



HAL
open science

La ” psychose débutante ” comme catégorie productrice de normes médicales.

Emmanuel Delille

► **To cite this version:**

Emmanuel Delille. La ” psychose débutante ” comme catégorie productrice de normes médicales. : Contribution à l’histoire des pratiques de santé, France-Allemagne 1945-1989.. 2013. halshs-00932860

HAL Id: halshs-00932860

<https://shs.hal.science/halshs-00932860>

Preprint submitted on 20 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**La « psychose débutante » comme catégorie productrice de normes médicales.
Contribution à l'histoire des pratiques de santé, France-Allemagne 1945-1989.**

Cette étude exploratoire est basée sur un travail de dépouillement des dossiers médicaux de plusieurs hôpitaux psychiatriques français et allemands, de la seconde partie du XX^e siècle. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche intitulé « Psychiatric fringes – An historical and sociological investigation of early psychosis and related phenomena in post-war French and German societies »¹. En effet, la schizophrénie incarne dans la société de l'après-guerre une manifestation de la folie par excellence : comme l'hystérie à la fin du XIX^e siècle, elle représente un phénomène socio-culturel considérable pendant les années 1950-70 et concentre une grande partie des soins en santé mentale². C'est dans ce cadre qu'émerge la catégorie connue aujourd'hui sous le nom de « psychose débutante » (*early psychosis* en anglais, *beginnende Schizophrenie* en allemand). Par ce terme, les médecins désignent l'hypothèse d'un trouble mental grave à son début, chez un individu jeune. Il ne recouvre pas, à proprement parler, des symptômes francs, mais des premiers signes non spécifiques, ou qui ne dépassent pas un seuil limite, c'est-à-dire des prodromes – un terme adapté du grec qui s'est imposé au XVIII^e siècle dans la terminologie médicale pour désigner les signes avant-coureurs des maladies. Cependant la catégorie de « psychose débutante » reste instable pendant la seconde moitié du XX^e siècle : en France, elle est parfois employée en théorie, davantage dans l'enseignement et la formation des jeunes médecins qui doivent apprendre à reconnaître un début de maladie mentale, mais il faut attendre le tournant des années 1980-90 pour constater une vague de recherches scientifiques dans ce domaine³. En RFA, la recherche scientifique en neuropsychiatrie est dotée d'un réseau d'universités plus dense et le thème est articulé à des recherches plus tôt, dès les années 1950⁴.

Si la catégorie de psychose débutante est encore en devenir pendant les années

¹ Agence Nationale de la Recherche (ANR) et Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) 2012-2015.

² Cf. GARRABE Jean, *Histoire de la schizophrénie* (1993), Paris, Seuil, 2004.

³ Pour une chronologie, une revue de la terminologie technique et de la littérature médicale spécialisée, cf. DELILLE Emmanuel, « La réception française des travaux allemands sur les psychoses débutantes. Un exemple de circulation difficile des savoirs médicaux 1945-1989 » (à paraître).

⁴ La monographie de Klaus Conrad est considérée comme un moment charnière : CONRAD Klaus, *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, Stuttgart, Georg Thieme, 1958. Cf. GROSSO Luigi, MAURER Kurt et THIBAUT Florence, « Prise en charge précoce des psychoses : le temps des pratiques », *PSN*, vol. III, supplément 1, juin 2005, pp. 2-7.

1950-70, la question que je pose ici est celle de son maniement dans la pratique en psychiatrie durant cette période de mutation. En m'appuyant sur l'historiographie existante en France et en Allemagne à propos des dossiers médicaux, ma contribution vise à montrer comment la catégorie de psychose débutante est productrice de normes au cours d'un processus de reformulation du diagnostic, dans le sens où elle sert de catégorie intermédiaire entre la qualification d'une conduite atypique difficile à caractériser et un diagnostic normatif, comme la schizophrénie. Après un rappel d'acteurs-clés et un relevé lexical tiré des dossiers médicaux de l'hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir), je procéderai à l'analyse des enchaînements diachroniques entre les observations médicales, les entretiens, le récit d'anamnèse, les certificats et la construction d'hypothèses diagnostiques, de manière à mettre en évidence les savoir-faire impliqués dans un dossier médical. Les premiers résultats de cette enquête montrent que la représentation de « psychose débutante » recouvre des pratiques variées et une population d'inégale importance selon les lieux d'observation, mais que la pratique de tests psychologiques de plus en plus spécialisés est à prendre en considération pour sa compréhension. Un nombre limité d'exemples pris en France et en Allemagne devrait pouvoir contribuer à l'histoire comparée des nouvelles pratiques de santé, au sens de Patrice Bourdelais et Olivier Faure⁵.

Le dossier médical, source pour l'écriture de l'histoire

Les travaux historiques menés sur les dossiers médicaux des hôpitaux psychiatriques sont récents, cependant ils sont plus avancés dans les pays de langue allemande⁶. Cela s'explique en partie par l'importance en Allemagne des analyses historiques de l'action T4, qui désigne le programme d'euthanasie des handicapés et malades mentaux par le régime nazi (1940). Mais la limite méthodologique qui est le plus souvent rappelée est la dissymétrie entre les usagers et les professionnels dans ce type de source, rédigé par un pouvoir médical en situation de domination.

En France, l'accès aux dossiers médicaux n'est pas aisé, les archives départementales ne les collectent pas systématiquement et la construction

⁵ BOURDELAIS Patrice et FAURE Olivier (sous la direction de), *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Belin, 2005.

⁶ Voir le compte rendu des journées d'étude tenues à Berlin les 17-19 mai 2007 : « Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall ». <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1602>. Des exemples suivent.

d'échantillons est rare. Un dossier médical se présente sous la forme d'une chemise cartonnée rassemblant les documents relatifs à l'hospitalisation d'un individu : des informations d'état-civil, des observations médicales, des résultats d'examens, des courriers, voire des documents plus intimes comme des dessins et des écrits autobiographiques (ego-documents). Le but est de fixer le plus objectivement possible la description de la maladie, son évolution dans le temps et l'action du traitement, en rassemblant les connaissances produites par tous les acteurs intervenant dans le soin. Le dossier médical est d'abord destiné aux médecins, surveillants et infirmiers, de sorte que, jusqu'à une période relativement récente, les malades et leur famille n'y avaient pas accès. Les principaux documents sont formalisés, pré-remplis et imprimés par des administrations qui ont leur propre logique de reproduction de l'information et de gestion⁷. Le récit écrit occupe une place majeure, mais on trouve aussi des graphiques, des données quantitatives, des photos et radiographies. Les dossiers servent également dans un second temps à l'enseignement et à la recherche médicale, quand ils sont mis en série.

