grille thérapeutique remplie pour les trois diagnostics et les quatre années d'étude, nous repérons les traitements pour lesquels nous avons inscrits une croix dans le classeur Excel. Ces traitements sont l'électroconvulsivothérapie, les tranquillisants, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les sédatifs, les cures de Sakel, les cures antabuses, le lithium, la psychothérapie et les entretiens. Nous ne prenons pas en compte les traitements pour lesquels la case est restée blanche puisque ceux-ci

n'apparaissent pas dans les rapports médicaux et les feuilles de traitement et n'appartiennent donc pas au panorama thérapeutique. Le nombre de fois où les traitements apparaissent est ensuite comptabilisé pour chacun des diagnostics dépression, schizophrénie et hystérie et pour chacune des quatre années 1952, 1962, 1972 et 1982, d'abord pour les hommes et pour les femmes séparément, puis les résultats sont additionnés.

Pour chaque diagnostic, sur l'ensemble des hospitalisations de l'échantillon pour une même année (1952, 1962, 1972 ou 1982), le nombre de fois où un traitement est retrouvé représente son effectif respectif. Une mesure de proportion est effectuée pour chaque traitement: pour chaque diagnostic, le nombre de fois où un traitement est retrouvé par année (effectif respectif) est rapporté au nombre total de traitement retrouvé pour cette même année (effectif total des traitements pour les diagnostics de dépression, de schizophrénie ou d'hystérie pour chaque année) soit pour le diagnostic de dépression neuf traitements en 1952, dix-sept traitements en 1962, cinquante-cinq traitements en 1972, soixante-neuf traitements en 1982 ; pour le diagnostic de schizophrénie cinq traitements en 1952, vingt-trois traitements en 1962, seize traitements en 1972, vingt-et-un traitements en 1982 ; pour le diagnostic d'hystérie zéro traitements en 1952, quarante-et-un traitements en 1962, vingt-et-un traitements en 1972 et vingt-deux traitements en 1982.

Ainsi pour chacun des diagnostics dépression, schizophrénie et hystérie de notre échantillon d'hospitalisation, nous avons pu déterminer le pourcentage de chaque traitement parmi l'ensemble des traitements pour chacune des quatre années 1952, 1962, 1972 et 1982.

4. Résultats.

Les résultats objectivent le pourcentage des différents traitements pour notre échantillon d'hospitalisation. Ils sont détaillés pour chacun des diagnostics et pour chacune des quatre années. Aucune spécificité de prescription en fonction des différents services et donc des différents prescripteurs n'est retrouvée. Nous n'avons donc pas détaillé les résultats pour les différents services. Ces résultats reflètent les pratiques thérapeutiques de l'ensemble de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, pour notre échantillon d'hospitalisation.

4.1 Les traitements du diagnostic de dépression.

Pour le diagnostic de dépression en 1952, il y a huit hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons cinq fois un traitement par électro convulsivothérapie et quatre fois un traitement par sédatifs.

En 1962, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons deux fois un traitement par tranquillisants, trois fois un traitement par neuroleptiques, sept fois un traitement par antidépresseurs, trois fois un traitement par sédatifs, une fois un traitement par cures antabusés et une fois un traitement par psychothérapie.

En 1972, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons une fois un traitement par électro convulsivothérapie, quatre fois un traitement par tranquillisants, six fois un traitement par neuroleptiques, deux fois un

traitement par antidépresseurs, deux fois un traitement par sédatifs et quatre fois un traitement par psychothérapie.

En 1982, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons une fois un traitement par électro convulsivothérapie, huit fois un traitement par tranquillisants, deux fois un traitement par neuroleptiques, huit fois un traitement par antidépresseurs, six fois un traitement par sédatifs, deux fois un traitement par lithium, une fois un traitement par psychothérapie et cinq fois un traitement par entretien.

Années	1952	1962	1972	1982
ECT	5	0	1	1
Tranquillisants	0	2	4	8
Neuroleptiques	0	3	6	2
Antidépresseurs	4	7	2	8
Sédatifs	0	3	2	6
Cure de Sakel	0	0	0	0
Cures antabuses	0	1	0	0
Lithium	0	0	0	2
Psychothérapie	0	1	4	1
Entretien	0	0	0	5
Total traitements	9	17	55	69

Figure 30: effectif respectif et effectif total de chaque traitement retrouvé sur l'ensemble des hospitalisations pour lesquelles le diagnostic de dépression a été posé pour chacune des quatre années.

Les résultats suivants correspondent au pourcentage représenté par chaque traitement (effectif respectif) sur l'ensemble des traitements par années d'étude pour le diagnostic de dépression, hommes et femmes confondus, soit neuf traitements en 1952, dix-sept traitements en 1962, cinquante-cinq

traitements en 1972 et soixante-neuf traitements en 1982 (effectif total). Le graphique qui en découle représente le panorama thérapeutique du diagnostic de dépression en 1952, 1962, 1972 et 1982, pour notre échantillon d'hospitalisations.

Années	1952	1962	1972	1982
ECT	55,55%	0,00%	1,82%	1,45%
Tranquillisants	0,00%	11,76%	7,27%	11,59%
Neuroleptiques	0,00%	17,65%	10,91%	2,90%
Antidépresseurs	0,00%	41,18%	3,64%	11,59%
Sédatifs	44,44%	17,65%	3,64%	8,70%
Cure de Sakel	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Cures antabuses	0,00%	5,88%	0,00%	0,00%
Lithium	0,00%	0,00%	0,00%	2,90%
Psychothérapie	0,00%	5,88%	7,27%	1,45%
Entretiens	0,00%	0,00%	0,00%	7,25%

Figure 31: pourcentage de chaque traitement par rapport à l'ensemble des traitements pour le diagnostic de dépression en 1952, 1962, 1972 et 1982.

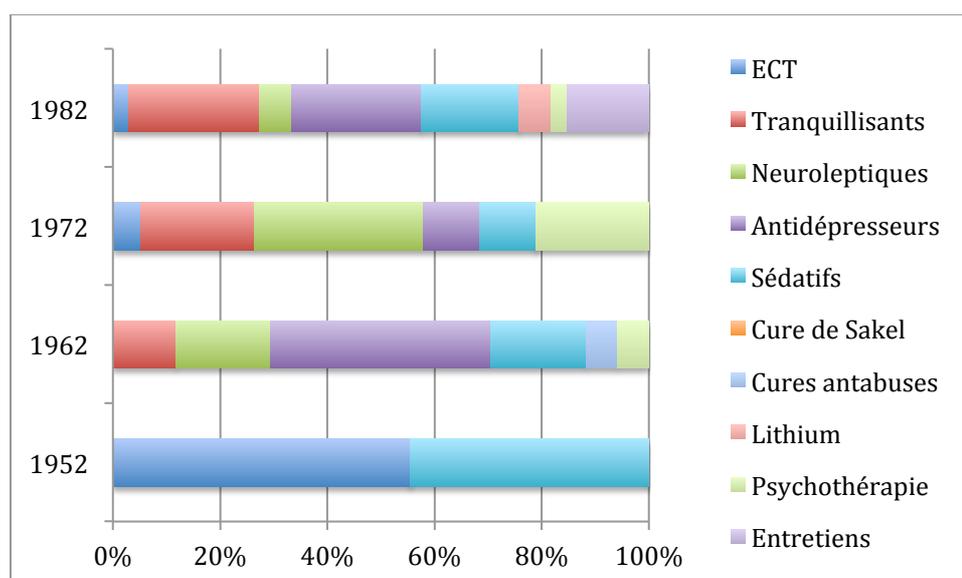


Figure 32: panorama thérapeutique du diagnostic de dépression pour chacune des années 1952, 1962, 1972 et 1982.

En 1952, les traitements du diagnostic dépression sont l'électro convulsivothérapie (55,55%) et les sédatifs (44,44%).

En 1962, les traitements du diagnostic dépression sont les tranquillisants (11,76%), les neuroleptiques (17,65%), les antidépresseurs (41,18%), les sédatifs (17,65%), les cures antabuses (5,88%) et la psychothérapie (5,88%).

En 1972, les traitements du diagnostic dépression sont l'électro convulsivothérapie (1,82%), les tranquillisants (7,27%), les neuroleptiques (10,91%), les antidépresseurs (3,64%), les sédatifs (3,64%) et la psychothérapie (7,27%).

En 1982, les traitements du diagnostic dépression sont l'électro convulsivothérapie (1,45%), les tranquillisants (11,59%), les neuroleptiques (2,90%), les antidépresseurs (11,59%), les sédatifs (8,70%), le lithium (2,90%), la psychothérapie (1,45%) et les entretiens (7,25%).

4.2 Les traitements du diagnostic de schizophrénie.

Pour le diagnostic de schizophrénie en 1952, il y a neuf hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons une fois un traitement par sédatifs, trois fois un traitement par cure de Sakel et une fois un traitement par psychothérapie.

En 1962, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons quatre fois un traitement par électro convulsivothérapie, deux fois un traitement par tranquillisants, neuf fois un traitement par neuroleptiques, quatre fois un traitement par antidépresseurs et deux fois un traitement par sédatifs.

En 1972, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons une fois un traitement par tranquillisants, neuf fois un traitement par neuroleptiques, trois fois un traitement par antidépresseurs et trois fois un traitement par sédatifs.

En 1982, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons trois fois un traitement par tranquillisants, neuf fois un traitement par neuroleptiques, une fois un traitement par antidépresseurs, deux fois un traitement par sédatifs, une fois un traitement par lithium et cinq fois un traitement par entretiens.

Années	1952	1962	1972	1982
ECT	0	4	0	0
Tranquillisants	0	2	1	3
Neuroleptiques	0	9	9	9
Antidépresseurs	0	4	3	1
Sédatifs	1	2	3	2
Cure de Sakel	3	2	0	0
Cures antabuses	0	0	0	0
Lithium	0	0	0	1
Psychothérapie	1	0	0	0
Entretiens	0	0	0	5
Total traitements	5	23	16	21

Figure 33: effectif respectif et effectif total de chaque traitement retrouvé sur l'ensemble des hospitalisations pour lesquelles le diagnostic de schizophrénie a été posé pour chacune des quatre années.

Les résultats suivant correspondent au pourcentage représenté par chaque traitement (effectif respectif) sur l'ensemble des traitements par années d'étude pour le diagnostic de schizophrénie, hommes et femmes confondus, soit cinq traitements en 1952, vingt-trois traitements en 1962, seize traitements en 1972 et vingt-et-un traitements en 1982 (effectif total). Le graphique qui en découle représente le panorama thérapeutique du diagnostic de schizophrénie en 1952, 1962, 1972 et 1982, pour notre échantillon d'hospitalisations.

