



# LES ENJEUX SOCIAUX DE LA MÉDECINE PRÉdictive. L'EXEMPLE DE L'ÉMERGENCE DU DIAGNOSTIC DE LA DÉMENCE PRÉCOCE ET DE LA SCHIZOPHRÉNIE DANS LA PREMIÈRE MOITIÉ DU XX<sup>e</sup> SIÈCLE

*THE SOCIAL STAKE OF PREDICTIVE MEDICINE. A FOCUS ON THE DEVELOPMENT OF THE DIAGNOSTIC OF DEMENTIA PRAECOX AND SCHIZOPHRENIA DURING THE FIRST HALF OF THE XX<sup>TH</sup> CENTURY*

Hervé GUILLEMAIN\*

---

## RÉSUMÉ

Que peut dire l'historien du nouveau paradigme numérique de la psychiatrie ? Certes celui-ci écrase par sa nouveauté les continuités qu'une science et une pratique entretiennent pourtant avec leur passé. Mais est-ce bien la première fois qu'un événement dans l'histoire de la psychiatrie introduit simultanément de tels changements dans la manière de mesurer les souffrances individuelles et de prédire l'évolution des maladies ? L'association de l'utilisation du big data, d'une approche biologique de la maladie mentale et d'une démarche prédictive constitue le projet de la psychiatrie kraepelinienne de la fin des années 1890. Je propose dans cet article de faire retour sur le temps de fondation de ce projet et sur les débats qu'il suscita afin d'éclairer les enjeux sociaux d'une transformation conceptuelle et pratique si ce n'est équivalente, du moins comparable.

---

## MOTS-CLÉS

Histoire de la psychiatrie, Médecine prédictive, Kraepelin, Marqueur biologique, Démence précoce.

\* MCF histoire – Université du Mans

---

## ABSTRACT

What can a historian say about the new numeric paradigm emerging within the field of psychiatry? Certainly, this new paradigm dominates that which comes from a long history of psychiatry that maintains itself through reflecting on the past. But, is this really the first time that an event in the history of psychiatry has introduced such changes in a way that has assessed the suffering of individuals and even predicted the evolution of psychiatric illnesses and diseases? By evoking concepts such as big data usage, a biological approach to mental illness and the predictive precautions we are directed towards the Kraepelinian psychiatry project that dates back to the end of the 1890s. I propose in this article to step back in time to the foundation of this project and to take a look at the debates that it provoked within the field in order to shed light onto the social stakes at play within a conceptual transformation and practice – if not equivalent or at least comparable in any way.

---

## KEYWORDS

History of psychiatry, Predictive medicine, Kraepelin, Praecox dementia, Biological milestone.



L'historien peut-il dire quelque chose d'un phénomène qui mobilise des concepts, des méthodes et des technologies du XXI<sup>e</sup> siècle ? Objets connectés, machine learning, génomique, ... le nouveau paradigme technologique de la psychiatrie écrase par sa nouveauté les continuités qu'une science et une pratique entretiennent pourtant avec leur passé. Les contours de l'objet qui nous intéresse dans ce numéro change à grande vitesse mais il comporte au fond toujours quatre dimensions principales. La psychiatrie qui se dessine est basée sur le grand nombre, tendue vers un objectif de prédiction, présentée comme un outil de personnalisation du soin et enfin célébrée comme une médecine de précision à la recherche de marqueurs biologiques significatifs. A partir de ce constat porté par un observateur extérieur, la question posée à l'historien pourrait donc être ainsi formulée : est-ce la première fois qu'un événement dans l'histoire de la psychiatrie introduit simultanément de tels changements à la fois dans la manière de mesurer les souffrances individuelles, de modifier la relation entre médecin et malade, d'envisager la prévention et le soin, de prédire l'évolution des maladies ?

