

FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

Année 2023

N° 36

THESE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Psychiatrie

Par

Louison RAMUZ

Née le 02/05/1993 à Cherbourg (50)

Titre de la thèse :

**Etude des caractéristiques cliniques associées au diagnostic de Schizophrénie  
à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg (1929-1931)**

Président de thèse : Professeur Fabrice BERNA

Directrice de thèse : Docteur Julie CLAUSS-KOBAYASHI

FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

Année 2023

N° 36

THESE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Psychiatrie

Par

Louison RAMUZ

Née le 02/05/1993 à Cherbourg (50)

Titre de la thèse :

**Etude des caractéristiques cliniques associées au diagnostic de Schizophrénie  
à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg (1929-1931)**

Président de thèse : Professeur Fabrice BERNA

Directrice de thèse : Docteur Julie CLAUSS-KOBAYASHI



## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022  
Année universitaire 2022-2023

- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Premier Vice-Doyen de la Faculté
- Doyens honoraires : (2000-2003)  
(2009-2014)  
(2014-2022)  
(2021-2023)
- Charge de relations auprès du Doyen
- Responsabilité Administrative

M. ROBERT MICHÉ  
M. BRUNO JON  
M. GUYELLA PRÉZENT  
M. HANZ Jean-Marie  
M. WIECHOWSKI Guy  
M. GUYONNET PIERRE  
M. LEBLANC Bernard  
M. VIGNAT Gilbert  
M. STROUHAN Geoffrey



LES PROFESSEURS  
HONORAIRES  
DE STRASBOURG (UHS)  
Membre général: M. GUY MICHEL

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MAÏEUTIQUE  
Marie Théophile FAVIERE (à compter du 01.10.2022)

### A2 - MEMBRE SENIOR À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

MAÏEUTIQUE  
GUY MICHEL  
Généraliste  
Généraliste

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	sp <sup>1</sup>	services hospitaliers auxquels il/elle contribue	titres obtenus du conseil national de l'université
ADAM Théophile	NSPE CI	+ Pôle de Pédiatrie / Pédiatrie Service à l'Hôpital Pasteur des Urgences de Pédiatrie / HP	02.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ALBERTO Christelle	NSPE CI	+ Pôle de Gynécologie Obstétricale Service de gynécologie - Gynécologie / HP	14.03 Gynécologie Obstétricale : gynécologie médicale Option : Gynécologie Obstétricale
ANDRÉ Emmanuel	NSM CI	+ Pôle de Médecine Interne, Médecine, Acupuncture, Ostéopathe, Médecine de Prévention Service de Médecine Interne, Médecine et Médecine Préventive	03.01 Option : médecine interne
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle Pédiatrie / Pédiatrie Service de Neurologie / hôpital de Neurologie	09.01 Neurologie
ANDRE Mathias	NSPE CI	+ Pôle de Biologie Service de Biologie / hôpital de Neurologie Service de Biologie / hôpital de Neurologie	02.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique Option Biologie
ANDRE Mathias	NSPE CI	+ Pôle d'Anesthésie Service de Anesthésie / CHU	07.07 Anesthésie - Radiologie
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle Neurologie Service de Neurologie / hôpital de Neurologie	09.01 Neurologie
ANDRE Mathias	NSM CI	+ Pôle des maladies infectieuses, Mycologie et de la transplantation Serv. de chirurgie pédiatrique, néphrologie et transplantation de Transplantation HP	03.02 Chirurgie générale
ANDRE Mathias	NSPE CI	+ Pôle de Biologie Laboratoire de microbiologie (bactériologie) / Réseau Hospital CHU Laboratoire de microbiologie et de Parasitologie / Réseau Hospital CHU / Pasteur	07.06 Microbiologie (option Biologie)
ANDRE Mathias	NSPE CI	+ Pôle hépatogastro-entérologie / Réseau Hospital CHU Unité de recherche sur les Maladies Virales et Parasitaires / Pasteur	02.01 Gastro-entérologie, Hépatologie Option : Hépatologie
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle de Biologie Laboratoire de Biologie et de Biologie moléculaire / HP	04.03 Biologie cellulaire (option Biologie)
ANDRE Mathias	NSPE CI	+ Pôle d'Anesthésie - CHU / Réseau Hospital CHU Unité de neuroanesthésie / Réseau Hospital CHU / Réseau Hospital CHU	02.02 Radiologie en anesthésie médicale Option : Anesthésie
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle médical - chirurgie de Pédiatrie Service de Pédiatrie / Réseau Hospital CHU / Réseau Hospital CHU	14.02 Chirurgie pédiatrique
ANDRE Mathias	NSPE CI	+ Pôle de Pédiatrie, Santé mentale et addictologie Service de Pédiatrie / Réseau Hospital CHU	09.03 Pédiatrie d'adultes, Médecine option : Pédiatrie d'adultes
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle de Pédiatrie et de Santé mentale Service de Pédiatrie et de Santé mentale	09.03 Pédiatrie d'adultes
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle d'Anesthésie Service d'Anesthésie - Anesthésie - Anesthésie - Anesthésie - Anesthésie	02.02 Radiologie en anesthésie médicale (option Anesthésie)
ANDRE Mathias	NSPE CI	+ Pôle d'Anesthésie / Réseau Hospital CHU / Réseau Hospital CHU Service de Anesthésie - Anesthésie - Anesthésie - Anesthésie	07.02 Anesthésie - Médecine d'Anesthésie option : médecine d'Anesthésie
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle de Gériatrie Service de Gériatrie - Gériatrie - Gériatrie de la Médecine	11.01 Médecine interne, gériatrie option : gériatrie et Médecine de l'Alzheimer
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle de Chirurgie Thoracique, Respiratoire et Cardiovasculaire Service de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire / Réseau Hospital CHU	10.04 Chirurgie thoracique, Cardiovasculaire et Anesthésie, Anesthésie
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle médical - chirurgie de Pédiatrie Service de Pédiatrie - hôpital de Neurologie	04.01 Radiologie
ANDRE Mathias	NSPE CI	+ Pôle de Pédiatrie / Réseau Hospital CHU Service de Pédiatrie / Réseau Hospital CHU / Réseau Hospital CHU	09.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ANDRE Mathias	NSPE NSC	+ Pôle de Pédiatrie / Réseau Hospital CHU Service de Pédiatrie / Réseau Hospital CHU / Réseau Hospital CHU	05.02 Otorhinolaryngologie