Années	1952	1962	1972	1982
ECT	0,00%	17,39%	0,00%	0,00%
Tranquillisants	0,00%	8,70%	6,25%	14,29%
Neuroleptiques	0,00%	39,13%	56,25%	42,86%
Antidépresseurs	0,00%	17,39%	18,75%	4,76%
Sédatifs	20,00%	8,70%	18,75%	9,52%
Cure de Sakel	60,00%	8,70%	0,00%	0,00%
Cures antabuses	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Lithium	0,00%	0,00%	0,00%	4,76%
Psychothérapie	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Entretiens	0,00%	0,00%	0,00%	23,81%

Figure 34: pourcentage de chaque traitement par rapport à l'ensemble des traitements pour le diagnostic de schizophrénie en 1952, 1962, 1972 et 1982.

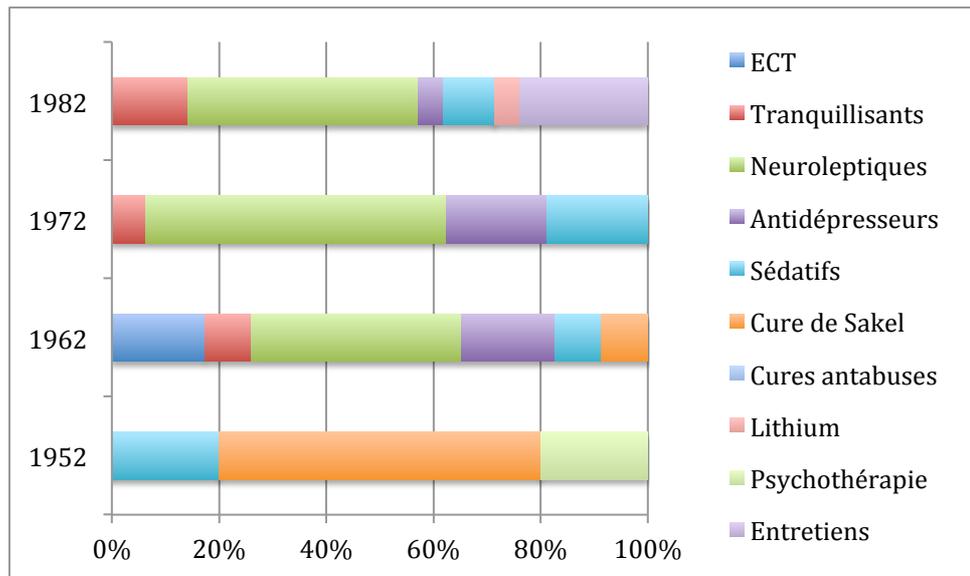


Figure 35: panorama thérapeutique du diagnostic de schizophrénie pour chacune des années 1952, 1962, 1972, 1982.

En 1952, les traitements du diagnostic schizophrénie sont les sédatifs (20,00%), les cures de Sakel (60,00%) et la psychothérapie (20,00%).

En 1962, les traitements du diagnostic schizophrénie sont l'électroconvulsivothérapie (17,39%), les tranquillisants (8,70%), les neuroleptiques (39,13%), les antidépresseurs (17,39%), les sédatifs (8,70%) et les cures de Sakel (8,70%).

En 1972, les traitements du diagnostic schizophrénie sont les tranquillisants (6,25%), les neuroleptiques (56,25%), les antidépresseurs (18,75%) et les sédatifs (18,75%).

En 1982, les traitements du diagnostic schizophrénie sont les tranquillisants (14,29%), les neuroleptiques (42,86%), les antidépresseurs (4,76%), les sédatifs (9,52%), le lithium (4,76%) et les entretiens (23,81%).

4.3 Les traitements du diagnostic d'hystérie.

Pour le diagnostic d'hystérie en 1952, il y a trois hospitalisations¹⁹⁴ : aucun traitement n'est mis en évidence.

En 1962, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons trois fois un traitement par tranquillisants, trois fois un traitement par neuroleptiques, deux fois un traitement par antidépresseurs, quatre fois un traitement par sédatifs et deux fois un traitement par psychothérapie.

En 1972, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons huit fois un traitement par tranquillisants, deux fois un traitement par neuroleptiques, une fois un traitement par antidépresseurs, trois fois un traitement par sédatifs et sept fois un traitement par psychothérapie.

En 1982, il y a dix hospitalisations pour lesquelles nous retrouvons sept fois un traitement par tranquillisants, deux fois un traitement par antidépresseurs, quatre fois un traitement par sédatifs, quatre fois un traitement par psychothérapie et cinq fois un traitement par entretiens.

¹⁹⁴ Il s'agissait uniquement d'hospitalisations hommes, il n'y avait aucun dossier avec pour diagnostic codé unique « hystérie » pour les femmes en 1952.

Années	1952	1962	1972	1982
ECT	0	0	0	0
Tranquillisants	0	3	8	7
Neuroleptiques	0	3	2	0
Antidépresseurs	0	2	1	2
Sédatifs	0	4	3	4
Cure de Sakel	0	0	0	0
Cures antabuses	0	0	0	0
Lithium	0	0	0	0
Psychothérapie	0	2	7	4
Entretiens	0	0	0	5
Total traitements	0	41	21	22

Figure36 : effectif respectif et effectif total de chaque traitement retrouvé sur l'ensemble des hospitalisations pour lesquelles le diagnostic d'hystérie a été posé pour chacune des quatre années.

Les résultats suivants correspondent au pourcentage représenté par chaque traitement (effectif respectif) sur l'ensemble des traitements par années d'étude pour le diagnostic d'hystérie, hommes et femmes confondus, soit zéro traitements en 1952, quarante-et-un traitements en 1962, vingt-et-un traitements en 1972 et vingt-deux traitements en 1982 (effectif total). Le graphique qui en découle représente le panorama thérapeutique du diagnostic d'hystérie en 1952, 1962, 1972 et 1982, pour notre échantillon d'hospitalisations.

Années	1952	1962	1972	1982
ECT	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Tranquillisants	0,00%	7,32%	38,10%	31,82%
Neuroleptiques	0,00%	7,32%	9,52%	0,00%
Antidépresseurs	0,00%	4,88%	4,76%	9,09%
Sédatifs	0,00%	9,76%	14,29%	18,18%
Cure de Sakel	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Cures antabuses	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Lithium	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Psychothérapie	0,00%	4,88%	33,33%	18,18%
Entretiens	0,00%	0,00%	0,00%	27,73%

Figure 37: pourcentage de chaque traitement par rapport à l'ensemble des traitements pour le diagnostic d'hystérie en 1952, 1962, 1972 et 1982.

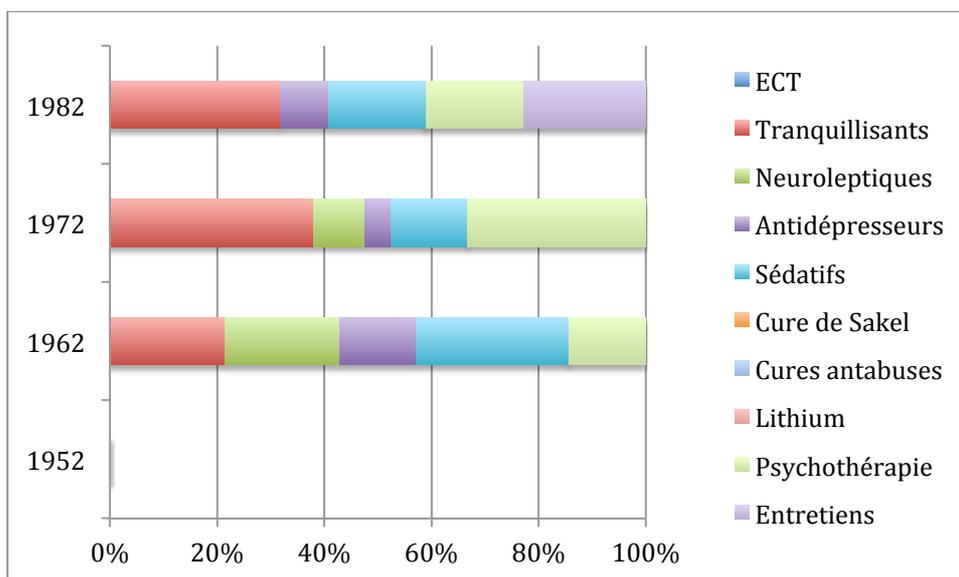


Figure 38: panorama thérapeutique du diagnostic d'hystérie pour chacune des années 1952, 1962, 1972 et 1982.

En 1952, aucun traitement n'est retrouvé pour le diagnostic d'hystérie.

En 1962, les traitements du diagnostic d'hystérie sont les tranquillisants (7,32%), les neuroleptiques (7,32%), les antidépresseurs (4,88%), les sédatifs (9,76%) et la psychothérapie (4,88%).

En 1972, les traitements du diagnostic d'hystérie sont les tranquillisants (38,10%), les neuroleptiques (9,52%), les antidépresseurs (4,76%), les sédatifs (14,29%) et la psychothérapie (33,33%).

En 1982, les traitements du diagnostic d'hystérie sont les tranquillisants (31,82%), les antidépresseurs (9,09%), les sédatifs (18,18%), la psychothérapie (18,18%) et les entretiens (22,73%).

5. Discussion.

Notre étude avait pour objectif de déterminer le pourcentage des différentes thérapeutiques utilisées à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, pour le traitement des diagnostics de dépression, schizophrénie et hystérie, pris indépendamment les uns des autres, pour un échantillon d'hospitalisations au cours des années 1952, 1962, 1972 et 1982. Nous avons ainsi pu rendre compte de la pratique thérapeutique pour cette institution et à cette période donnée par la construction d'un panorama des thérapeutiques pour chacun des trois diagnostics choisis. La discussion de notre étude s'articule en trois temps : nous analysons d'abord les résultats principaux, nous discutons ensuite trois points de façon plus précise, pour enfin évoquer les limites.

L'analyse des résultats principaux de notre étude met en évidence une variation du pourcentage des traitements, marquant l'apparition de certains d'entre eux alors que d'autres disparaissaient.

Les neuroleptiques, découverts en 1952, font leur entrée à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg en 1954¹⁹⁵. Dans notre étude, nous notons leur apparition à partir de 1962. Ils sont prescrits pour chacun des trois diagnostics et représentent un pourcentage important de l'ensemble des traitements prescrits. En 1972, ils représentent une part plus importante que les antidépresseurs dans le traitement de la dépression. Ceci est mis en lien avec une application large des neuroleptiques au moment de leur découverte.

Les antidépresseurs sont découverts en 1957. Ils sont retrouvés dans notre étude pour chacun des trois diagnostics à partir de 1962. Ils représentent également un pourcentage important de l'ensemble des traitements prescrits.