L'association de l'utilisation du grand nombre, d'une approche biologique de la maladie mentale et d'une démarche prédictive renvoie selon moi à un des actes fondateurs de la science psychiatrique contemporaine : la création de la psychiatrie kraepelinienne à la fin des années 1890, appuyée notamment sur un bouleversement de la classification des maladies mentales qui s'est traduite notamment par l'invention de la démence précoce, ancêtre diagnostic de la schizophrénie du XX<sup>e</sup> siècle [13]. Travaillant sur l'histoire de l'émergence de cette maladie dans la société française dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle à partir des dossiers patients archivés dans les hôpitaux psychiatriques français [6, 7, 8], j'ai choisi de revenir dans le cadre de cet article sur les enseignements de cette période afin de tenter d'éclairer les enjeux sociaux d'une transformation conceptuelle et pratique si ce n'est équivalente, du moins comparable dans son projet.

Je vais donc faire retour ici sur les facteurs historiques – scientifiques, techniques et institutionnels – qui portèrent cette nouvelle psychiatrie des nombres et de la prédiction, puis j'exposerai le contenu des débats qui accompagnèrent sa diffusion controversée en Europe au début du XX<sup>e</sup> siècle, enfin j'envisagerai ses enjeux sociaux en m'appuyant sur une recherche inédite menée dans les dossiers des patients schizophrènes du premier XX<sup>e</sup> siècle.

## RETOUR SUR L'AVÈNEMENT D'UN NOUVEAU MODÈLE PSYCHIATRIQUE « RÉVOLUTIONNAIRE »

L'histoire de la psychiatrie lorsqu'elle est écrite de manière internaliste par ses propres acteurs comporte dans

son récit, c'est chose logique, de nombreux moments révolutionnaires déterminés par la technique et/ou par la mutation institutionnelle, depuis la libération des fous par Pinel à l'avènement des neuroleptiques, en passant par l'éclosion des thérapies de choc, la surmortalité hospitalière de la Seconde Guerre mondiale ou encore les textes des années 1960-1970 proclamant la fin du modèle hospitalo-centré. L'histoire savante de la psychiatrie est scandée de la même manière par des œuvres faisant césures à partir de leur date de parution et généralement d'une proposition de déplacement des individus dans la classification des maladies mentales. L'annonce d'une nouvelle révolution spectaculaire des pratiques de la psychiatrie à l'ère numérique est le dernier avatar de cette histoire pensée en forme de révolutions progressives. Le rôle d'un historien est, je crois, d'interroger ces modes de mise en récits en replaçant ces moments apparents de rupture dans le long terme des idées et des pratiques ainsi que dans le contexte de l'histoire sociale.

Parmi les révolutions paradigmatisques les plus souvent citées et engageant les dimensions savantes autant qu'institutionnelles et pratiques, peu occupent autant de place que celle des cliniques allemandes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et celle de l'œuvre d'Emile Kraepelin [12]. Les objectifs du médecin allemand sont alors d'établir une science respectable – une science tout court devrait-on dire – sur la base de la précision, de la prédiction, de la prévention et de la psychiatrie biologique. Techniques marketing et outils numériques en moins, ce n'est rien moins qu'une « médecine des 4 P » pour les années 1900. Evidemment les révolutions en histoire des sciences ne sont jamais là où on les attend. A mon sens, l'essentiel des principes qui vont amener la transformation du regard sur la maladie mentale au XX<sup>e</sup> siècle est en fait né dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle à partir de la mise en œuvre d'objectifs partagés par une grande partie du milieu psychiatrique occidental depuis les années 1850. Ils dérivent à la fois d'une mutation interne du savoir aliéniste – que Lanteri-Laura identifiait comme le nouveau « paradigme des maladies mentales » [10] –, d'une réaction professionnelle face aux critiques sociales de plus en plus virulentes contre l'institution asilaire [2], mais aussi d'une problématique institutionnelle produite par l'inflation démesurée de l'internement psychiatrique perceptible sur l'ensemble du territoire.