NOM et Prénoms	sp <sup>2</sup>	services hospitaliers ou autres / localisation	base-section du conseil national des universités
COFFINARD Jacques-Eric	SPW CS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (HBMH) - Service de Rhumatologie / hôpital Hautpierre	53.01 Rhumatologie
COFFINARD E. Thierry	SPW CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / OMD - Service de Spécialités ophtalmiques et transplantation / aac	52.01 Ophtalmologie
COHEN Yael	SPW ACE	- Pôle de Spécialités médicales - Ophthérmologie / OMD - Service des Maladies infectieuses et tropicales / aac	43.01 OPIAT / Hôtel de Woodstock
COHEN MICHELLE	SPW ACE	- Pôle ophtalmologie - Maladies infectieuses / Centre universitaire - Service de Maladies Infectieuses / Hôtel Hospital Daïf	43.01 Maladies infectieuses et parasitaires
COHEN Sébastien	SPW ACE	- Pôle Neuro et Dou - CTD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautpierre	45.01 Neurologie
COHENVAL Nicolas	SPW ACE	- Pôle d'ophtalmologie - Service de Maladies infectieuses et parasitaires / Hôtel de Hautpierre	43.01 Ophtalmologie et Maladies infectieuses
COHEN MICHELLE Françoise	SPW CS	- Pôle de Médecine physique et de réadaptation - Institut Interdisciplinaire de Réadaptation, Dominique	45.01 Médecine physique et réadaptation
COILLAC Sébastien	SPW CS	- Pôle de Biologie - Institut Interdisciplinaire de Biologie (IPIB) HBMH et HBMH	45.01 Biologie : bactériologie et biologie (généraliste)
COUJARDERIE Raphaël	SPW CS	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (HBMH) - Service de Endocrinologie, diabète et nutrition / aac	54.01 Endocrinologie, diabète et nutrition (HBMH)
COUJARDIERE HENRI LAURENCE	SPW ACE	- Pôle d'activité médicale et chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Hôtel Hospital Daïf	53.01 Cardiologie
COULTEAUX Georges	SPW CS	- Pôle de Dermatologie - Service de Maladies de la peau - Génitales / Hôpital de Hautpierre - Centre d'expertise - Génitales / Hôtel de Hautpierre	52.01 Dermatologie, génitales et biologie de développement
COUJARDIERE LAURENCE	SPW ACE	- Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (HBMH) - Service d'Endocrinologie, diabète, nutrition et endocrinologie / HBMH et HBMH	54.01 Endocrinologie, diabète et nutrition (HBMH)
COUJARDIERE LAURENCE	SPW ACE	- Pôle de cardiologie française - Service de Pneumologie / Hôtel Hospital Daïf	53.01 Pneumologie
COUJARDIERE HENRI	SPW ACE	- Pôle d'activité médicale et chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Hôtel Hospital Daïf	53.01 Chirurgie Maladies et cardiologie vasculaire
COUJARDIERE Françoise	SPW CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / OMD - Service de Maladies de la peau et d'immunologie clinique / HBMH	47.01 Immunologie (autres spécialités)
COUJARDIERE Françoise	SPW CS	- Pôle d'ophtalmologie - Service transfusite - transfusion / Centre hospitalier - Hôtel de Hautpierre	43.01 Maladies et transfusion médicale (HBMH)
COUJARDIERE Françoise	SPW CS	- Pôle de Maladies - Chirurgie de l'oreille - Service de Maladies et Neurologie vasculaire (HBMH et HBMH)	54.01 Maladies
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle d'Endocrinologie - Service d'Endocrinologie / OMD	47.01 Endocrinologie (autres spécialités)
COUJARDIERE Françoise	SPW CS	- Pôle de Pathologie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôtel de Hautpierre	43.01 Psychiatrie et Addictologie (autres spécialités)