Bien que les premières publications validant l'usage du lithium en psychiatrie apparaissent dans les années 1950¹⁹⁶, ce traitement n'apparaît dans notre étude qu'en 1982, pour les diagnostics de dépression et de schizophrénie. Ce décalage peut-être mis en lien avec une difficulté d'acceptation de ce traitement secondaire à ses effets toxiques. Son association au diagnostic de schizophrénie paraît surprenante. Nous pouvons l'expliquer soit par une tentative de mesurer l'efficacité du lithium chez un patient schizophrène, soit par la présence d'éléments thymiques associés chez ce patient, le lithium étant un stabilisateur de

¹⁹⁵ PFLEGER G., 2010, *Op.Cit.*, P.151

¹⁹⁶ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.415

l'humeur. Par ailleurs, le traitement par lithium représente une part plus faible des traitements pour le diagnostic de dépression que pour celui de schizophrénie. Ceci est expliqué par la distinction des diagnostics de dépression et de psychose maniaco-dépressive à partir de 1982. Le pourcentage du traitement par lithium serait probablement plus important pour ce dernier diagnostic, qui ne faisait pas partie de notre échantillon.

Le traitement par électro convulsivothérapie est utilisé en 1952 pour le diagnostic de dépression ainsi qu'en 1972 et 1982 mais dans des proportions moindres. Ceci peut-être expliqué par l'introduction des antidépresseurs dans l'arsenal thérapeutique. L'indication première de ce traitement était le diagnostic de schizophrénie¹⁹⁷ mais nous ne retrouvons son usage pour ce diagnostic qu'en 1962.

Les sédatifs sont prescrits de façon constante et dans des proportions relativement stables pour les trois diagnostics au cours de la période d'étude, depuis 1952. Cette observation peut paraître surprenante puisqu'à partir de 1962 nous constatons l'introduction des anxiolytiques (ou tranquillisants, découverts en 1955), moins toxiques, prescrits pour les trois diagnostics. Nous nous attendons à ce que les anxiolytiques viennent remplacer les sédatifs, ce qui n'a pas été immédiatement le cas.

Les cures de Sakel, retrouvées pour le diagnostic de schizophrénie, disparaissent à partir de 1972. Ceci coïncide avec l'apparition des neuroleptiques dans l'arsenal thérapeutique en 1962, dont l'efficacité est prouvée, et qui viennent les remplacer.

¹⁹⁷ MONCRIEFF J., 2008, *Op.Cit.*

A noter également la présence de cure d'antabuse en 1962 comme traitement du diagnostic de dépression. Nous supposons que la présence de ce traitement s'explique par un alcoolisme associé au diagnostic de dépression.

La notion d'entretiens apparaît à partir de 1982 pour les trois diagnostics, en proportions équivalente pour les diagnostics de schizophrénie et d'hystérie et en proportion plus faible pour le diagnostic de dépression. A noter que 1982 est la date d'un changement de chefs de service à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg (Singer succède à Kammerer et devient chef de la Psychiatrie I tant dis que Patris se voit confier le service de Psychiatrie II).

La psychothérapie quant à elle est retrouvée pour les diagnostics de dépression et d'hystérie en 1962, 1972 et 1982. Elle est présente en 1952 pour le diagnostic de schizophrénie, dans une proportion importante puisqu'elle représente la même part que les traitements sédatifs. Puis, elle disparaît en 1962, au moment de l'apparition des neuroleptiques. Aucune précision n'est apportée quant au type de psychothérapie utilisé. Nous ne voyons par exemple pas apparaître les termes de psychanalyse ou de thérapie cognitivo-comportementale.

Certains traitements de la grille thérapeutique ne sont pas retrouvés dans les dossiers de notre échantillon au cours de nos années d'étude. Ainsi, la malariathérapie n'apparaît pas, ce qui n'est pas surprenant puisque la découverte de la pénicilline en 1942 fait tomber ce traitement en désuétude. De même, les chocs au cardiazol ne sont pas retrouvés en pratique, ce qui coïncide avec l'apparition de l'électro convulsivothérapie

qui les remplace. Les autres traitements n'étant pas retrouvés sont les thérapies dynamiques, l'hydrothérapie, la lumbinothérapie, le traitement moral, les techniques d'intimidation et le magico-religieux, traitements qui ne faisaient plus partie de l'offre thérapeutique au cours de la période d'étude. En revanche, la psychiatrie de secteur, les thérapies institutionnelles et la lobotomie appartiennent au paysage thérapeutique général de l'époque mais ne sont pas mis en évidence dans les dossiers médicaux. Soit ces traitements ne sont pas d'usage à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg pendant nos années d'étude, soit ils n'apparaissent pas dans les dossiers de notre échantillon mais pourraient être retrouvés dans d'autres dossiers.

Nous pouvons ainsi constater que l'apparition ou la disparition des différents traitements retrouvés dans l'arsenal thérapeutique strasbourgeois concorde avec l'évolution du paysage thérapeutique français général.

L'analyse de nos résultats conduit à discuter trois points plus précisément. Premièrement, nous retrouvons les mêmes types de traitements pour les trois diagnostics de l'étude. Le panorama thérapeutique marque l'introduction des traitements pharmacologiques dans l'arsenal thérapeutique strasbourgeois à partir de 1962. Aucun traitement n'apparaît comme étant spécifique d'un diagnostic en particulier. Historiquement, les neuroleptiques sont découverts en 1952, les antidépresseurs en 1957 et les tranquillisants (ou anxiolytiques) en 1955. Ces traitements font leur entrée à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg dès 1954 et ont de

larges indications de prescription¹⁹⁸. Ce fait connu dans l'histoire de la psychiatrie est donc également observé en pratique. Les traitements pharmacologiques apparaissent comme la solution pour le traitement de la pathologie mentale, indépendamment du prescripteur et du diagnostic. Leur efficacité indéniable conduit à des prescriptions larges, parfois en dehors de leur indication initiale.

Ceci introduit notre deuxième point : le panorama thérapeutique met en évidence une prescription de neuroleptiques pour le diagnostic d'hystérie en 1962 et 1972 qui nous paraît surprenante. En regardant plus précisément dans les dossiers, nous pouvons voir que les neuroleptiques prescrits sont identiques à ceux retrouvés pour le diagnostic de schizophrénie (Largactil®, Phenergan®, Nozinan® et Neuleptil®) et ne sont donc pas prescrits uniquement à visée symptomatique. Ils représentent de plus le même pourcentage que les tranquillisants. Ce type de prescription est indépendante du service dans lequel le patient est pris en charge et donc du médecin prescripteur. Ainsi, cette pratique thérapeutique est largement répandue à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. Nous pouvons faire deux hypothèses pour expliquer ce constat. Soit l'hystérie est une entité nosologique floue dont la présentation clinique peut mener à questionner la présence d'éléments psychotiques. Soit les neuroleptiques, étant décrits comme ayant un large spectre d'action, sont essayés dans le traitement de l'hystérie, diagnostic pour lequel la prise en charge thérapeutique pose problème. Ces deux hypothèses ne s'excluent pas l'une et l'autre. Pour le diagnostic d'hystérie, nous retrouvons également à partir

¹⁹⁸ PFLEGER G., 2010, Op.Cit., P.151

de 1962 la psychothérapie dans l'arsenal thérapeutique. Les résultats ne permettent pas de préciser de quel type de psychothérapie il s'agit. Le diagnostic d'hystérie renvoyant à la théorie sexuelle des névroses et à la psychanalyse, nous nous attendions à retrouver spécifiquement ce type de psychothérapie.

Ceci mène à notre troisième point : la psychanalyse n'apparaît pas dans les dossiers comme moyen thérapeutique. Pourtant, la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg est reconnue à cette période pour son œcuménisme¹⁹⁹, marqué notamment par les différentes obédiences des ses prescripteurs. A partir de 1953, Kammerer est le titulaire de la Chair de Psychiatrie de Strasbourg. Il est le premier psychanalyste parmi les neuropsychiatres universitaires. La psychothérapie lui apparaît comme un outil incontournable du soin. Il s'intéresse d'abord à la psychanalyse, qu'il fait entrer officiellement à la faculté de médecine de Strasbourg en 1954. Insistant sur l'indissociable complémentarité de la perspective somatique et psycho dynamique, il se lance dans une tentative de conciliation entre l'organique et le psychique, ce qu'il explique lors de sa leçon inaugurale en 1954: « Comment alors concilier les deux grands courants de pensée qui, une fois de plus, se disputent la psychiatrie : organogénèse et psychogénèse. A bien y réfléchir, l'antinomie n'est qu'apparente. Qu'on veuille bien en revenir simplement à des notions du sens commun et considérer par exemple la réaction émotionnelle : la vue d'un accident, l'annonce d'un deuil, sont au départ des faits exclusivement psychiques dont l'action traumatisante suppose absolument la lucidité, la conscience et

¹⁹⁹ PFLEGER G., 2010, *Op.Cit.*

une certaine résonance émotionnelle. Ils se traduisent aussitôt par des répercussions neuro végétatives et organiques qui se manifestent dans la mimique et la gestuelle, les modifications vaso motrices et sécrétoires et les sécrétions endocriniennes du stress que nous commençons seulement à maîtriser. C'est ainsi que la psychogenèse des psychanalystes peut devenir organogénèse : ce que l'émotion opère en l'éclair d'un instant, l'insécurité permanente, la frustration ou le refoulement à bas bruit, entretenant leurs effets sur des mois ou des années. L'action thérapeutique, elle aussi, au cours d'une cure psychanalytique, doit être soupçonnée de s'effectuer moyennant le concours des mécanismes neuro-végétatifs et endocriniens. Nous nous trouvons ici à cette mystérieuse synapse de la vie psychique et de la vie organique ». ²⁰⁰ Ainsi, selon nos résultats, à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg entre 1952 et 1982, malgré une volonté de conciliation entre neurobiologie et psychanalyse, cette dernière n'apparaît pas en pratique comme moyen thérapeutique. Les neuroleptiques quant à eux, venant répondre à un désir de re-médicalisation de la psychiatrie, font l'objet d'une prescription large. Notre problématique de recherche, visant à savoir comment se négocient neurobiologie et psychanalyse dans la prise en charge thérapeutique, prend alors tout son sens. Ce constat permet de préciser les interrogations sous-jacentes, dont l'exploration lors de travaux ultérieurs pourra apporter des éléments de réponses.