## UNE MÉDECINE DÉPERSONNALISÉE AU PROFIT DE LA PRÉCISION ET DE LA PRÉVISION

La dislocation du cadre intellectuel de la clinique du premier XIX<sup>e</sup> siècle, articulée jusqu'alors sur le concept



d'aliénation mentale, s'accompagne en effet d'une aspiration à la précision. Puisqu'il existe probablement plusieurs manières d'être fou, comme il existe plusieurs manières d'être malade, il s'agit de nommer clairement un ensemble d'entités dont le nombre est limité et dont le diagnostic différentiel est clair. Le progrès, dans une société fondée sur la « certification » – rappelons que cette évolution scientifique est contemporaine de la mise en œuvre des nouvelles dispositions légales de placements de 1838 qui nécessitent l'établissement régulier de tels certificats –, c'est séparer et distinguer. Cette aspiration est d'autant plus grande dans le milieu des aliénistes que la profession est alors mise en cause publiquement pour ses insuffisances thérapeutiques et scientifiques ainsi que pour sa gestion arbitraire des hospitalisations. Dans cette situation les aliénistes optent pour un modèle clinique spécialisé qui s'appuie à la fois sur la recherche du fondement biologique de la folie, sur la prédictibilité de l'évolution des pathologies mentales, mais aussi sur une réévaluation de la place du malade dans sa relation avec le psychiatre.

Face à un aliéné considéré comme foncièrement dissimulateur [5], dont la parole est décrédibilisée, le médecin ne peut plus être passif et dépendant du savoir du patient, mais doit prendre de la distance face à lui pour découvrir ce qui ne peut apparaître spontanément dans le comportement du sujet malade, particulièrement le stade auquel celui-ci est parvenu dans le cours de sa pathologie. En réaction à l'approche considérée comme trop symptomatologique, psychologique et littéraire des premiers maîtres de la psychiatrie française, Jean Pierre Falret impulse, dans les années 1850, le programme d'une classification naturelle des maladies mentales conçues comme des entités morbides uniques déterminées par l'évolution des pathologies susceptibles d'être prévues à l'avance (prédisposition, prodromes, invasion, période d'état, chronicité) et fondées sur la recherche de phénomènes primaires sous-jacents. Les psychiatres allemands (Karl Ludwig Kahlbaum), certains psychiatres anglais (Clouston), proposent au même moment une nouvelle cartographie des maladies mentales selon des principes similaires.

Le maître mot de la nouvelle psychiatrie, c'est prévoir. En l'absence de certitude anatomo-pathologique, il semble à beaucoup de psychiatres que seul le repérage de l'évolution des symptômes apparaît comme une source de progrès scientifique. Dans cette quête, le facteur temps devient déterminant. C'est donc la chronologie de la maladie qui devient fondamentale : ses débuts, l'entrée dans la chronicité, l'établissement de l'incurabilité. Le terme « démence précoce » – accollement de deux indices marquant un rapport au temps – est un aboutissement de cette démarche. Cette priorité donnée

à la prédictibilité, est soumise à un objectif de prophylaxie, visant particulièrement les psychoses juvéniles dont il s'agit de contrecarrer au plus tôt la marche afin de préserver la société d'une croissance démesurée de la charge induite par les malades mentaux. L'origine de cette psychose juvénile est le plus souvent pensée en lien avec les effets d'une auto-intoxication du corps juvénile, qui provoquent un épuisement des organismes soumis aux injonctions de plus en plus grandes de la modernité, que ces dernières prennent le visage de l'intégration à l'école ou à l'armée républicaines.