Cette description n'épuise pas les différentes facettes de l'objet, mais force est de constater qu'il n'existe pas de synthèse sur la manière dont les historiens construisent leur objet d'étude à partir des dossiers médicaux. Il existe aussi bien des travaux historiques sériels⁸ que des reconstructions d'itinéraires individuels⁹. Des problématiques comme le handicap¹⁰, l'enfermement et ses alternatives¹¹, l'enfance¹² et le genre¹³ ont aussi été abordées. D'autres analyses se focalisent davantage sur

⁷ Cf. KAUFMANN Claudia & LEIMGRUDER Walter (dir.), *Was Akten bewirken können. Integrations- und Ausschlussprozesses eines Verwaltungsvorgangs*, Zürich, Seismo Verlag, 2008.

⁸ Cf. PORTER Roy & WRIGHT David, *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.

⁹ Cf. GUILLEMAIN Hervé, « La fonction du bon patient dans l'institution psychiatrique (1910-1970) », in *Expérience de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie XIX^e-XX^e siècle* (sous la direction de Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Stéphane Tison), Rennes, P.U.R., pp. 241-250.

¹⁰ FUCHS Petra, « Krankenakten als Quelle im Kontext der Dis/ability History », in Hans-Walter Schmuhl & Ulrike Winkler (dir.), *Welt in der Welt. Heime für Menschen mit geistiger Behinderung in der Perspektive der Disability History*, Stuttgart, Kohlhammer, 2013, pp. 43-60.

¹¹ Cf. LEDEBUR Sophie, « L'espace de la polyclinique psychiatrique dans la ville : l'émergence de nouveaux savoirs », in DARLEY Mathilde, LANCELEVEE Camille et MICHALON Bénédicte (dir.), *Cultures & Conflicts*, n°90 « Penser l'enfermement en sciences sociales », 2013, pp. 13-32.

¹² Cf. GUILLEMAIN Hervé, « L'enfant en psychiatrie : du non-dit à la reconnaissance », *Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XXI^e siècle*, Le Mans, La Rainette, 2010, pp. 119-126.

¹³ Cf. NOLTE Karen, *Gelebte Hysterie : Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Francfort, Campus, 2003.

l'histoire politique et culturelle¹⁴, ou encore tentent de renouveler ensemble l'histoire militaire et sociale de la période des deux conflits mondiaux¹⁵. L'histoire des médicaments¹⁶ a aussi progressé grâce à la prise en compte des dossiers médicaux.

La généalogie des classifications médicales et la reconstruction des histoires de cas (*Fallgeschichte*) est bien mieux représentée que l'histoire « vue d'en bas » (*history from below*), c'est-à-dire du point de vue du patient, défendue par l'historien britannique Roy Porter¹⁷. Dans le cas de la schizophrénie au XX^e siècle, il faut citer les récentes contributions d'Alexander Friedland et Rainer Herrn, au sein d'un projet de recherche rassemblant une dizaine de chercheurs¹⁸. Leur analyse est basée sur les dossiers médicaux de la Charité (Berlin). Elle se focalise sur la décennie 1910, pour reconstruire l'introduction de la catégorie de schizophrénie, sa délimitation progressive et son adaptation à un contexte local, l'interaction entre les médecins et les malades au cours de ce processus, et le diagnostic différentiel entre la schizophrénie et d'autres maladies mentales. Brigitta Bernet¹⁹ est aussi l'auteure d'une nouvelle histoire de la schizophrénie, présentée comme le résultat d'un collectif de pensée (l'école de Zurich). Son analyse est fondée sur le dépouillement des dossiers médicaux du Burghölzli, l'hôpital dans lequel Eugen Bleuler a développé (entre 1908 et 1911) le concept de schizophrénie pour remplacer un terme plus ancien, la démence précoce ; et où Carl Gustav Jung a créé le premier (1904) un test psychologique d'association, qui doit révéler les tendances profondes du sujet²⁰. À Paris, Clément Fromentin a dépouillé²¹ des dossiers médicaux du service de la chaire

¹⁴ Toujours à titre d'exemple, voir le travail de doctorat en cours de Fanny Le Bonhomme (Université Rennes II) sur les dossiers médicaux de la Charité (Berlin-Est) pendant la Guerre Froide. Titre provisoire : « Les espaces de la psychiatrie en République démocratique allemande 1957-1969 ».

¹⁵ Cf. GUILLEMAIN Hervé et TISON Stéphane, *Du front à l'asile, 1914-1918*, Paris, Alma Édition, 2013. BUELTZINGSLOEWEN Isabelle von (dir.), « Morts d'inanition ». *Famine et exclusions en France sous l'occupation*, Rennes, P.U.R., 2005. Thomas Beddies (Institut d'histoire de la médecine de Berlin) a dirigé et participé à plusieurs projets basés notamment sur le dépouillement de dossiers médicaux pour établir l'implication de la médecine pendant la période nazie et l'action T4.

¹⁶ Cf. BALZ Viola, *Zwischen Wirkung und Erfahrung. Eine Geschichte der Psychopharmaka*, Bielefeld, Transcript, 2010.

¹⁷ PORTER, Roy, « The Patient's View: Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, vol. 14, 1985, pp. 175-198.

¹⁸ FRIEDLAND Alexander et RAINER Herrn, « Die Einführung der Schizophrenie an der Charité », in *Am Rande der Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne*, Wien, Böhlau, 2012, pp. 207-258.

¹⁹ BERNET Brigitta, *Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900*, Zurich, Chronos, 2013.

²⁰ Sur l'histoire de ce test et une traduction, voir ANZIEU Didier et CHABERT Catherine, *Les méthodes projectives* (1961), Paris, P.U.F., 1992, pp 38-45.