Nous pouvons envisager que la psychanalyse ne puisse pas se matérialiser dans un rapport médical ou une feuille de traitement au même titre que

²⁰⁰ KAMMERER T., 1954, Leçon inaugurale, in PFLEGER G., 2010, L'école de psychiatrie de Strasbourg, origine et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982), Strasbourg, Faculté de médecine, P. 127

d'autres thérapeutiques, pharmacologiques en particulier. Notre méthodologie de recherche, partant du diagnostic posé et recherchant la prise en charge thérapeutique dans des documents standardisés ne permet donc pas de faire acte de la présence ou de l'absence de la psychanalyse en dehors de ces documents. Où retrouver alors des traces écrites de prises en charge psychanalytiques? Il est possible que les approches psychanalytiques soient d'avantage pratiquées dans le cadre de prise en charge ambulatoires et moins lors des hospitalisations auxquelles nous nous sommes intéressées. Elles pourraient ainsi d'avantage concerner la Policlinique de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg ou les psychiatres libéraux strasbourgeois. Il faudrait également interroger le terme de psychothérapie retrouvé dans notre étude. Que recouvre-t-il? Fait-il référence à la psychanalyse? Enfin, au delà de la thérapeutique, la psychanalyse est également un outil de formation des psychiatres. Quelle a été la place et l'ampleur de cette formation au sein de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg?

Analyser des comptes rendus de présentations de malades ou les archives de la Policlinique, dont le responsable à partir de 1973 est Israël, psychanalyste strasbourgeois reconnu, apporterait un éclairage sur la pratique psychanalytique au sein de la Clinique Psychiatrique. De même, regarder vers quels psychiatres les patients en fin d'hospitalisation sont orientés apporterait des réponses à ces questions: si les patients sont adressés à des psychiatres psychanalystes, nous pouvons déduire que cette pratique est reconnue comme moyen thérapeutique. Etudier ce que le terme de psychothérapie représente à Strasbourg dans les années 1950 à 1980

serait également intéressant. En effet, si les termes de psychothérapie et de psychanalyse sont équivalents, nous pouvons conclure à la présence de la psychanalyse dans les pratiques thérapeutiques strasbourgeoises. Ces recherches de traces écrites de la psychanalyse viendraient confirmer sa présence au sein des pratiques thérapeutiques strasbourgeoises dans le passé et permettraient de discuter sa négociation avec la neurobiologie. Enfin, rechercher les différentes formations proposées aux psychiatres au cours de cette période, à travers l'étude des programmes d'enseignements par exemple, permettrait de faire acte de la présence d'une formation psychanalytique à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg.

Les limites de cette étude sont à évoquer.

Premièrement, notre étude est réalisée à partir d'un échantillon d'hospitalisations, sans prétention de représentativité. Les résultats ne sont donc valables que pour cette population et ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population hospitalière de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982. Il s'agit d'un travail préliminaire et exploratoire, qui montre la faisabilité de l'étude, mais qui nécessiterait d'être étendu à l'ensemble de la population. Nous avons de plus étudié qu'une année par décennie au sein de notre période d'étude, il serait intéressant de connaître la pratique thérapeutique pour cette période de façon annuelle, notamment entre l'année de découverte des neuroleptiques (1952) et l'année où ils apparaissent dans les dossiers médicaux (1962).

Deuxièmement, notre étude dépend de la qualité de la tenue du dossier

médical du patient. Tous les traitements ne sont pas forcément retranscrits dans les dossiers médicaux, comme par exemple les prises en charges ayant trait à la thérapie institutionnelle.

Troisièmement, l'étude des pratiques thérapeutiques nécessite d'exposer pour le lieu et la période de l'étude, quel est le paysage diagnostique et qui sont les prescripteurs. Il faudrait également réaliser une étude sociologique²⁰¹ concernant la population soignée au sein de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg pendant la période considérée. En effet, le projet de sectorisation initié dans les années 1960 et devenu effectif dans le Bas-Rhin en janvier 1973, suite à un arrêté préfectoral d'octobre 1972, développe la prise en charge ambulatoire des patients. Les patients chroniques du secteur de la Clinique y restent désormais hospitalisés plutôt que d'être transférés dans les hôpitaux psychiatriques. La population hospitalière change alors avec une très probable répercutions sur les prises en charge thérapeutiques.

Enfin, nous parlons ici de la psychanalyse comme moyen thérapeutique. Elle est cependant une science, dont les concepts autonomes permettent une réflexion sur la singularité du sujet, pris dans sa globalité. Les concepts psychanalytiques et la clinique du langage peuvent se retrouver en dehors de la pratique thérapeutique à proprement parler. Son absence dans la pratique thérapeutique hospitalière strasbourgeoise ne signifie donc pas une absence générale de cette théorie.

²⁰¹ Provenance géographique, niveau socio-économique...

Les résultats de notre étude viennent donc répondre à son objectif en établissant le pourcentage des thérapeutiques prescrites à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg pour un échantillon d'hospitalisations pour les diagnostics de dépression, de schizophrénie et d'hystérie, entre 1952 et 1982, ce qui n'a pas encore été réalisé. Nous avons, à partir de ces résultats, déterminé le panorama thérapeutique pour cette institution, pour cette période et pour les trois diagnostics choisis. Ce travail soulève également des questions à explorer pour répondre à notre questionnement général de recherche quant à la négociation entre neurobiologie et psychanalyse dans les pratiques thérapeutiques. Il montre l'intérêt de connaître l'histoire de ces pratiques thérapeutiques: permettre une réflexion sur les prises en charge actuelles et futures.

Conclusion.

Actuellement, le recours à la pharmacologie dans la pratique thérapeutique psychiatrique semble se systématiser, parallèlement à une marginalisation de la pratique psychanalytique. Afin d'explorer les tenants et les aboutissants de ce constat, nous avons cherché à savoir de quelle manière se négociaient ces deux approches théoriques dans la pratique thérapeutique psychiatrique strasbourgeoise au cours de la seconde moitié du XXème siècle. Pour cela, nous avons établi un panorama des thérapeutiques utilisées à la Clinique Psychiatrique de Strasbourg pendant cette période et pour trois diagnostics particuliers : dépression, schizophrénie et hystérie.

Nous avons circonscrit notre période d'étude plus précisément, soit de 1952 à 1982. Elle correspond à l'avènement de la psychiatrie moderne en France. L'année 1952 marque le début du grand développement de la psychopharmacologie avec la découverte des neuroleptiques. Les anxiolytiques apparaissent ensuite en 1955 et les antidépresseurs en 1957. L'année 1982 se situe deux ans après celle de la parution du DSM III. La rédaction de ce manuel est motivée par une volonté d'uniformisation des diagnostics psychiatriques, mettant à distance la psychopathologie psychanalytique. Le choix de cette période a permis de rendre compte de l'introduction de la psychopharmacologie en psychiatrie et des remaniements qu'elle a entraînés.

Notre travail s'est essentiellement appuyé sur des sources primaires provenant du Fond d'archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg : des registres d'admission et des dossiers médicaux de patients. Nous avons, dans une première partie défini l'offre thérapeutique existante en France de 1952 à 1982, afin d'y situer le panorama thérapeutique établi pour Strasbourg. Dans une seconde partie, nous avons explicité les variables influençant la prise en charge thérapeutique dans le contexte strasbourgeois et pour notre période d'étude. Il s'agit d'une part des prescripteurs et d'autre part des diagnostics posés : dépression, schizophrénie et hystérie. Pour ces derniers nous nous attendions à trouver des prises en charge différentes: la pharmacologie pour la schizophrénie, la psychothérapie pour l'hystérie et l'association des deux pour la dépression. Dans une troisième partie, grâce à une étude statistique descriptive rétrospective, nous avons reconstitué un panorama thérapeutique pour ces trois diagnostics, entre 1952 et 1982.

Dans la première partie, la description de l'offre thérapeutique psychiatrique entre les années 1952 et 1982 nous a permis de répertorier et de décrire les différents traitements ayant cours à cette époque.

Avant la découverte de la psychopharmacologie, le champ thérapeutique psychiatrique comprenait les traitements de choc tels que la malariathérapie, les cures de Sakel, la psychochirurgie et l'électroconvulsivothérapie, toujours d'usage dans la prise en charge des patients au début des années 1950. Après la découverte de la psychopharmacologie, les indications de l'électroconvulsivothérapie ont été revues. La

malariathérapie, les cures de Sakel et la psychochirurgie sont quant à elles, tombées en désuétude.

Les années 1950 ont été celles de la révolution pharmacologique avec l'apparition en 1952 du premier neuroleptique, la chlorpromazine. Par la suite, d'autres groupes de traitements pharmacologiques ont été découverts. Ainsi, le méprobamate, premier anxiolytique a été synthétisé en 1955, suivi de la première benzodiazépine, le chlordiazépoxyde en 1960. Entre temps, en 1957, sont apparus l'iproniazide et l'imipramine, les premiers antidépresseurs. Le lithium et les stabilisateurs de l'humeur ont respectivement été utilisés en psychiatrie au milieu des années 1950 et 1960. Les cures antabuses, toujours présentes dans les années 1950, disparaissent progressivement, devant l'arrivée de traitements pharmacologiques plus performants.

Le traitement en psychiatrie comprend également une dimension psychologique. La psychanalyse, ou technique psychanalytique, est une méthode inventée par Freud pour faciliter la verbalisation de ce qui est pour le sujet inaccessible parce que refoulé. Apparue à la fin du XIXe siècle, cette technique a été à l'origine d'un mouvement de grande ampleur, persistant après la mort de son inventeur. En thérapeutique, la psychothérapie analytique occupe une place de choix jusque dans les années 1980. Elle a dû ensuite faire face à un certain nombre de défis théoriques et pratiques dont le plus complexe reste celui d'apporter des preuves quant à son efficacité thérapeutique. De nouvelles techniques psychothérapeutiques qui se veulent plus scientifiques, plus brèves et moins coûteuses se sont développées à partir des années 1960. Parallèlement à ces

techniques psychothérapeutiques, la vie en communauté des patients a été revalorisée, afin de les aider à renouer des liens sociaux. **La psychothérapie institutionnelle faisait ainsi partie de la prise en charge thérapeutique.**

La première partie de notre thèse a donc été envisagée comme une photographie du paysage thérapeutique général en psychiatrie pour la période allant de 1952 à 1982. Elle était indispensable pour nous permettre, ensuite, de situer les prises en charges thérapeutiques strasbourgeoises dans ce paysage.

Dans la seconde partie nous avons étudié deux variables impliquées dans la prise en charge thérapeutique, soit le diagnostic posé et le prescripteur. Elles ont été explorées pour le contexte de notre étude : la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg de 1952 à 1982.

La première variable étudiée concerne les diagnostics posés. Il nous fallait appréhender les trois diagnostics étudiés tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Nous avons repris un état des lieux diagnostique établi antérieurement pour les années 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962²⁰². Nous l'avons complété en étudiant les années 1972 et 1982 selon la même méthodologie que celle employée dans ce précédent travail. Ainsi, pour ces deux années, nous avons établi le pourcentage de chacun des diagnostics posés à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg parmi leur ensemble. Nous avons donc pu visualiser le paysage diagnostique de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg pour les années 1952,

²⁰² Cet état des lieux a été réalisé par J. Clauss en 2015 dans sa thèse de médecine intitulée Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de l'introduction de la notion de schizophrénie à la Clinique Psychiatrique des hôpitaux de Strasbourg (1912-1962). Il a permis d'établir le pourcentage de chacun des diagnostics posés à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg parmi leur ensemble pour les années 1912, 1922, 1932, 1942, 1952 et 1962.