Ces concepts, ces pratiques et ces technologies contribuent à transformer la première psychiatrie fondée sur le cas individuel, sur la description d'un syndrome à un instant T, sur l'attention au délire des fous, sur une approche morale, en une seconde psychiatrie plaçant dans la statistique et la biologie son espoir d'une médecine objective précise et prédictive au service d'une prophylaxie sociale efficace. Selon la nouvelle doxa, qu'est-ce-qu'un bon psychiatre à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle ? C'est quelqu'un qui sait bien observer les symptômes, les décrire, les classer, selon une tradition déjà centenaire, mais c'est aussi désormais quelqu'un qui doit voir beaucoup de malades et mettre en série ses observations. C'est aussi un scientifique qui cherche à pronostiquer en étudiant la marche sur le long terme de la maladie. C'est enfin un médecin qui use de nouvelles méthodes biologiques d'examen.

---

## NOUVELLES TECHNOLOGIES D'ENREGISTREMENT DE LA MARCHE DES MALADIES : LE RECUEIL EN GRAND NOMBRE AU SERVICE DE LA NOUVELLE CLINIQUE

Dans ce contexte et pour produire sa nouvelle clinique Emile Kraepelin se fonde sur de nouvelles technologies de laboratoire, sur le recueil de données nombreuses ainsi que sur la modification des supports d'enregistrement de l'information. Ce que fait Kraepelin dès l'instant où il prend sa fonction de directeur à la clinique d'Heidelberg en 1891, c'est transformer le mode de notation et d'archivage de la maladie. L'adaptation des modèles de fichage administratifs des états allemands à la psychiatrie a favorisé l'objectivation et la standardisation de la prise de notes, la mise en série des observations, puis la mise en graphique de la maladie mentale. Un des enjeux fondamentaux pour lui était de préserver les données disponibles coûte que coûte. Même lorsque les patients étaient transférés dans un asile pour chroniques, il s'agissait de conserver toutes les informations les concernant afin de pouvoir établir sur un grand nombre



des observations scientifiques significatives portant sur la marche des malades mentales. La bataille pour les données fut rude, mais Kraepelin réussit à convaincre les autorités de la nécessité scientifique d'une telle révolution : le fichier principal de tous les patients resterait archivé à Heidelberg même une fois le patient transféré. Le second objectif de Kraepelin était de multiplier les admissions afin de pouvoir asseoir sa nouvelle conception sur le plus grand nombre possible d'observations. En des temps de surencombrement asilaire, cette volonté surprenait les acteurs de la psychiatrie allemande, mais le projet de doubler rapidement les admissions pour enrichir le matériel clinique fut très rapidement mis en place. Une fois les modes de surveillance des patients transformés, il fallait également penser le transfert vers d'autres institutions afin de ne jamais tarir la masse de données recueillies. Ce fut chose faite, non sans mal, puisque des institutions asilaires pour chroniques déjà surpeuplées se voyaient obligées d'admettre ce nouveau flux de patients en provenance de la clinique d'Heidelberg. L'avènement d'une psychiatrie prédictive fondée sur le grand nombre ne s'est donc pas réalisé sans conflits [3, 4].

Elle a en effet suscité dès l'origine des controverses portant notamment sur les effets potentiels d'un pronostic déterminé rapidement afin de générer le flux continu d'admission de patients nécessaire à l'émergence d'une psychiatrie fondée sur le grand nombre. Développée dès les années 1890 en Allemagne, cette controverse s'est étendue dans les congrès psychiatriques tenus en France dans la première décennie du XX<sup>e</sup> siècle au moment où il s'agissait de prendre position pour ou contre l'adoption du nouveau système kraepelinien.