²¹ FROMENTIN Clément, « Qu'est-ce qui s'écrit de la psychiatrie ? Du secrétaire de l'aliéné aux archives de l'asile Sainte-Anne : une approche de la littérature en psychiatrie », *PSN*, vol. 6, 2008, pp. 215-224.

des maladies mentales et de l'encéphale (CMME), en insistant sur les techniques de codification et la fixation du savoir médical. Ce service de la Faculté de Médecine de Paris fut l'un des premiers en France à articuler dans les années 1920-30 la description clinique de la schizophrénie, l'enseignement et la formation des médecins.

L'exemple de Bonneval

Qu'en est-il en province ? Le fonds d'archives de l'hôpital psychiatrique de Bonneval²² est l'un des principaux lieux d'observation de ce volet de recherche. Il s'agit de l'hôpital public du département d'Eure-et-Loir depuis 1861, sis dans cette région encore très rurale qu'est la Beauce, s'étalant à l'ouest de Paris. D'autres fonds ont été consultés en France (Saint-Egrève à Grenoble, Maison-Blanche à Paris²³) et en Allemagne (Heidelberg pour la RFA et la Charité à Berlin pour la RDA²⁴) de 1945 aux années 1970-80, une période marquée par la reconstruction et l'essor économique (Trente glorieuses, *Wirtschaftswunder*), mais aussi des crises politiques et constitutionnelles importantes, la Guerre Froide et la décolonisation. À Bonneval, une écrasante majorité des malades vient avant tout des campagnes et des villages, peu des grandes villes. Les malades d'origine étrangère (migrants d'Europe du sud et de l'est, Afrique du nord et de l'ouest) constituent une part non négligeable des usagers, et quelques pensionnaires payants venus de Paris sont aussi à noter. Les hospitalisations sont longues en comparaison avec celles effectuées dans les hôpitaux construits en zone urbaine, confirmant ainsi en partie l'imaginaire véhiculé sur les anciens asiles.

Si l'on procède à un échantillonnage des dossiers à partir des entrées, tous les cinq ans, de 1950 à 1980, on obtient 298 entrées en 1950, 300 en 1955, 404 en 1960, 419 en 1965, 296 en 1970, 232 en 1975 et 305 en 1980²⁵. Bien que la schizophrénie soit l'un des diagnostics les plus fréquemment rencontrés, peu de dossiers se sont révélés porteurs de représentations sur la psychose débutante durant cette période, entre 0 et 6 par an au maximum. Ces chiffres sont néanmoins à nuancer : c'est plus qu'à Maison-Blanche et à Saint-Egrève en France, et moins qu'à Heidelberg et à Berlin en Allemagne, et il ne s'agit que d'un échantillon, non de chiffre absolu²⁶.

²² Fonds conservé au Centre hospitalier Henri Ey. Il n'y a pas de cote, mais un ordre chronologique.

²³ Fonds des Archives départementales de l'Isère et des Archives de la Ville de Paris.

²⁴ Fonds conservés au sein des Universités médicales d'Heidelberg et de Berlin.

²⁵ La chute du nombre de malades en 1970 est certainement une conséquence de la sectorisation.

²⁶ Il faut aussi interpréter diversement ces données : Saint-Egrève est un hôpital psychiatrique urbain,

Cette catégorie n'est donc pas liée à une population bien identifiée dans un hôpital psychiatrique public départemental situé en zone rurale, 1 à 2% des entrées. Les dossiers médicaux montrent que les malades ont parfois déjà été soignés pour des troubles mal caractérisés en amont, dans des hôpitaux généraux ou des cliniques privées. J'ajouterai qu'ils sont aussi pris en charge par la famille et la collectivité à la campagne tant qu'ils sont en mesure de travailler, contrairement à ce qui se passe en ville, mais cette inférence reste à être démontrée. Il n'y a pas de genre sur-représenté, mais peut-être un âge, celui de l'adolescence, qui mériterait une analyse en soi.

Du concept à la pratique

Même si l'hôpital psychiatrique hérité de l'asile n'est peut-être pas le meilleur lieu d'observation, les prodromes des maladies mentales y font pourtant déjà l'objet de descriptions au XIX^e siècle, de plus en plus systématisées au XX^e siècle²⁷. Je vais prendre comme exemple l'exposé clinique et psychopathologique d'Henri Ey (1900-1977)²⁸, médecin chef du service des femmes à Bonneval. H. Ey est l'auteur, avec Julien Rouart, d'un essai remarqué intitulé *Essai d'application des idées de Jackson* (1936), qui fait la synthèse des idées du neurologue britannique John Hughlings Jackson, de la psychanalyse et de la psychologie de Pierre Janet. Plus précisément, l'ambition affichée de ce modèle est de structurer le champ de la psychopathologie et de regrouper les maladies mentales selon une théorie d'ensemble (« organodynamisme »), suivant des principes de dissolution et de hiérarchie des niveaux de conscience (des troubles aigus aux pathologies chroniques). Enfin, si H. Ey n'est pas professeur, il dispense néanmoins un enseignement libre à Paris, il est l'auteur de nombreux ouvrages et exerce une influence importante dans sa profession.

En 1955, H. Ey propose un concept de psychose débutante : la « schizophrénie

implanté dans une ville universitaire, qui attire aussi une main d'œuvre d'origine étrangère (Nord-Africaine), jeune, par conséquent la rareté du diagnostic doit surprendre, tandis que Maison Blanche est longtemps réservé aux malades chroniques, ce qui limite l'observation du début de troubles mentaux ; ce type de diagnostic est au contraire beaucoup plus fréquent à Heidelberg et Berlin, mais il s'agit de cliniques universitaires, qui gèrent de préférence des troubles mentaux aigus.

²⁷ Pour plus d'information, cf. BARBIER Jean-Michel, SERRA Gérard & LOAS Gwenolé, « Constance Pascal: pioneer of French psychiatry », *History of Psychiatry*, vol. 10, n°1, 1999, pp. 425-437. GRIVOIS Henri & GROSSO Luigi, *La schizophrénie débutante*, Paris, John Libbey Eurotext, 1998. GROSSO Luigi, « Schizophrénie débutante », *Nervure*, vol. XIV, n°5, 2001, pp. 18-30.