1962, 1972 et 1982. Cela nous a permis de situer quantitativement les trois diagnostics choisis pour notre étude (ceux de dépression, de schizophrénie et d'hystérie) : quant aux autres diagnostics posés (au sein de chaque année d'étude) mais aussi du point de vue de leur évolution au cours du temps (d'une année d'étude à l'autre). Nous avons pu nous assurer que leurs pourcentages respectifs restaient globalement stables au cours de la période d'étude. Cela était important car étudier la pratique thérapeutique imposait un contexte de relative stabilité diagnostique. Ensuite, les trois diagnostics choisis devaient également être explorés qualitativement. Pour y parvenir, nous avons établi une description type de chacun d'entre eux pour les années 1952, 1962, 1972 et 1982 à partir d'observations cliniques de dossiers médicaux de patients. Elle a ensuite été comparée aux données théoriques de l'époque.

La deuxième variable concerne les différents prescripteurs. Ils ont été représentés via un organigramme pour chacune des années de notre étude. Cette partie nous a permis de cibler les médecins à l'origine des prescriptions. Les différents chefs de service, à l'origine de la dynamique thérapeutique, ainsi que leur service de rattachement, figurent dans ces organigrammes. Ce travail nous a permis par la suite d'établir un lien entre le prescripteur et la prise en charge.

Ainsi, dans cette deuxième partie, ont été explicités et décrits les deux variables impliquées dans la prise en charge thérapeutique que sont les diagnostics et les prescripteurs.

Dans la troisième partie nous avons reconstitué un panorama thérapeutique de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg entre 1952 et 1982 pour les diagnostics de dépression, de schizophrénie et d'hystérie. Pour y parvenir, nous avons effectué une étude statistique descriptive rétrospective. Son objectif était d'établir pour chacun des diagnostics étudiés le pourcentage des différentes thérapeutiques employées dans leur prise en charge pour un échantillon d'hospitalisations. Vu le temps qui nous était imparti pour notre travail de thèse, nous avons choisi de n'étudier que les années 1952, 1962, 1972 et 1982, soit une année par décennie au sein de notre période d'étude. A noter que cela nous permettait de croiser nos résultats avec le panorama diagnostique établi dans la deuxième partie. L'étude a porté sur un échantillon d'une population constituée par la totalité des hospitalisations (hommes et femmes), pour lesquelles l'un des trois diagnostics étudiés avait été posé au cours des quatre années d'étude. L'échantillon a été tiré au sort. Pour le recueil de données, nous avons construit à partir d'informations de la littérature une grille thérapeutique regroupant l'ensemble des traitements employés en psychiatrie au cours de la période d'étude. Nous avons recherché de façon systématique les différentes thérapeutiques figurant dans cette grille au niveau des rapports médicaux et des feuilles de traitements des dossiers médicaux de patients correspondants à notre échantillon. Le pourcentage de chaque traitement employé a été établi pour chaque diagnostic et par année. Nous avons ainsi pu suivre, pour notre échantillon, l'évolution des traitements employés pour chaque diagnostic d'une année d'étude à l'autre.

Ainsi pour le diagnostic de dépression, nous avons retrouvé dans l'arsenal thérapeutique strasbourgeois :

- en 1952 : l'électro convulsivothérapie (55,55%) et les sédatifs (44,44%),
- en 1962 : les tranquillisants (11,76%), les neuroleptiques (17,65%), les antidépresseurs (41,18%), les sédatifs (17,65%), les cures antabuses (5,88%) et la psychothérapie (5,88%),
- en 1972 : l'électro convulsivothérapie (1,82%), les tranquillisants (7,27%), les neuroleptiques (10,91%), les antidépresseurs (3,64%), les sédatifs (3,64%) et la psychothérapie (7,27%),
- en 1982 : l'électro convulsivothérapie (1,45%), les tranquillisants (11,59%), les neuroleptiques (2,90%), les antidépresseurs (11,59%), les sédatifs (8,70%), le lithium (2,90%), la psychothérapie (1,45%) et les entretiens (7,25%).

Pour le diagnostic de schizophrénie nous avons retrouvé:

- en 1952 : les sédatifs (20,00%), les cures de Sakel (60,00%) et la psychothérapie (20,00%),
- en 1962 : l'électro convulsivothérapie (17,39%), les tranquillisants (8,70%), les neuroleptiques (39,13%), les antidépresseurs (17,39%), les sédatifs (8,70%) et les cures de Sakel (8,70%),
- en 1972 : les tranquillisants (6,25%), les neuroleptiques (56,25%), les antidépresseurs (18,75%) et les sédatifs (18,75%),
- en 1982 : les tranquillisants (14,29%), les neuroleptiques (42,86%), les antidépresseurs (4,76%), les sédatifs (9,52%), le lithium (4,76%) et les entretiens (23,81%).

Enfin, pour le diagnostic d'hystérie, les thérapeutiques mises en évidence étaient:

- en 1952 : aucune thérapeutique,
- en 1962 : les tranquillisants (7,32%), les neuroleptiques (7,32%), les antidépresseurs (4,88%), les sédatifs (9,76%) et la psychothérapie (4,88%),
- en 1972 : les tranquillisants (38,10%), les neuroleptiques (9,52%), les antidépresseurs (4,76%), les sédatifs (14,29%) et la psychothérapie (33,33%),
- en 1982 : les tranquillisants (31,82%), les antidépresseurs (9,09%), les sédatifs (18,18%), la psychothérapie (18,18%) et les entretiens (22,73%).

Les résultats de notre étude ont donc répondu à son objectif. Ils donnent le pourcentage des différentes thérapeutiques employées dans la prise en charge des patients pour un échantillon d'hospitalisation faisant l'objet d'un diagnostic de dépression, de schizophrénie ou d'hystérie pour les années 1952, 1962, 1972 et 1982.

Ces résultats montrent que le panorama thérapeutique strasbourgeois correspond globalement au paysage thérapeutique général de l'époque. Aucune spécificité de prescription en fonction des différents services et donc des différents prescripteurs n'est retrouvée. Les résultats mettent en évidence une **large prescription des traitements pharmacologiques**, quel que soit le diagnostic. Cette large prescription est jalonnée de quelques grandes étapes au cours du temps, dont le repérage reste ici très approximatif et imprécis (ceci car nous avons choisi de n'étudier qu'une année par décennie au cours de notre période d'étude). Il s'agit de

l'apparition des neuroleptiques et des antidépresseurs (pour les trois diagnostics) en 1962, mais aussi de celle du lithium en 1982 (pour les diagnostics de dépression et de schizophrénie). En ce qui concerne les thérapeutiques de choc, les cures de Sakel, qui étaient jusque là prescrites pour le diagnostics de schizophrénie, disparaissent en 1962. L'électroconvulsivothérapie est retrouvée au cours des quatre années étudiées (en 1952, 1972 et 1982 pour le diagnostic de dépression et en 1962 pour le diagnostic de schizophrénie). La notion d'entretien est présente pour les trois diagnostics à partir de 1982. La psychothérapie, quant à elle, est retrouvée pour les diagnostics de dépression et d'hystérie à partir de 1962. Alors qu'elle est présente en 1952 pour le diagnostic de schizophrénie, elle ne l'est plus à partir de 1962. Aucune précision n'est apportée quant au type de psychothérapie utilisée. Finalement, nous avons constaté l'absence de prises en charge de type psychanalytique quel que soit le diagnostic posé ou l'année considérée.

Ces résultats apportent des éléments de réflexion concernant notre problématique de départ quant à la négociation entre neurobiologie et psychanalyse dans la pratique thérapeutique dans la seconde moitié du XXème siècle. Les traitements pharmacologiques viennent alors d'être découverts et sont largement prescrits à Strasbourg dans un contexte de désir de re-médicalisation de la psychiatrie. La psychanalyse, quant à elle, est absente en tant que moyen thérapeutique selon les résultats de notre étude, alors que la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg, au

cours des années 1953-1982, est connue pour avoir été un lieu d'implantation et de développement de ce mouvement théorique.

Il existe donc ici un décalage qui doit être questionné et faire l'objet de plusieurs hypothèses. La psychanalyse ne se résume pas à un moyen thérapeutique. Elle est avant tout une théorie et a été au cœur de la formation des psychiatres, à cette période. Ainsi, nous pouvons envisager qu'elle a eu un impact dans la prise en charge des malades, en particulier dans l'utilisation de psychothérapies de type analytique et qu'elle ne puisse pas se matérialiser dans un rapport médical ou une feuille de traitement au même titre que d'autres thérapeutiques, pharmacologiques en particulier. Ensuite, il est possible que les approches psychanalytiques aient été d'avantage pratiquées dans le cadre de prise en charge ambulatoires et moins lors des hospitalisations auxquelles nous nous sommes intéressées. Elles auraient ainsi pu d'avantage concerner la Polyclinique de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg ou les psychiatres libéraux strasbourgeois. Enfin, il faudrait également interroger le terme de psychothérapie retrouvé dans notre étude. Que recouvre-t-il ? Fait-il référence à la psychanalyse ?

Les résultats de notre thèse s'envisagent comme des pistes de travail. Ils doivent être approfondis, notamment en explorant d'autres types de documents d'archives, tels que les dossiers de la Polyclinique ou encore des comptes rendus de présentations de malades. Cela pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs qui affineront la compréhension de l'articulation entre neurobiologie et psychanalyse au moment de la révolution thérapeutique

en psychiatrie et permettront d'étayer nos réflexions sur notre pratique actuelle.

VU Strasbourg, le.....

Le président du Jury de Thèse

(Signature)

Professeur.....

VU et approuvé Strasbourg, le.....

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

(Signature)

Professeur Jean SIBILIA

Annexes.

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 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>Paranoid</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>Paranoid</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>Schizoïdie</i> » ou l'adjectif « Schizoïde ».