### LA MÉDECINE PRÉDICTIVE EN DÉBAT

Les défenseurs français du système kraepelinien sont, vers 1900, plutôt minoritaires au sein de la profession psychiatrique. Ils constituent un réseau principalement parisien, œuvrant dans les grandes institutions asilaires de la Seine et largement structuré par les disciples du très germanophile Paul Sérieux, qui compte parmi les plus grands admirateurs du système hospitalier à l'allemande. Dans les premiers congrès professionnels du nouveau siècle, ces hommes sont à la manœuvre pour imposer la nouvelle psychiatrie et la nouvelle classification à une profession assez réticente. Pour ce faire, ces psychiatres cherchent à démontrer la présence de la démence précoce dans les institutions françaises : ils avancent des statistiques remarquables destinées à prouver l'évidence du diagnostic et consacrent la notion dans leurs manuels. Cependant la majorité des aliénistes qui interviennent

dans le cadre de cette controverse scientifique militent à l'inverse contre la reconnaissance des psychoses spécifiques de la puberté. Emmanuel Régis par exemple, figure majeure de la psychiatrie française d'avant-guerre, se présente comme le conservateur de la tradition clinique française du XIX<sup>e</sup> siècle, et d'une médecine humoraliste pluriséculaire face à la révolution du « grand tout » que propose Kraepelin. Les deux hommes ne sont pas opposés sur tous les points, tous deux sont par exemple de fervents défenseurs de la nouvelle psychiatrie biologique, de ses techniques comme de ses interprétations. Si lors du congrès de 1900 le déséquilibre des forces paraît évident, la situation semble plus équilibrée en 1904. Au point que, chose rarissime dans les annales du Congrès, la question du vote sur l'adoption de la nouvelle classification a été posée. Derrière la joute clinique aux accents parfois nationalistes se cache en fait un affrontement beaucoup plus politique.

On perçoit dès les années 1900 les réticences de certains psychiatres français face à une dérive institutionnelle potentielle qui enfermerait le sujet dans un diagnostic précoce d'incurabilité et par là dans un internement au long cours qui viendrait accélérer sa dégradation mentale et sociale. La bataille pour la classification s'inscrit donc dans un combat plus large contre les modes de chronicisation asilaire. Un des arguments les plus décisifs échangés à l'occasion de ces congrès porte sur la curabilité de ces états. Paul Sérieux expliquait à ses collègues tout l'avantage que ceux-ci pourraient tirer d'une intégration des conceptions allemandes, qui revenaient à « réunir et grouper [les maladies mentales] en un certain nombre d'espèces nosologiques bien définies, dont l'évolution peut être annoncée et prédictive à l'avance » [15]. En contradiction totale avec ce dernier, Florentin Pactet, psychiatre investi dans l'observation des aliénés des prisons françaises et futur président de la Société Médico-psychologique dans les années 1920, critique des conditions asilaires, refuse d'entrer dans l'ère du pronostic désastreux pour les familles : « dans de tels cas, il ne faut pas faire de diagnostic et partant de pronostic : notre devoir, vis-à-vis des parents des malades, est de dire – ce qui est l'expression de la vérité – que nous ne savons pas comment l'affection évoluera » [16]. Là où les adeptes de la psychiatrie kraepelinienne ne voient que les marques d'une déchéance programmée et inéluctable – une démence primitive incurable dans 90% des cas selon Kraepelin et toujours selon Masselon –, les défenseurs de la clinique française ne perçoivent que des états réversibles et peu graves – une démence secondaire à d'autres formes connues de folie. La controverse se déplaçait sur l'interprétation de l'évolution de l'état des patients : aux récits nombreux de guérison de psychoses juvéniles présentés par les



tenant de la dégénérescence – constat qui pourrait contribuer à relativiser un tant soit peu le pessimisme présumé des médecins de la fin de siècle [9] –, aux doutes portant sur la linéarité de la dégradation de l'état des déments précoces parfois confondues avec les phases de la folie circulaire, les disciples de Sérioux opposaient tous des récits de rémissions incomplètes, de rechutes et de pronostics des plus sombres [14].