²⁸ Cf. DELILLE Emmanuel, *Réseaux savants et enjeux classificatoires dans le Traité de Psychiatrie de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (1947-1977)*, thèse de doctorat de l'EHESS, Histoire et Civilisations, 2008.

incipiens ». Dans son exposé systématique, il souligne d'abord la non-spécificité des premiers troubles : « la schizophrénie incipiens n'est rien d'autre qu'un des tableaux cliniques presque dépourvus de spécificité qui composent l'évolution de toutes les maladies mentales. »²⁹ Dans un second temps, il met en série les types de signes à observer : « a) la perte de l'activité ; b) les troubles de l'affectivité et du caractère ; c) les idées délirantes ; d) les comportements étranges et impulsifs ; e) les manifestations schizonevrotiques. »³⁰ Cette dernière catégorie désigne des symptômes mixtes ou trompeurs faisant penser à un trouble névrotique mineur, ce qui lui fait dire que les formes de début et les formes mineures de schizophrénie sont la même chose. Pour H. Ey, seule des observations répétées dans le temps sont à même de confirmer le diagnostic de schizophrénie, qui est l'aboutissement d'un processus chronique.

Si donc un arsenal conceptuel existe, en revanche il n'est pas facilement repérable dans les dossiers médicaux de Bonneval. J'ai relevé le lexique employé pour dire la psychose débutante en 1955, l'année de la définition de H. Ey : « crainte d'un processus de discordance », « schizoïdie », « coloration schizophrénique », « tonalité discordance », « schizophrénie simple », « tous troubles ayant pour faire craindre un début de schizophrénie », « psychose schizophrénique à début récent », « évolution schizophrénique possible », « psychose catatonique aiguë vraisemblablement présymptomatique d'une hébéphrénie à son début », « évolution schizophrénique intermittente de pronostic très défavorable », « crainte de discordance », « déséquilibre névrotique atypique pouvant faire craindre l'évolution vers la discordance » ; soit toute une palette de nuances difficile à délimiter, mais qui est aussi redondante et identifiable, et c'est aussi cela qui est intéressant quand on se penche sur les frontières des connaissances médicales. Ces données lexicales sont à confronter au thésaurus médical, qui définit les catégories de discordance, schizoïdie, hébéphrénie, catatonie et schizophrénie simple comme des syndromes de la schizophrénie. Il existe donc pendant la période observée un champ sémantique assez riche pour décrire les états de psychose débutante, mélange de syndromes typiques et de métaphores plus ou moins prosaïques. L'ensemble exprime à la fois le soupçon, la vraisemblance, l'hypothèse diagnostique, l'effet de seuil ou le manque d'un nombre de signes caractéristiques suffisants ou constants dans la durée. Il nécessite pour les

²⁹ EY Henri, « Conditions d'apparition et formes de début des schizophrénies. Problème clinique du diagnostic de la schizophrénie incipiens », *Traité de Psychiatrie*, fascicule n°37285A10 de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Éditions Techniques, 1955, p. 1.

³⁰ *Ibidem*, p. 4.

soignants, à Bonneval, d'avoir une conception normative de la maladie mentale, susceptible de réordonner des signes atypiques en des configurations bien connues.

Ce que je veux tenter ici, c'est de reconstruire la logique du raisonnement clinique³¹ qui aboutit à une hypothèse de psychose débutante, en y agrégeant en outre l'examen psychologique, qui manque le plus souvent aux définitions des pratiques cliniques. Comme le rappelle un des ouvrages les plus récents consacrés à l'histoire et aux pratiques contemporaines, « le médecin convertit les symptômes, dits subjectifs, rapportés par le malade, en signes cliniques objectifs, à partir d'inférences logiques qui font appel à ses connaissances nosologiques. Ce premier temps de la clinique est suivi d'«examens complémentaires (biochimie, hématologie, imagerie médicale, tracés électriques, etc.)» permettant d'affiner l'hypothèse diagnostique »³².

Reconstruire un raisonnement clinique plutôt que l'impact des doctrines

La représentation d'un début de schizophrénie peut intervenir à des moments variés d'un itinéraire psychiatrique, dans des récits *simultanés* et *successifs* d'un dossier médical, avant ou après l'admission à l'hôpital³³. Les observations médicales, les entretiens et le récit d'anamnèse relèvent des pratiques cliniques communes. Leur résultat est consigné en détail dans le dossier, et sous forme résumée dans les certificats rédigés à destination de l'administration. Les premiers certificats sont obligatoires : admission, vingt-quatre-heure, quinze jours, puis ils s'espacent et interviennent lors d'un changement de régime d'hospitalisation (libre, sous contrainte ou sortie). On peut aussi considérer leur rédaction comme une technique d'enregistrement, puisque les informations du dossier sont reprises sous une forme plus synthétique. Je vais me focaliser sur les hypothèses diagnostiques, en mettant de

³¹ Cf. RISSE Guenter & WARNER John Harley, « Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History », *Social History of Medicine*, vol. 5, 1992, pp. 183-205.

³² LEFÈVE Céline et BARROUX Gilles, « Introduction », *La clinique, usages et valeurs. Approches plurielles pour comprendre l'évolution de la médecine* (dirigé par Céline Lefève et Gilles Barroux), Paris, Seli Arslan, 2013, p. 10. Les guillemets internes citent l'édition récente du Dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare (2000). Christiane Sinding ne mentionne pas non plus le maniement des tests psychologiques parmi les examens complémentaires usuels dans sa définition, pourtant pénétrante, de la clinique ; voir SINDING Christiane, « Clinique », in *Dictionnaire de la pensée médicale* (sous la direction de Dominique Lecourt), Paris, P.U.F., 2004, pp. 249-255.

³³ L'exposé de cette recherche à Manchester présentait des exemples variés, qui ne sont pas repris ici.

côté la vie quotidienne à l'hôpital³⁴, à partir d'un exemple.

Daniéla D. entre à 24 ans en placement libre à Bonneval, où elle reste d'août 1960 à mai 1962. Elle a d'abord été internée d'avril à juin 1960 en Algérie, pour un « syndrome dépressif atypique obsessionnel ». Elle n'a pas été transférée, mais amenée par sa famille (d'origine européenne), qui l'a probablement adressée à Bonneval en raison de la renommée de H. Ey et de la tranquillité de la campagne, éloignée des attentats qui ont marqué la fin de la guerre d'Algérie. Daniéla D. est isolée, elle reçoit peu de visites.