Catatonie	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes « Catatonie »/ « Catatonique »/ « Katatonie »/ « Katatonisch » sauf quand ils sont associés à ceux de « Schizophrénie »/ « Schizophrenie »/ « Schizophrénique »/ « Schizophrenisch » ou de « Démence » précoce »/ « Dément précoce »/ « Dementia praecox » (ils relèvent alors de la catégorie Schizophrénie, forme catatonique ou Démence précoce, forme catatonique)
Hébéphrénie	Tous les énoncés diagnostiques contenant les termes « Hébéphrénie »/ « Hébéphrénique »/ « Hebephrenie »/ « Hebephrenisch » sauf quand ils sont associés à ceux de « Démence précoce »/ « Dément précoce »/ « Dementia praecox » (ils relèvent alors de la catégorie Démence précoce, forme hébéphrénique)
Paraphrénie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Paraphrénie »/ « Paraphrenie » ou l'adjectif « Paraphrénique »/ « Paraphrenisch »
Paranoïa	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Paranoïa »/ « Paranoïa » ou l'adjectif « Paranoïaque »
Psychose maniaco- dépressive	Tous les énoncés diagnostiques contenant les expressions « Psychose maniaco-dépressive »/ « Folie maniaque-dépressive »/ « Manisch-depressives Irresein »/ « Manisch-depressive Erkrankung » ou l'adjectif « maniaco-dépressif »/ « manisch- depressiv »
Manie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Manie » ou l'adjectif « Maniaque »/ « Manisch »
Hypomanie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Hypomanie » ou l'adjectif « Hypomaniaque »/ « Hypomanisch »
Cyclothymie	Tous les énoncés diagnostiques contenant le nom « Cyclothymie »/ « Zykllothymie » ou l'adjectif « Cyclothymique »/ « Zykllothymisch »
Etat mixte	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression « Etat mixte »/ « Mischzustand »
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 maniaque-dépressive »/ « Psychose hallucinatoire chronique »/ « Psychose puerpérale » (ils relèvent alors des catégories diagnostiques Psychose maniaque-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>Personlichkeit</i> »
Konstitutionnelle Vertimmung	Tous les énoncés diagnostiques contenant l'expression «Konstitutionnelle Vertimmung »
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>Debität</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 « Morphine »/ « <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> »/ « <i>Dementiel</i> » 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 »/ « <i>Verwirrheit</i> » ou l'adjectif « Confusionnel »/ « <i>Verwirrt</i> »
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

Annexe 1: grille de regroupement diagnostique.

1952	1962	1972	1982
<p>-Définition : Fléchissement passager ou durable du tonus neuropsychique.</p>	<p>Définition : *Dépression constitutionnelle : en lien avec la névrose d'anxiété. *Dépression névrotique : réactions dépressives aux situations ou difficultés vitales. *Crise de mélancolie : état de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale.</p>	<p>Définition : *Dépression névrotique ou réactionnelle : en relation avec les événements et la personnalité antérieure à la crise.</p>	<p>Définition : Fléchissement passager ou durable du tonus neuropsychique.</p>
<p>Tableau clinique : *Composante psychique et somatique. *Inertie, lassitude, impuissance physique, amaigrissement, anorexie. Fléchissement de l'attention, lenteur de la mémoire, fatigabilité, impuissance de la volonté. Tristesse, anxiété.</p>	<p>Tableau clinique : -Dépression constitutionnelle : anxiété chronique, organisation névrotique (neurasthénie), apparence de fragilité, faible résistance aux infections et aux épreuves, intolérances de toute sorte, lien avec la médecine psycho somatique. -Dépression névrotique : anxiété, taedium vitae, hypochondrie. -Crise de mélancolie : caractérisée par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices. Inhibition, aboulie, auto accusation, indignité, hypochondrie, désir et recherche de mort.</p>	<p>Tableau clinique : anxiété, demande de réconfort, comportement pseudo-suicidaire, complexe d'infériorité ou de frustration, anxiété. conservation du sommeil, recherche de contact, projection dans la réalité.</p>	<p>Tableau clinique : Etat dépressif douloureux qui s'exprime par trois symptômes fondamentaux : l'humeur dépressive, l'inhibition psychomotrice, l'anxiété. Troubles de la vie instinctive et désordres physiologiques. Dévalorisation, autodépréciation, sentiment de vide, d'incapacité, d'infériorité, d'inutilité, épuisement affectif, absence de projection dans l'avenir, désir de mort, inhibition psychomotrice, asthénie, altération des capacités intellectuelles.</p>
<p>Formes cliniques : *Forme psycho-affective : la mélancolie en représente la plus haute expression. *Forme physique : asthénie et neurasthénie. *Entre ces formes se situe un grand nombre d'états dépressifs. *Etats dépressifs constitutionnels et états dépressifs symptomatiques ou secondaires.</p>	<p>Formes cliniques : *Dépression mélancolie simple. *Mélancolie stuporeuse. *Mélancolie anxieuse. *Mélancolie délirante</p>	<p>Formes cliniques : *Dépression névrotique ou réactionnelle. *Dépression endogène ou mélancolie : unipolaire ou bipolaire sur fond cyclothymique. *Dépression chronique : état durable, non évolutif, rebelle.</p>	

Annexe 2: synthèse du tableau clinique du diagnostic de dépression en 1952, 1962, 1972 et 1982.

1952	1962	1972	1982
<p>Définition : Etats mentaux pathologiques dont le caractère essentiel et évolutif est une dissociation, une disjonction progressive des éléments constitutifs de la personnalité et, comme corollaire, une rupture de contact avec l'ambiance, une inadaptation progressive au milieu.</p>	<p>Définition : Dans la masse des maladies graves qui entraînent une modification profonde et durable de la personnalité, le groupe des schizophrénies comprend, en effet, le plupart des cas d'aliénation mentale caractérisés par un processus de désagrégation mentale qu'on a appelé tour à tour « démence précoce », « discordance intrapsychique » ou « dissociation de la personnalité »</p>	<p>Idem 1962.</p>	<p>Définition : Tableaux cliniques multiples et éminemment variables d'un sujet à l'autre et d'un moment à l'autre dans l'évolution schizophrénique, avec des caractéristiques communes.</p>
<p>Tableau clinique : -Symptômes constants : dissociation intra psychique, inhibition, blocage, négativisme, passivité, suggestibilité, mimétisme, persévérations, ambivalence. -Symptômes inconstants : syndrome catatonique, délire, signes physiques.</p>	<p>Tableau clinique : -Début : schizophrénie incipiens. Très polymorphe, sans signes pathognomoniques. -Période d'état : syndrome de dissociation et délire autistique relié par l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité, le détachement. Syndrome de dissociation : trouble du cours de la pensée, troubles du langage, altération du système logique, désorganisation de la vie affective, comportement catatonique. Délire autistique ou paranoïde : vécu délirant, élaboration délirante secondaire, expérience d'étrangeté, expériences hallucinatoires, sentiment d'influence, état de dépersonnalisation, expérience d'agression sur le corps et la pensée.</p>	<p>Idem 1962.</p>	<p>Tableau clinique : -Syndrome dissociatif : ambivalence, bizarreries, impénétrabilité, détachement. Plan affectif : Dysthymhormie ou athymhormie, affectivité paradoxale, régression instinctivo-affective, perte du contact vital avec la réalité. Plan intellectuel : troubles des associations, troubles du cours de la pensée, détournement de la fonction d'échange du langage. Comportement psychomoteur : signes déficitaires et éléments de catatonie. -Délire paranoïde : incohérence, organisation paralogique, absence de retentissement adéquat sur le comportement. -L'autisme : double mouvement de replis sur soi, de rupture du contact avec la réalité extérieure et de création d'un imaginaire hermétique, abstrait, incommunicable, abouti à l'organisation d'un monde intérieur fermé à toute communication.</p>
<p>Formes cliniques : *Schizophrénie simple. *Hébéphrénie. *Schizophrénie paranoïde. *Catatonie.</p>	<p>Formes cliniques : *Schizophrénie paranoïde. *Hébéphrénie. *Hébéphréno-catatonie. *Schizophrénie simple. *Schizonévrose.</p>	<p>Idem 1962.</p>	<p>Formes cliniques : *Schizophrénie simple. *Hébéphrénie. *Schizophrénie paranoïde. *Catatonie.</p>

Annexe 3: synthèse du tableau clinique de schizophrénie en 1952, 1962, 1972 et 1982.

1952	1962	1972	1982
<p>Définition : Disposition mentale particulière, tantôt constitutionnelle et permanente, tantôt accidentelle et passagère, qui porte certains sujets à réaliser des apparences d'infirmité, de maladies somatiques ou d'états psychopathiques. Les réalisations produites peuvent être créées d'emblée et de toute pièce (accidents hystériques primitifs) ou au contraire apparaître comme des surcharges, des exagérations ou des prolongations d'un état morbide légitime à son origine (associations hystéro-organiques).</p>	<p>Définition : Les symptômes hystériques constituent des phénomènes de conversion sur le plan somatique de conflits inconscients. Ils sont en relation avec la structure imaginaire de la personne hystérique.</p>	<p>Idem 1962</p>	<p>Définition : Disposition mentale particulière, tantôt constitutionnelle et permanente, tantôt accidentelle et passagère, qui porte certains sujets à réaliser des apparences d'infirmité, de maladies somatiques ou d'états psychopathiques. Cette séméiologie n'est pas le fruit d'une simulation mais elle exprime une intentionnalité inconsciente et trouve son origine dans des conflits générateurs d'angoisse et de déplaisir. Les symptômes peuvent imiter toute la pathologie somatique ou psychique.</p>
<p>Tableau clinique : La plupart des manifestations intéressent la vie de relation. -Accidents moteurs : crises ou attaques, troubles sensitifs ou sensoriels, manifestations d'apparence psychopathique, certaines formes de somnambulisme, d'état crépusculaire ou d'état second. -Caractère général : absence de tout support organique réel, absence de critère évolutif, réversibilité toujours possible par des moyens thérapeutiques opportunément appliqués. Elles ne se déroulent jamais dans le silence et le secret. Il y a derrière ces manifestations un sens caché, une valeur symbolique.</p>	<p>Tableau clinique : -Paroxysmes, crises, manifestations aiguës. *Tous les accidents hystériques sont centrés par la crise hystérique (« à la Charcot ») qui se déroule en cinq périodes : les prodromes, la période épileptoïde, la période de contorsion, la période de transe et la période terminale. *Formes mineures : crises de nerfs ou névropathiques *Crises atypiques : crise syncopale, crise à symptomatologie extrapyramidale, hystéro-épilepsie, crises tétaniformes. *Etat crépusculaire : affaiblissement de la conscience vigile. *Etats seconds de personnalités multiples. *Amnésies paroxystiques. *Attaques cataleptiques. -Syndrome fonctionnels durables. *Paralysies. *Contractures. *Spasmes. *Anesthésies. *Troubles sensoriels. -Manifestations viscérales -Trois aspects fondamentaux du caractère hystérique : suggestibilité, mythomanie et dérèglement sexuel.</p>	<p>Idem 1962</p>	<p>Tableau clinique : -Les crises : agitations convulsives fortement érotisées, attaques léthargiques, pseudo-syncope, crises de nerfs, crises tétaniformes. Sont entretenues par l'entourage. Cèdent rapidement à l'isolement. -Les grands accidents physiques : états de conscience anormaux, états crépusculaires, vigilambulisme et somnambulisme, états seconds, fugues dissociatives, personnalités alternantes. -Les accidents de conversion somatique : surviennent surtout au niveau des organes de la vie de relation dont ils paralysent la fonction. Paralyse, mouvement anormaux, contractures. Ne comportent aucun signe d'atteinte nerveuse lésionnelle. -Les atteintes sensitives : anesthésies, hypoesthésies. -Les fonctions sensorielles sont parfois touchées : anosmie, surdité, troubles visuels. -Dysrégulation du système neurovégétatif. -Caractère commun : début brutal, absence de signes lésionnels, topographie plus psychique qu'anatomique, tolérance paradoxale du symptôme alliant la belle indifférence au théâtralisme, séméiologie plastique qui s'enrichit ou se systématise en pseudo-maladie pour les besoins de la cause et au désir de l'examineur.</p>

Annexe 4: synthèse du tableau clinique d'hystérie en 1952, 1962, 1972 et 1982.