### LES CONSÉQUENCES IMMÉDIATES DE LA MISE EN PLACE D'UNE PSYCHIATRIE PRÉDICTIVE

Au-delà des considérations scientifiques, chacune des dimensions de ce changement paradigmique à des conséquences institutionnelles et sociales. La volonté de préciser les entités mentales à partir de leur chronicisation présumée à un effet immédiat. En jugeant l'avenir d'un sujet à partir de son évolution en cours, en écrivant l'histoire du patient depuis sa terminaison finale supposée, la démarche qui conduit à réinterpréter toutes les démences secondaires en démences primaires en devenir va favoriser l'extension massive du champ de la démence. Les sujets qui présentent certains des symptômes apparentés à la démence précoce, qui sont nombreux et variés et sont souvent présents dans le tableau type d'autres maladies mentales, vont être soumis à cette grille de lecture unique, consistant à distinguer entre l'essentiel – les signes d'une évolution sous-jacente aux symptômes relevant d'un processus profond même s'il est inconnu – et l'accessoire – la diversité superficielle des tableaux symptomatiques. Assez logiquement, le nombre de comportements pouvant être placés sous le terme de démence précoce va se multiplier. A l'échelle des dossiers patients consultés dans les archives des hôpitaux français, cela contribue à l'émergence statistique de la maladie dans l'entre deux guerres. Entérinant la dislocation des psychoses de la dégénérescence, de l'hystérie et de la mélancolie délirante, l'émergence de la démence précoce particulièrement nette dans les archives de l'entre-deux-guerres [1], contribue à la reclassification des sujets sur la carte nosologique.

Après tout, si seule l'étiquette change, est-ce si important ? Oui car ce désir de prédictibilité des maladies mentales a aussi un effet redoutable sur l'image de la maladie et le traitement social des malades. L'enjeu de ce déplacement pour les patients n'est pas anodin, puisqu'à partir d'un tableau similaire, les sujets sont soumis à une grille de lecture différente : une mélancolie curable au XIX<sup>e</sup> siècle, une démence incurable au XX<sup>e</sup> siècle. Ils sont également soumis à un traitement asilaire durable ponctué de séances de thérapies de plus en plus interventionnistes, qui pèsent sur l'évolution des symptômes. Si assurément

le basculement nosologique ne fait pas tout, il charrie des représentations de la maladie et du soin qui finissent par impacter le parcours des patients concernés.

Le cas de Marlène G., internée à l'asile d'Alençon en 1928, illustre les implications concrètes de ce déplacement abstrait sur la carte de la science médicale, dont certains praticiens ont eu très tôt conscience. Cette cultivatrice de 27 ans vient d'accoucher et présente depuis cet événement, selon le médecin de famille, une grande mélancolie et un mutisme quasi-total. Chose très rare dans les dossiers, le psychiatre Jean Lautier [11] évoque ses hésitations dans un des certificats joints au dossier : « Le diagnostic est difficile : stupeur mélancolique probable, mais il peut s'agir de démence précoce ou de confusion mentale ». Encore plus rare, il en fait part à la famille dans une lettre dont on conserve une copie : « je porte le diagnostic de stupeur mélancolique... Cela a d'ailleurs une grosse importance au point de vue du diagnostic car une crise mélancolique a les plus grandes chances de guérir tandis qu'une démence précoce serait à peu près sûrement incurable... Il ne faut se livrer à aucun traitement intempestif qui risquerait de rendre la maladie incurable. »(1) La force des mots... la jeune femme sort de l'asile au bout de quelques mois. Elle échappe à cet internement long qui aurait pu selon les dires du médecin transformer son état de manière irréversible.