Le certificat d'admission à l'Hôpital de Bonneval, rédigé par un médecin de Paris, indique une série de symptômes sans qu'un syndrome précis soit défini : « Troubles du comportement à type d'apragmatisme, de désintérêt intellectuel et affectif, d'éléments psychotiques soliloques avec personnes invisibles, propos incohérents, grossièretés, autisme, sourires immotivés ». Si on se rapporte aux descriptions médicales contemporaines³⁵, ces signes relèvent de la schizophrénie. Mais ce n'est pas le diagnostic qui est posé à l'entrée, le syndrome dépressif est au centre de la compréhension du trouble dans la première feuille de renseignement : « déprimée depuis Noël dernier = rupture de fiançailles ». De nombreux médecins interviennent ensuite dans le traitement, le médecin chef H. Ey, puis Léon Goldsteinas qui le remplace en 1962, des assistants et des internes, Mordret, Yvonneau, Eppe, enfin Catherine Lairy et Claire Jacquelin qui procèdent aux examens électro-encéphalographiques. La structure polyphonique du dossier est intéressante parce que les acteurs n'ont pas toujours les mêmes hypothèses. L'équipe soignante a reporté en détail les entretiens entre les médecins et la malade, ce qui est rare.

L'anamnèse, c'est-à-dire l'histoire rétrospective de la maladie habituellement reconstruite par les psychiatres au début d'une hospitalisation, est clairement rédigée dans le dossier, mais elle n'est pas vraiment distinguée des observations médicales : elles forment un tout. Le récit fait état d'un début récent chez un individu jeune : entre un an et six mois, depuis des fiançailles rompues brutalement par le fiancé de Daniéla D., soldat français blessé accidentellement en juillet 1959. En effet, dès le début de l'année 1960, elle a été emmenée par ses parents, chez qui elle vivait, sans emploi, voir un médecin à cause d'une aménorrhée totale, qui a donné lieu à deux

³⁴ Voir DELILLE Emmanuel, « Le Bon Sens, revue de l'Entr'aide Psycho-sociale féminine d'Eure-et-Loir (1949-1974). Contribution à l'histoire de la vie quotidienne en hôpital psychiatrique », *Expérience de la folie, op. cit.*, pp. 251-260.

³⁵ Par exemple dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), à laquelle collabore Henri Ey.

traitements, hormonal et psychotrope. Puis elle a rapidement été hospitalisée en psychiatrie. Les raisons invoquées sont de plusieurs ordres : la déception sentimentale (dépression), le contexte de guerre (dangerosité de l'hôpital de Constantine, exode), le trouble somatique (aménorrhée), un trouble névrotique (obsessionnel ou hystérique, c'est-à-dire moins grave qu'une psychose). Ces hypothèses évoluent sous la plume des médecins entre août 1960 et la fin de l'année : elles ne disparaissent pas, mais de nouvelles se surajoutent : les séquelles d'un trouble neuropsychiatrique encéphalitique ancien, une psychose schizophrénique, un niveau d'intelligence confinant à la débilité. Des examens psychologiques et somatiques sont effectués, sur lesquels je vais revenir. Il faut attendre plusieurs mois pour que l'hypothèse d'une schizophrénie débutante s'impose, à la fin de l'année 1960, et pour quelle soit retenue en janvier 1962 : « Présente des troubles mentaux caractéristiques d'une névrose pré-schizophrénique avec expérience délirante et hallucinatoire intermittentes. » À la sortie, le remplaçant de H. Ey écrira simplement « psychose schizophrénique ».

Dans le cas de Daniéla D. le diagnostic s'inscrit dans le temps, au fur et à mesure des observations, des entretiens, et des récits auxquels ils donnent lieu, parce que les signes sont inconstants. La catégorie de psychose débutante repose aussi sur un diagnostic différentiel, basé sur des examens complémentaires, susceptibles de mettre à l'écart les hypothèses diagnostiques concurrentes.

Les tests, un complément d'examen clinique spécifique à la psychiatrie

Les tests et les examens neuropsychologiques ont pour but de mieux préciser la sémiologie clinique et son interprétation psychopathologique. Comme les autres pratiques cliniques, ils s'appuient sur la transcription des propos des malades. De plus les tests sont couramment employés dans les hôpitaux psychiatriques, alors qu'ils ne le sont pas dans les hôpitaux généraux ou par les médecins de famille qui font les certificats d'hospitalisation. En dehors de l'enfance inadaptée et de l'histoire de l'éducation, au sein desquelles l'emploi des tests a déjà rapportée³⁶, il s'agit bien aussi d'une pratique qui relève de la spécialisation des services psychiatriques adultes, contrairement aux examens somatiques. Dans le cas présent, il est difficile de dire si

³⁶ Cf. FORESTIER Jean-Claude, « Les pratiques professionnelles au centre d'enfants », in *L'invention de l'enfance inadaptée. L'exemple de Toulouse Saint-Simon (1950-1975)* (sous la direction de Maurice Capul, Monique David et Christian Dulieu), Paris, Érès, 2010, pp. 389-464.

un psychologue est intervenu à Bonneval. Les tests n'étant pas signés, ils peuvent aussi bien avoir été administrés par un médecin³⁷.

Les tests psychologiques n'impliquent pas automatiquement un diagnostic, mais ils sont employés au cours d'un processus de sélection de l'information que l'on peut considérer comme une technique d'affinement du diagnostic par le rejet de certaines hypothèses. Dans le cas de Daniéla D., le diagnostic différentiel a lieu en au moins trois étapes, entre dépression et troubles post-encéphaliques, entre névrose et schizophrénie et entre débilité et schizophrénie.