Thérapies	Historique
Les psychothérapies	Nous avons regroupé dans cette catégorie thérapeutique les sous-catégories suivantes : psychanalyse, ethnopsychiatrie, psychothérapie existentielle, psychothérapie non directive, psychodrame, thérapies psychocorporelles, gesalt-thérapie, thérapies systémiques, analyse transactionnelle, programmation neurolinguistique, hypnose, training autogène de Schulz, thérapies comportementales, thérapies cognitives. Il est commode de distinguer les principales formes de psychothérapies selon leur date d'apparition : celles qui sont antérieures à la psychanalyse, celles qui en dérivent plus ou moins directement et celles qui lui sont extérieures ²⁰³ . Il est impossible de faire un recensement exhaustif de tous les types de psychothérapies. Il nous semble cependant important de prendre en compte dans notre grille les principales psychothérapies afin de pouvoir y faire référence si elles apparaissent dans les dossiers médicaux de patients.
La psychiatrie de secteur	C'est à partir de la fin des années 1970 que le secteur se met en place sur le territoire français. La psychiatrie de secteur représente une des dimensions sociales des soins et peut influencer les prises en charge thérapeutiques.
Les thérapies dynamiques	Cette catégorie regroupe cinq sous-catégories : le magnétisme animal, le sommeil lucide, l'hypnotisme, l'hypnose et les médications psychologiques. Ces thérapies apparaissent en même temps qu'évolue un courant de pensée marginal extrahospitalier s'adressant plutôt à la névrose. C'est à partir de la fin du XIXe siècle que ces méthodes d'observation descriptive des anomalies du comportement introduisent l'écoute interprétative des messages de l'inconscient ²⁰⁴ et mènent progressivement vers les thérapies psycho-dynamiques ²⁰⁵ .
Les sédatifs	Les principaux sédatifs utilisés au XIXe sont la valériane, l'opium, la teinture de digitale, le hachisch et les sels de brome. La fin du XIXe siècle est marquée par les progrès de la chimie et de nouveaux sédatifs font leur apparition tels que la morphine, la cocaïne, l'héroïne, l'éther, le chloroforme, le chloral et les barbituriques (Gardéнал). Malgré leur fort potentiel addictif et leur toxicité, ces traitements restent prescrits.

²⁰³ BRUSSET B., 2010-2005, *Les psychothérapies*, Que sais-je ?, Paris, Presses Universitaires de France, Livre électronique, <http://www.cairn.info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/les-psychotherapies--9782130552017.htm>

²⁰⁴ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.323

²⁰⁵ Approche regroupant des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychanalytiques longues ou brèves, <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/146/?sequence=9>

Le cardiazol	Ladislas von Meduna ²⁰⁶ , en 1933, cherche à provoquer une épilepsie expérimentale chez des patients schizophrènes et choisit comme agent causal le Cardiazol ²⁰⁷ (il était déjà constaté que certains schizophrènes s'amélioraient après une crise d'épilepsie et il était considéré qu'épilepsie et schizophrénie ne coexistaient que rarement chez un même malade ²⁰⁸). Des doses élevées de Cardiazol provoquent des convulsions à l'origine d'une amélioration transitoire des symptômes de la schizophrénie. Cette méthode est largement remplacée par les électrochocs ²⁰⁹ à partir de la fin des années 1930.
L'hydrothérapie ou balnéothérapie	Les bains froids et tièdes font partie de l'arsenal thérapeutique psychiatrique dès le XVIIIe siècle. L'hydrothérapie s'affirme au XIXe siècle et devient le traitement par excellence. L'eau est reconnue pour son action révulsive, tonique ou sédative. Le temps et la fréquence du bain varient selon les troubles ²¹⁰ . Ce traitement ne devrait plus être de rigueur au cours de nos années d'étude, sauf peut-être en 1952. En effet, après la restructuration de la Clinique Psychiatrique en 1953 et les travaux réalisés entre 1957 et 1960 les baignoires de la clinique ne servent plus que pour l'hygiène ²¹¹ .
La lumbinothérapie	Depuis la fin du XIXe siècle la lumière est utilisée comme thérapie en psychiatrie ²¹² . Elle est ensuite reconnue, à la fin des années 1980, comme un traitement efficace de la dépression saisonnière.
Le traitement moral	Ce traitement est théorisé par Philippe Pinel ²¹³ , inspiré par Jean-Baptiste Pussin ²¹⁴ , sur la base de principes à la fois humains et fermes. Pinel préconise la mise en place d'un espace où la folie peut se déployer pour être observée, avant d'être maîtrisée rationnellement. Il souhaite laisser la maladie suivre son cours et ne pas abuser des traitements physiques. Dans le traitement moral, les fous ne sont pas considérés comme absolument privés de raison ²¹⁵ . Le but est de parler aux aliénés avec douceur et compassion et de leur redonner espoir, éléments fondamentaux de toutes psychothérapies. Ce traitement moral finit par être caractérisé par une occupation active, un travail obligatoire, des règles de vie et apparut comme un échec ²¹⁶ . Il va de soit que ce traitement n'est plus d'usage au cours de nos années d'étude, mais les thérapies institutionnelles désignant un renouveau du traitement moral, nous souhaitons le décrire brièvement.

²⁰⁶ Ladislas von Meduna, 1896-1964, neurologue, psychiatre, neuroscientifique hongrois.

²⁰⁷ Le Cardiazol était utilisé comme stimulant circulatoire et respiratoire. Il s'agit d'un antagoniste des récepteurs GABAérgiques.

²⁰⁸ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*

²⁰⁹ HOCHMANN J., 2004/2015, *Op.Cit.*, P.412

²¹⁰ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.121

²¹¹ PFLEGER G., 2010, *Op.Cit.*, P.133

²¹² POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.325

²¹³ Philippe Pinel, 1745-1826, aliéniste, considéré comme le fondateur de la psychiatrie.

²¹⁴ Jean-Baptiste Pussin, 1745-1811, surveillant de la loge des aliénés agités à l'hôpital Bicêtre.

²¹⁵ HOCHMANN J., 2004/2015, *Op.Cit.P.*, 39

²¹⁶ POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Op.Cit.*, P.39

Les techniques d'intimidation	Cette catégorie regroupe les traitements décrits essentiellement au XIX ^e siècle et ayant marqués l'imaginaire collectif par l'horreur à laquelle ils renvoient. Il s'agit des bains de surprise à l'eau froide, du fauteuil rotatoire, de séquestration en cellule avec nuit artificielle, d'intimidation, de vésicatoire à l'eau bouillante, d'application de glace, de saignées répétées, de vue d'objets hideux, de feux d'artifices tirés à côté du malade, de secousse intestinale, de choc électrique, d'ingestion d'excréments humains (ou de fiente de paon, de raclure de vertèbres d'un homme, de sang), de calmants, d'évacuants, d'émétiques ou encore d'irritants. Il semble important d'y faire référence dans la grille thérapeutique. Ces traitements ne devraient plus être d'usage au cours de nos années d'étude.
Le magico religieux	Avant que le terme de psychothérapie ne soit créé à la fin du XIX ^e siècle, diverses pratiques d'aide psychologique existaient. Elles sont liées à la médecine, à la religion ou aux croyances qui attribuent à des sorciers un pouvoir thérapeutique par des techniques et des rites. Ces pratiques sociales sont étroitement tributaires de la culture, qu'il s'agisse du chamanisme, de la direction spirituelle de l'Occident chrétien, de certains aspects des médecines traditionnelles ou de l'activité des guérisseurs, des sorciers et des magiciens en tout genre. Les développements récents de l'anthropologie sociale et de l'ethnopsychiatrie en montrent la diversité et la richesse dans leurs rapports aux croyances et aux mythes ²¹⁷ . Beaucoup de lieux sacrés sont destinés aux personnes présentant des troubles psychiques, qui peuvent-être vus comme des malédictions ou des punitions divines. Le recours aux prières et aux incantations n'est pas rare pour guérir les troubles mentaux. Les croyances divergent et la folie s'inscrit dans une culture qui cherche à l'expliquer, en ayant parfois recours au magique ou au religieux. Nous voulons donc que cette catégorie qui pouvait s'avérer thérapeutique apparaisse dans la grille.

Annexe 5: thérapies retrouvées dans la grille thérapeutique, non décrites dans la première partie.

²¹⁷ BRUSSET B., 2010-2005, *Op.Cit.*

Bibliographie.**Sources primaires :**Archives.**Fond d'archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de**

Dossiers médicaux. Hospices Civils de Strasbourg. Clinique Psychiatrique
1952-1982.

- Dossiers médicaux de patients hommes et femmes de 1952.
- Dossiers médicaux de patients hommes et femmes de 1962.
- Dossiers médicaux de patients hommes et femmes de 1972.
- Dossiers médicaux de patients hommes et femmes de 1982.

Registres d'admission 1952-1982.

- Registres d'admission hommes de 1952.
- Registres d'admission femmes de 1952.
- Registres d'admission hommes de 1962.
- Registres d'admission femmes de 1962.
- Registres d'admission hommes de 1972.
- Registres d'admission femmes de 1972.
- Registres d'admission hommes de 1982.
- Registres d'admission femmes de 1982.