### LA RECHERCHE DE MARQUEURS BIOLOGIQUES DE LA MALADIE MENTALE

Quelles que soient leurs divergences théoriques et pratiques, les psychiatries françaises et allemandes, pro et anti kraepelinienne, se rejoignaient cependant dans la recherche de marqueurs biologiques des maladies mentales. La chose n'était certes pas totalement nouvelle mais elle prenait une dimension remarquable au début de ce nouveau siècle. La mise en relation étroite de ces entités pensées dans leur rapport à la chronicité avec les espoirs et les techniques de la psychiatrie biologique transforme en effet les pratiques et l'enregistrement de la folie dans l'entre-deux-guerres. Lors de ma recherche, certains dossiers me surprenaient par l'accumulation de fiches et des graphiques qui, pour beaucoup de patients, constituaient l'unique mémoire de leur passage à l'hôpital – feuilles de pesées, feuilles de menstruations, feuilles de températures. Instrumentale et quantitative, cette médecine, qui cherche à standardiser l'examen à partir de tests psycho-physiques, de mesures des flux organiques, de quantification des constantes utilisées en médecine

(1) Lettre du docteur Jean Lautier à la famille de M. G., juillet 1928, dossier M. G., AL, Archives Centre Psychothérapeutique Alençon, n°7877.



générale, de recours aux analyses de laboratoires, se légitime par la profusion de données. L'archive montre la volonté de saisir le sujet dans une nouvelle dimension objective, opération qui fait passer au second plan la subjectivité et l'ancrage social et historique des patients. La recherche d'un marqueur physiologique ou biochimique des psychoses est l'horizon d'attente des promoteurs de la démence précoce mais la discordance entre la puissance du dispositif d'enregistrement physiologique et la faiblesse de son apport en matière psychiatrique est patente à la lecture des fiches récapitulatives d'examen produites à l'admission. Elaborée pour mettre fin à la métaphysique du traitement moral, sous couvert de combattre les insuffisances de l'anatomopathologie et les imprécisions de la clinique du XIX<sup>e</sup> siècle, cette psychiatrie biologique n'en dévoile pas moins assez rapidement ses faiblesses et ses contradictions.

### QUAND LA PSYCHIATRIE PRÉDICTIVE SE MET AU SERVICE DE LA GESTION ADMINISTRATIVE DES FLUX DE PATIENTS

L'ambition d'appuyer la nouvelle science psychiatrique sur les grands nombres va également peser sur le parcours des sujets. En Allemagne par exemple, le désir d'observer un nombre plus important de patients à des fins de construction scientifique va peser sur la gestion des flux de patients hospitalisés. Kraepelin, qui espère un maximum de fiches de renseignements sur l'évolution des symptômes des malades, va de fait favoriser une rotation rapide des sujets. Dès 1896, le savant allemand a déjà collecté un millier de cas. Or ceci se passe au sein de systèmes psychiatriques en tension démographique à la fin du siècle et de plus en plus travaillés par la nécessité de distinguer rapidement le curable de l'incurable. Comme l'a montré Eric Engstrom [3] dans son histoire des premières cliniques allemandes, les conceptions kraepelinianes de la maladie mentale sont étroitement liées à une réorganisation institutionnelle permettant l'établissement d'un pronostic dans un délai raccourci et le transfert vers les institutions de relégation. L'introduction du diagnostic de démence précoce a donc une dimension institutionnelle et administrative.

L'hypothèse peut être confirmée à partir cette fois des archives françaises. L'avènement d'une conception nouvelle de la psychiatrie au tournant du siècle – biologique, prédictive, fondée sur une approche scientifique précise et quantifiée des entités morbides –, rencontrait une problématique institutionnelle récurrente et encore actuelle. Les sujets chroniques diagnostiqués en quelques jours n'avaient pas vocation à rester indéfiniment au sein d'une institution dédiée à la cure et devaient, une fois le

pronostic assuré et annoncé aux familles, être transférés dans les asiles pour chroniques. Dès les premières années de son utilisation, le diagnostic de démence précoce se place donc sur un double registre, celui de la science et celui de l'administration. Et ce d'autant plus que l'essor de ce nouveau diagnostic se produit durant une phase de croissance forte des hospitalisations psychiatriques, après le reflux lié à la surmortalité survenue pendant la Grande guerre. Alors que les savants français sont plutôt réticents à adopter la démence précoce dans la classification, ce diagnostic s'est diffusé notamment pour répondre à une demande institutionnelle visant à identifier rapidement curables et incurables, dans le contexte particulier des années trente, qui voit la démographie asilaire exploser. Ces diagnostics et ces transferts n'ont plus rien à voir avec le soin, ni avec la science, ils relèvent d'une gestion administrative des populations en temps de crise et conduisent une partie de ces dernières vers une mort sociale assurée, après leurs transferts.