Si, dans les premiers mois suivant l'hospitalisation, l'équipe médicale hésite entre un diagnostic d'état dépressif consécutif à une déception amoureuse et un état neuropsychiatrique de troubles post-encéphaliques, la seconde hypothèse s'appuie sur le constat de troubles atypiques difficiles à classer (sémiologie), sur le souvenir de convulsions fébriles rapportés par la famille (anamnèse) et sur un tracé EEG anormal (examen complémentaire). Comme, par ailleurs, la patiente ne souffre pas d'épilepsie, la technique d'examen l'emporte par son objectivité, écarte l'hypothèse d'une simple dépression et consolide celle de séquelles post-encéphaliques. Cependant le tracé EEG obtenu à Bonneval n'est pas le premier effectué, il y en a déjà eu un en Algérie, et les quatre tracés obtenus au total en deux ans sont à chaque fois différents. En effet, une lettre du psychiatre qui a traité Daniéla D. en Algérie, rédigée à l'attention des médecins de Bonneval, indique qu'il a d'abord éloigné cette conjecture, l'examen EEG s'étant révélé « sans anomalies majeures » (juin 1960). Le premier examen à Bonneval indique le contraire : « Tracé globalement ralenti et désorganisé suggérant la possibilité d'un facteur encéphalite subaigu actuel » (septembre 1960). Un troisième et un quatrième examens nuancent ce diagnostic par la suite (une normalisation en décembre 1960, et une dégradation en octobre 1961).

L'hypothèse d'une encéphalite est insuffisante, parce que les résultats d'examens sont inconstants et que les symptômes de Daniéla D. sont devenus entre-temps plus clairement psychotiques. En effet, les observations notent progressivement des symptômes de type catatonique, c'est-à-dire un repli sur soi et un ralentissement moteur, avec impulsivité, typique d'une forme grave de schizophrénie : « On appelle

³⁷ Les psychologues cliniciens n'ont pas vraiment de statut professionnel reconnu en France avant la réforme de l'enseignement supérieur de 1968 (Loi Faure). Sur le processus de professionnalisation des psychologues en France, voir OHAYON Annick, *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France* (1999), Paris, La Découverte, 2006 (2^e édition).

l'interne de garde en raison d'une attitude particulière et stéréotypée de la malade. (...) En résumé stupeur (incomplète quant au langage) très probablement catatonique. » (Feuille de renseignement, août 1960). Mais de l'observation de l'interne à celle du médecin assistant et du médecin chef, l'interprétation change et pose comme explication alternative les effets secondaires du médicament neuroleptique, la chlorpromazine. Cette nouvelle interprétation est inscrite dans un compte rendu assez long, transcription d'un examen approfondi des médecins du service, reprenant à la fois l'anamnèse de la malade, l'évolution de ses symptômes dans le temps et l'interprétation psychopathologique de ses troubles. Cela signifie que les médecins ont accordé beaucoup d'importance à cette aggravation et à son interprétation, et qu'ils ont écarté l'hypothèse d'une schizophrénie catatonique en s'appuyant sur l'évolution diachronique des signes morbides, corrélée à un traitement mal supporté. Par ailleurs, les troubles mentaux font l'objet d'une réappropriation de la part de la malade, qui évoque son hospitalisation en Algérie en termes de folie, un propos rapporté par les médecins entre guillemets : « À cette époque elle avait été “un peu folle”, présentant des phénomènes d'automatisme mental = injures incoerciblement pensées (...) ». Cette réappropriation de la folie par la malade a en partie nourri l'hypothèse d'une névrose, « plus ou moins obsessionnelle » (Feuille individuelle, août 1960), susceptible de brouiller les pistes entre idées fixes et délirantes.

Dans un troisième temps, les hypothèses évoluent encore et tentent d'approfondir les phénomènes psychotiques précédemment cités. La transcription d'un nouvel entretien avec H. Ey en novembre 1960 indique que son examen vise à déterminer si Daniéla D. souffre d'un état psychotique appelé syndrome d'influence et si elle a souffert de délire de persécution au début de ses troubles en Algérie. En décembre 1960, les observations médicales se focalisent sur les voix que la malade entend et avec lesquelles elle est en communication, sous forme d'hallucinations, mais aussi surtout sous la forme d'un syndrome psychotique appelé automatisme mental en psychiatrie. Les observations en 1961 insistent de plus en plus sur le délire et les hallucinations de la malade, en 1962 un état morbide au seuil de la schizophrénie commence à être caractérisé « à la limite de la discordance ».

En somme, le diagnostic bascule vers un état pré-schizophrénique à la fin de l'année 1960, c'est-à-dire au moment où les tests psychologiques sont mis en place. Le dossier médical contient le test de Wechsler (1939), qui est le test d'intelligence le plus fréquemment utilisé depuis le premier test de développement intellectuel de

Binet et Simon (1905), et le test psychodiagnostique de Rorschach ; ce dernier est un test projectif, créé en 1921 par Hermann Rorschach (1884-1922), basé sur l'interprétation de taches d'encre, et dont la passation doit permettre d'évaluer la structure de la personnalité³⁸. Comment sont-ils employés ? Selon un ouvrage contemporain de Didier-Jacques Duché, en ce qui concerne le test d'intelligence de la schizophrénie simple (ou de la puberté), « l'échelle de performance est moins bonne que ne l'est l'échelle verbale. Le test de Rorschach peut objectiver une discordance encore à peine perceptible cliniquement. L'évolution peut se faire d'une seule tenue vers la chronicité. Des rémissions peuvent survenir avec reprise d'une activité à peu près normale. Elles sont de plus ou moins longue durée »³⁹. Mais dans l'exemple de Daniéla D., les tests n'apportent pas une preuve décisive de schizophrénie, la malade est jugée peu coopérante. Le résultat est autre, il se situe sur le plan du diagnostic différentiel et éloigne la possibilité d'une déficience intellectuelle. Voici des éléments de conclusion des tests : « Les tests projectifs comme le Wechsler invitent à penser que la malade n'est pas débile ni même un sujet aux fonctions intellectuelles détériorées » (psychodiagnostic de Rorschach, décembre 1960). La catégorie de psychose débutante n'est donc pas dans cet exemple la simple application d'un concept – la schizophrénie incipiens – mais le résultat final d'un diagnostic différentiel, élaboré par tâtonnements successifs.

Enfin, si la pratique d'examen complémentaires neuropsychologiques, autant que les observations et l'anamnèse, remplissent la fonction de générer de la norme en éliminant certains doutes et des hypothèses diagnostiques concurrentes, il faut aussi relever que la problématique postcoloniale dont la malade est porteuse est exclue de cette mise en récit médicale, ainsi que la peine de cœur, qui est sa plainte initiale.

Les « autoquestionnaires », une spécialisation des pratiques de santé ?