Sources primaires publiées :

- CARRERE J., POCHARD M., 1954, *Le citrate de lithium traitement des syndromes d'excitation psychomotrice*, Annales Médico Psychologiques, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin
- DELAY J., DENIKER P., HARL J.-M., 1952, *Traitement d'excitation et d'agitation par une méthode médicamenteuse dérivée de l'hibernothérapie*, Annales Médico Psychologiques, 110 :267-73, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin
- DELAY J., DENIKER P., 1952, *38 cas de psychoses traitées par le lithium*, *prolongée et continu de 4560 RP*, Compte Rendu du Congrès des Aliénistes et Neurologistes Français, 50-503-13, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin
- DELAY J., DENIKER P., 1961, *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie*, Paris, Masson, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin

- DENICKER P., 1975, *Qui a inventé les neuroleptiques?*, Confrontations Psychiatriques, 13 :7-18, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin
- EY H., BURGUET J., 1952, *Action des électrochocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. Etude statistique*, communication à la Société Médico-Psychologique, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin
- EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1960, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson et Cie
- EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1967, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson et Cie
- EY H., BERNARD P., BRISSET C., 1974, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson et Cie
- HAMON J., PARRAIRE J., VELLUZ J., 1952, *L'action du 4560 RP sur l'agitation maniaque*, Annales Médico Psychologiques, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin
- HINSIE L.E., 1948, *Manuel de psychiatrie*, Paris, Payot
- LAMBERT P.-A., CARRAZ G., BORSELLI S., CARREL S., 1966, *Action neuro-psychotrope d'un nouvel antiépileptique : le dépamide*, séance à la Société Médico Psychologique, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin
- LOGRE B.-J., 1961, *Psychiatrie clinique*, Paris, Presses Universitaires de France
- POROT A., 1952, *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique, thérapeutique et médico-légale*, Paris, Presses Universitaires de France
- POROT A., 1952/1984, *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Paris, Presses Universitaires de France
- SIVADON P., CHANOIT P., 1955, *L'emploi du lithium dans l'agitation psychomotrice à propos d'une expérience clinique*, Annales Médico Psychologiques, in MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin

Sources secondaires :**Thèses :**

- CLAUSS J., 2015, *Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de l'introduction de la notion de schizophrénie à la Clinique Psychiatrique des hôpitaux de Strasbourg (1912-1962)*, Strasbourg, Faculté de médecine
- DELORO C., 2007, *L'unité du discours psychiatrique : une critique de la notion de « paradigme » dans l'histoire de la psychiatrie*, Strasbourg, Université Louis Pasteur
- EDEL Y., 1985, *Les certificats de Clérambault 1905-1914 : contribution à l'étude clinique des phénomènes d'automatisme mental dans les certificats retrouvés aux archives de l'hôpital Henri Roussel*, Strasbourg, Faculté de médecine
- GILCH F., 1981, *Soins et enseignements psychiatriques : depuis le Moyen-Age jusqu'à 1953*, Strasbourg, Université Louis Pasteur
- HENCKES N., 2007, *Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
- HOHEISEL M., 2013, *Die Einführung des Benzodiazepine an der Nervenlinik de Charité von 1962-75*, Berlin, Medizinischen Fakultät Charité-Universitätsmedizin
- PFLEGER G., 2010, *L'école de psychiatrie de Strasbourg, origine et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982)*, Strasbourg, Faculté de médecine

Ouvrages:

- ALBERTI C., SAURET M.-J., 1996/2013, *La psychanalyse*, Editions Milan, Toulouse
- ASSOUN J.-P., 1987, *L'individu comme sujet: dans l'histoire, la culture et la foi: conférences et débats; Le sujet de la psychanalyse*, Paris, Confrontation
- ASSOUN P.-L., 2009, *Dictionnaire des œuvres psychanalytiques*, Paris, Presses Universitaires de France
- BUELTZINGSLOEWEN VON I., 2007, *L'hécatombe des fous: la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier

- CHEMAMA, R., 1993, *dictionnaire de la psychanalyse*, Référence Larousse, science de l'Homme, Paris, Larousse
- COLLEE M., 1984, *Histoire psychiatrie et psychanalyse*, Pennes d'Agenais, Frénésie
- DELEUZE G., 1973, *L'anti-oedipe : capitalisme et schizophrénie*, Paris, les Editions de Minuit
- GARNIER J., DELAMARE F., 2009, *dictionnaire illustré des termes de médecine*, 30è édition, Paris, Maloine
- FREUD, S., 1949/1992, *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, (*Abriss der psychoanalyse*, 1946, Londres, Imago Publishing C°, traduit de l'Allemand par Berman A.)
- HAGUE C., SOUNDARAMOUTRY R. (dirs.), 2015, *La psychanalyse est-elle encore dans (de) son temps ?*, Analyse freudienne presse, numéro 22, Toulouse, Erès
- HOCHMANN J., 2004/2015, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France
- MANNONI O., 1968, *Freud*, Paris, Editions du Seuil
- MARMION J.-F., (dir), 2015, *Freud et la psychanalyse*, Auxerre, Sciences Humaines
- MASSON M., 2013, *24 textes fondateurs de la psychiatrie*, Paris, Armand Colin
- MILLET M., VANELLE J.-M., BENYAYA J., 2010, *prescrire les psychotropes*, Paris, Elsevier Masson
- PERRON R., 1988/2014, *Histoire de la psychanalyse*, Que sais-je ?, Paris, Presses Universitaires de France
- PORGE E., 2000/2014, *Jacques Lacan, un psychanalyste*, Toulouse, Erès
- POSTEL J., QUETEL C., 2012, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod
- PROKHORIS S., 2014, *L'insaisissable histoire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France
- ROUDINESCO E., 1990, *Histoire de la psychanalyse en France 2, 1925-1985*, Paris, Editions du Seuil

Revue et journaux:

- ANGELL M., 2012, *Intox? Les médicaments de l'esprit, la prise de pouvoir de la psychiatrie*, the New-York review of books, p. 30 à 32
- BAN T.A., 2001, *Pharmacotherapy of depression : a historical analysis*, Journal of Neural Transmission, 108 : 707-716
- HOHEISEL M., 2012, *Von der Suchtdroge zum Therapeutikum-Zur Bewertung von Berhhigungsmitteln an de Charité Nervenlinik von 1962-75*, Medizin Historisches Journal
- MANNONI O., 1973, *Revue internationales de sciences sociales, le(s) mouvement(s) antipsychiatriques*, revue trimestrielle, volume XXV, numéro 4, p. 538 à 552
- VERMOREL M., VERMOREL H., 2013, Cercle D'études Psychanalytiques des Savoie, *De la psychiatrie à la psychanalyse ; cinquante ans de pratique et de recherches*, actes du colloque de Chambéry 2010 et choix de textes
- HENCKES N., 2014, *Mistrust of number : the difficult development psychiatric epidemiology in France, 1946-1980*, International Journal of Epidemiology, i43-i52
- KAPSAMBELIS V., 2002, *Formulation psychanalytique des effets des neuroleptiques*, Revue française de psychanalyse, Vol. 66, p. 447-463, Presses Universitaires de France
- LANTERI-LAURA G., 2004, *Principales théories dans la psychiatrie contemporaines*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37-006-A-10
- MAJERUS B., 2016, *Making Sense of the 'Chemical Revolution'. Patients' Voices on the Introduction of Neuroleptics in the 1950'*, Med. Hist., vol 60(1), p. 54-66
- MONCRIEFF J., 2008, *The creation of the concept of an antidepressant : An historical analysis*, Social science & Medicine, 66 (2008) 2346-2355
- *Revue internationale d'histoire de la psychanalyse*, 1988-1993
- SWAIN, G., 1987/5, *Chimie, cerveau, esprit et société, paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale*, « Le débat », n°47, p. 172-183

Sources électroniques :

- AARON ROBISON R. and al, 2012, *Surgery of the Mind, Mood and Conscious State : An Idea in Evolution* , World Neurosurgery, Vol. 77, Issue 5-6, p. 662-686, http://ac.els-cdn.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/S1878875013009406/1-s2.0-S1878875013009406-main.pdf?_tid=810eee60-0bb9-11e7-8c13-00000aab0f01&acdnat=1489827882_714c88a0e1c86965d8e8bd571b5e664b, consulté le 18/03/2017
- BRUSSET B., 2010-2005, *Les psychothérapies*, Que sais-je ?, Livre électronique, Paris, Presses Universitaires de France, <http://www.cairn.info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/les-psychotherapies--9782130552017.htm>, consulté le 10/01/2017
- BUELTZINGSLOEWEN VON I., 2015, « Vers un désenclavement de l'histoire de la psychiatrie », *Le Mouvement Social*, p. 3-11, www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2015-4-page-3.htm, consulté le 10/01/2017
- BURSZTEIN J.-G., 2003, Incommensurabilité entre psychanalyse et neurosciences : réflexion à partir du Projet-programme freudien (phi, psi, omega) de 1895, Paris 10, in analysis, <https://www.inanalysis.org/numeros>, consulté le 10/01/2017
- CSOKA A.B., 2016, *innovation in medicine :Ignaz the reviled and Egas the regaled*, Medicine Health care and Philosophiy, vol 19, issue 2, p. 163-168, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pubmed/26666438>, consulté le 15/01/2016
- EYRAUD Benoît, VELPRY Livia, « Ce que l'histoire de la psychiatrie nous dit de la psychanalyse », *Revue du MAUSS* 1/2011 (n° 37), p. 103-120, www.cairn.info/revue-du-mauss-2011-1page103.htm.DOI:10.3917/rdm.037.0103, consulté le 10/01/2017
- FRANCE CULTURE, lettres Freud/Bleuler : quand la psychanalyse rencontre la psychiatrie, `<iframe src="https://www.franceculture.fr/player/export-reecouter?content=e49e1a57-91ef-46b8-9791-4847b87e236d"width="481" frameborder="0" scrolling="no" height="137"></iframe>`, consulté le 04/05/2017
- HOHEISEL M., 2011, *East-Side story: The standardisation of psychotropic drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955–1970*, Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciencesjournal homepage, www.elsevier.com/locate/shpsc, consulté le 15/02/2017
- KOTCHOUBEY B. and al, 2016, *Methodological Problems on the Way to Integrative Human Neuroscience*, in *Frontiers in Integrative Neuroscience*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pmc/articles/PMC5126073>, consulté le 14/03/2017

- LOPEZ-MUNOZ F., 2011, *The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines : Half a century of anxiolytic drugs*, journal of anxiety disorders, Madrid, Elsevier, http://ac.els-cdn.com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/S0887618511000077/1-s2.0-S0887618511000077-main.pdf?_tid=dd4f5248-0bd0-11e7-96f3-00000aacb35f&acdnat=1489837915_2b59a98842b792c15053abb69d2b694b, consulté le 18/03/2017

- WIDAKOWICH C., VAN WETTERE L., JURYSTA F., HUBAIN P., 2013, *L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques*, Annales Médico-Psychologiques 171, http://www.researchgate.net/publication/256656729_Lapproche_dimensionnelle_versus_lapproche_catgorielle_dans_le_diagnostic_psychiatrique__aspects_historiques_et_pistmologique_ consulté le 10/10/2016