L'histoire (et peut-être la psychiatrie qui lui est fortement liée [17]) n'a pas vocation à être prédictive, c'est une certitude. Elle peut néanmoins venir aider à relativiser le sentiment de nouveauté absolue qui nous saisit parfois lorsque nous prenons connaissances des évolutions techniques et conceptuelles contemporaines de l'avènement de l'âge numérique. Les controverses qui se développent aujourd'hui entre les tenants du big data et leurs rares contemporains font écho à une autre controverse qui un siècle plus tôt mettait déjà en jeu les conséquences sociales d'une psychiatrie prédictive fondée sur la recherche de marqueurs biologiques et sur un savoir constitué à partir d'observations en grand nombre. Il serait ridicule de prétendre que rien de neuf ne se produit sous nos yeux. Mais il serait tout autant ridicule d'affirmer le contraire. Les craintes des psychiatres de 1900 sur les dérives potentielles de la psychiatrie kraepelinienne méritent d'être rappelées car elles ont, pour certaines d'entre elles, pris réellement forme dans l'histoire du XX<sup>e</sup> siècle. ■

### RÉFÉRENCES

- [1] Clauss J. *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)*. Thèse de médecine, Strasbourg. 2015.
- [2] Dowbiggin I. *La Folie héréditaire ou comment la psychiatrie s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle*. EPEL. 1993.
- [3] Engstrom E. *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. Cornell University Press. 2003.



- [4] Engstrom E. Emil Kraepelin, Psychiatry and Public Affairs in Wilhelmine Germany. *History of Psychiatry*. 1991/2 : 111-132.
- [5] Fromentin C. Simulation et dissimulation de la folie dans les asiles au XIX<sup>e</sup> siècle. *L'Evolution psychiatrique*. 2016. 81 (1) : 27-41.
- [6] Guignard L., Guillemain H. L'Histoire en délires. Usage des écrits délirants dans la pratique historienne. In I. Perreault et M. C. Thifault. *Récits inachevés. Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines*. Presses de l'Université d'Ottawa, 2016 : 177-200.
- [7] Guillemain H. Le retour aux sources. Points de vue sur l'histoire sociale de la psychiatrie et de la maladie mentale. *L'Evolution psychiatrique*. 2017. 82(3) : 527-535.
- [8] Guillemain H. L'interrogatoire du schizophrène, un procès thérapeutique au XX<sup>e</sup> siècle ? Lire les sources psychiatriques à partir des hypothèses de Michel de Certeau. *Sociétés et représentations*. 2017/1. 43 : 29-41.
- [9] Henckès N. *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*. Thèse EHESS. 2007.
- [10] Lanteri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Editions du temps. 1998.
- [11] Lautier J. Le démembrément de la démence précoce. *AMP*. 1924/1 : 301-314.
- [12] Lepoutre T. « Déconstruire Kraepelin : considérations historiques sur la nosologie kraepelinienne », *L'évolution psychiatrique*, avril-juin 2014, 79/2 : 239-260.
- [13] Noll R. *American Madness. The Rise and Fall of Dementia Praecox*, Harvard, 2011.
- [14] Pascal C. *La démence précoce, étude psychologique, médicale et médico-légale*. Paris. 1911.
- [15] Sérioux P. La démence précoce. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. mars 1901.
- [16] Trénel M. Démence précoce et folie périodique. *Annales médico-psychologiques*. 1912/2.
- [17] Dossier Pour l'histoire de la psychiatrie. *L'Evolution psychiatrique*. 2017.82/3.