En regard de l'exemple pris en France, je présente maintenant un développement original des pratiques cliniques en Allemagne de l'Ouest à la fin de la période étudiée : la passation de questionnaires psychologiques administrés par les

³⁸ Sur l'histoire de ce célèbre test, cf. ELLENBERGER Henri, « La vie et l'œuvre de Hermann Rorschach (1884-1922) », *Médecines de l'âme. Essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques* (textes réunis par E. Roudinesco), Paris, Fayard, 1995, pp. 27-89. Sur les tests d'intelligence, cf. GOULD Stephen Jay, *La Mal-Mesure de l'homme* (1981), Paris, Odile Jacob, 2009. Pour une revue générale, voir MARTIN Olivier, *La mesure de l'esprit*, Paris, L'Harmattan, 1997.

³⁹ DUCHÉ Didier-Jacques, *Psychiatrie de l'enfant*, Paris, P.U.F., 1971, p. 108.

patients eux-mêmes, écrits « en première personne » (c'est-à-dire « je », marqueur grammatical de la subjectivité, par opposition à la science « en troisième personne »⁴⁰). Ceux-ci portent sur leurs expériences subjectives et/ou précoces de troubles mentaux, ce que l'on peut considérer comme une spécialisation accrue des pratiques de santé (« autoquestionnaires »). Plutôt que de me livrer à une comparaison entre deux institutions aussi dissemblables que peuvent l'être un hôpital psychiatrique départemental français et un service hospitalo-universitaire allemand, je souhaite mettre l'accent sur l'approfondissement des examens psychologiques. En effet, les années 1970 voient l'apparition d'échelles et de questionnaires dont les réponses peuvent être l'objet d'analyses quantitatives et statistiques, à la suite des tests psychologiques bien connus comme le test projectif de Rorschach et le test d'intelligence de Wechsler, mais sans emprunter au symbolisme ni à l'évolutionnisme ambiant de la psychologie et de la psychanalyse qui ont marqué le début du XX^e siècle. Les entretiens standardisés ont un modèle en RFA : le FPI, l'inventaire de personnalité de Freiburg (*Freiburger Persönlichkeitsinventar*, 1970), composé de 138 items, regroupés en 12 catégories, destiné aux adolescents et aux adultes, et largement fondé sur la psychologie de langue anglaise, dont les travaux de Hans Eysenck (1916-1997). À Heidelberg, c'est visiblement toute une gamme de tests et de questionnaires qui a été expérimentée, notamment d'origine américaine. Les dossiers médicaux contiennent des exemplaires de l'inventaire multiphasique de la personnalité MMPI : *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*⁴¹. Issu des batteries de tests mis au point aux Etats-Unis pendant la Première Guerre mondiale pour la sélection des soldats, le MMPI a été inventé pendant les années 1930 et publié pendant le second conflit mondial (1943), par le psychologue Starke R. Hathaway et le psychiatre J. Charnley McKinley. C'est l'un des tests les plus diffusés dans le monde⁴². Il appartient au groupe des tests de personnalité⁴³ et évalue une dizaine de tendances psychologiques. L'individu peut répondre par « vrai », « faux » ou « je ne sais pas » aux items (par exemple, l'item n°236 « Ich grüble viel », c'est-à-dire « je rumine beaucoup »).

⁴⁰ Pour une analyse des débats des années 1970-2000 sur le statut de la subjectivité et d'une science de la conscience « en troisième personne » (hétérophénoménologie), voir DENNETT Daniel C., *De beaux rêves. Obstacles philosophiques à une science de la conscience* (2005), Paris, Gallimard, 2008.

⁴¹ Pour la version allemande, cf. SPREEN Otfried, *MMPI-Saarbrücken. Handbuch zur deutschen Ausgabe des MMPI von S. R. Hathaway und J. C. McKinley*, Bern, Huber, 1963.

⁴² Cf. BUCHANAN R. D., « The development of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol. 30, 1994, pp. 148-161.

⁴³ PICHOT Pierre, *Les tests mentaux* (1954), Paris, P.U.F., 1999, pp. 87-89.

L'analyse psychologique s'appuie sur une dizaine d'échelles (dont la schizophrénie, « échelle Sc »), basées sur les items qui produisent les réponses les plus fréquentes, validées par les méthodes statistiques. Mais si le MMPI est bien connu dans l'historiographie franco-allemande interne à la psychologie⁴⁴, il n'a jamais fait l'objet d'une histoire comparée.

Voici deux derniers exemples. Erika E. a 24 ans, elle est étudiante à l'université de Heidelberg quand elle est hospitalisée en 1970. Son dossier est volumineux, elle est en traitement au moins jusqu'à l'année 1972. Les observations conduisent à des hypothèses diagnostiques successives de plus en plus affinées : d'abord une réaction schizophrénique (*Schizophrenereaktion*), puis un soupçon de début de schizophrénie (*Verdacht auf einen beginnenden Schizophrenie*), un soupçon de schizophrénie (*Verdacht auf Schizophrenie*), et enfin une schizophrénie. Je ne vais pas suivre le raisonnement clinique comme dans l'exemple précédent, mais préciser la modalité de l'examen psychologique. Un exemplaire du questionnaire MMPI, comprenant 174 questions, a été rempli par la malade. Il appartient à un long protocole d'entretien formalisé. Mais contrairement à d'autres tests psychologiques et aux autres formulaires pré-remplis du dossier médical, les questions sont donc formulées ici « en première personne ». Conformément au protocole, Erika E. a coché 27 items, qui correspondraient aux difficultés qu'elle rencontre. À noter qu'elle a parfois ajouté des commentaires, c'est-à-dire des mots plus précis pour elle que les items, afin de nuancer leur sens, ou alors pour changer le temps des énoncés (réappropriés par la malade pour mettre au passé les phrases rédigées au présent). Six autres items ont été cochés avec une autre couleur (rouge), que l'on peut attribuer au psychologue ou médecin qui a procédé à l'examen psychologique.

Dans d'autres dossiers, certains tests sont tirés des travaux de la psychologue Lillo Süllwold, qui a travaillé à Heidelberg avant de devenir professeure à l'Université de Francfort-sur-le-Main. Alors qu'elle mène des recherches sur les symptômes cognitifs initiaux de la schizophrénie, elle met au point le *Frankfurter-Beschwerden-Fragebogen* (questionnaire de plaintes de Francfort⁴⁵), dont la première version est publiée en 1977. Il existe plusieurs versions plus ou moins longues. Le

⁴⁴ Cf. DUCHÉ Didier-Jacques, *op. cit.*, 1971, p. 44. SCHÖNPFLUG Wolfgang, *Geschichte und Systematik der Psychologie*, Weinheim, Beltz, 2000, p. 397.

⁴⁵ Cf. LOAS Gwenolé, BERNER Peter, REIN Werner, YON Valérie, BOYER Patrice et LECRUBIER Yves, « Traduction française du questionnaire de plaintes de Francfort (QPF) (Frankfurter Beschwerde Fragebogen [sic], BDR, Süllwold, 1986 », *L'Encéphale*, vol. XXIII, 1997, pp. 364-374.

questionnaire est fondé sur l'auto-évaluation des troubles dont les individus souffrent. Comme le MMPI, il est rédigé « en première personne » ; mais contrairement au celui-ci, le questionnaire de plaintes de Francfort n'a pas été pensé pour la sélection des jeunes gens, mais pour la pratique clinique et la recherche, en particulier le dépistage de la schizophrénie. La passation a pour but de caractériser les symptômes de base (*Basis-symptomen*), selon le concept du psychiatre Gerd Huber, dont voici une courte description : « ils représentent réellement les symptômes premiers de la schizophrénie et donc la base sur laquelle se développent les symptômes psychotiques productifs »⁴⁶. On entend par symptômes productifs les hallucinations, le délire, etc.

Franke F. est stagiaire, elle est âgée de 19 ans lorsqu'elle est hospitalisée en 1980 à Heidelberg. L'examen clinique amène à formuler un soupçon de début de schizophrénie, sous forme de psychose schizo-affective avec une composante nettement dépressive (*Verdacht auf beginnende Schizophrenie, bzw. schizoaffektive Psychose mit deutlicher depressiver Komponente*). Le dossier médical est volumineux, le diagnostic final n'écarte pas la schizophrénie, mais indique des lésions cérébrales. La malade a répondu au FBF, dont la technique est plus sophistiquée que celle du questionnaire précédent : la première page comporte des informations résumées sur l'état civil de la malade et sur son traitement, qui permettent au psychologue ou au médecin d'embrasser en un regard une grille de lecture facilitant la comparaison entre les résultats du test, l'âge de la malade et les médicaments qu'elle prend. De plus, le nombre de réponses est optimisé, puisqu'il faut répondre par oui ou par non à tous les items. Dans le cas de Frauke F., le résultat est composé de 30 réponses positives, 72 négatives et une éludée (103 items), auxquelles s'ajoutent quelques commentaires, en l'occurrence des précisions temporelles sur 26 réponses positives, quand elle a identifié des items correspondant à des difficultés anciennes.

Ouverture

Il n'est pas question d'évaluer ici la pertinence des tests et questionnaires

⁴⁶ Les traducteurs français précisent : « Ils sont le reflet de désordre cognitifs, à savoir d'une altération du traitement de l'information. Les patients ressentent ces symptômes comme des déficits, sont capables d'en parler, d'essayer de développer des moyens d'adaptation, de lutte et de compensation au moins pour un temps. ». Cf. YON Valérie et LOAS Gwenolé, « Intérêt du concept de G. Huber dans le diagnostic précoce des schizophrénies », *Annales Médico-psychologiques*, vol. 159, 2001, pp. 324-325. Source citée : HUBER Gerd & GROSS Gisela, « The concept of basis symptoms in schizophrenia and schizo-affective psychoses », *Ressenti Progress in Medicina*, vol. 80, 1989, pp. 646-652.

parmi les examens complémentaires en santé mentale. Face à l'historiographie existante, il convient surtout de souligner que, contrairement à ce que l'on pourrait attendre d'une démarche clinique réputée convertir les plaintes et signes subjectifs en symptômes objectifs, le jugement du malade et les réponses « en première personne » sont dans ces deux derniers exemples valorisés. Peut-on pour autant dire que la subjectivité est en jeu ? La subjectivité dont il est question, par exemple dans le questionnaire de Francfort de L. Süllvold, est certainement empreinte de la phénoménologie allemande. En effet, on attribue la notion de symptômes de base à Gerd Huber, qui fut influencé par la phénoménologie, avant de reformuler son programme de recherche en terme de cognition⁴⁷. Mais, je comme l'ai rappelé, sur une plus longue durée ce type de questionnaire est avant tout dérivé des batteries de tests développées aux Etats-Unis pour sélectionner les aptitudes des jeunes gens pendant les deux conflits mondiaux. Il ne déroge pas au cadre des tests psychologiques connus : la réponse de l'individu est une réaction à un stimulus, que l'item soit formulé en première, en deuxième ou en troisième personne. Des outils similaires ont été développés dans d'autres pays, pour des recherches en matière de dépistage, de traitement ou pour des enquêtes épidémiologiques. Citons par exemple l'échelle des expériences subjectives des déficits⁴⁸ des Britanniques Peter Liddle et Thomas Barnes. Ils ne connaissent pas tous la même diffusion et contribuent à faire évoluer diversement les pratiques de santé, au fur et à mesure de leur spécialisation, sans qu'un compromis sur la catégorie de psychoses débutantes n'ait été trouvé.

Emmanuel Delille

⁴⁷ Dans un exercice de clarification G. Huber et Gisella Gross écrivent : « (...) the patients perceive the disturbances subjectively, that they report suffering from basic impairing experiences on the cognitive, psychomotor and affective level, and that they are able to learn to recognize these deficiencies as risk indicators and as danger signals of an impending psychotic exacerbation. » ; GROSS Gisela & HUBER Gerd, « The history of the basic symptom concept », *Acta Clin Croat.*, vol. 49, suppl. n°2, 2010, p. 51.

⁴⁸ YON Valérie et LOAS Gwénolé, « L'échelle des expériences subjectives des déficits (EESD) chez les patients schizophrènes. The subjective experience of deficits in schizophrenia, SEDS, Liddle & Barnes, 1988 : traduction et validation de la version française chez 50 schizophrènes », *L'Encéphale*, vol. XXIV, 1998, pp. 185-193.