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, otolaryngologie et Dermatochirurgie - Service de Chirurgie maxillo-faciale / Hôtel Hospital Daïf	54.01 Chirurgie
COUJARDIERE Françoise	SPW CS	- Pôle de Maladies - Chirurgie de l'oreille - Service de Maladies / Hôtel de Hautpierre	54.01 Maladies
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle d'activité médicale et chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / HBMH	53.04 Endocrinologie, chirurgie vasculaire
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle d'ophtalmologie - Institut d'Anatomie Humaine / Faculté de Médecine - Service de Neurologie, d'Immunologie et de Neurologie vasculaire et de Neurologie vasculaire	42.01 Anatomie
COUJARDIERE Françoise	SPW CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / HBMH (HBMH) - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HBMH	57.01 Biochimie et Biologie de l'évolution
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, otolaryngologie et Dermatochirurgie - Service de Dermatochirurgie / Hôtel Hospital Daïf	54.01 Dermatologie et chirurgie
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, otolaryngologie et Dermatochirurgie - Service de Chirurgie de la Main - OMD / Hôtel de Hautpierre	54.01 Chirurgie orthopédique et traumatologie
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle d'Endocrinologie - Service d'Endocrinologie / OMD	47.01 Endocrinologie, radiologie, endocrinologie
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle de Biologie - Interactions génomique et protéomique et autres / HBMH	54.01 Biologie et médecine de développement et de la reproduction (autres spécialités)
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / OMD - Service de Maladies infectieuses et parasitaires / Hôtel Hospital Daïf	43.01 Immunologie (autres spécialités)
COUJARDIERE Françoise	SPW ACE	- Pôle de Neurologie française - Service de Neurologie / Hôtel Hospital Daïf	52.01 Neurologie, psychiatrie
COUJARDIERE Françoise	SPW CS	- Pôle de cytologie - Oncologie - Unité de cytologie / Hôtel de Hautpierre	54.01 Ophtalmologie (autres spécialités), cytologie, microbiologie
COUJARDIERE Françoise	SPW CS	- Pôle de Neuro-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Clinique - Hôpital de Hautpierre - Institut d'Immunologie / Faculté de Médecine	43.01 Hématologie, transfusion, Oncologie et Hématologie Clinique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SALIS Françoise	NRP2 NCS	+ Rôle de Spécialités médicales - Otorhinolaryngologie / SNC - Service d'oto-rhinolaryngologie / Nouvel Hôpital Civil	05.01 Otorhinolaryngologie
SALLOUA DINA AYOUB	NRP2 NCS	+ Rôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil - Biostatistiques et informatique / Faculté de médecine / HC	01.04 Biostatistiques, informatique médicale et Technologies de Communication (option biostatistique)
SAMZINE Christian	NRP CS	+ Rôle d'histologie, Microbiologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Oncologique / Nouvel Hôpital Civil	02.04 Histologie
Mme SCHATZ Claude	NRP2 CS	+ Rôle de Spécialités médicales - Otorhinolaryngologie / SNC - Service d'oto-rhinolaryngologie / Nouvel Hôpital Civil	05.01 Otorhinolaryngologie
Mme SCHULTZ-BIGARD Carole	NRP1 NCS	+ Rôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	07.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER François	NRP2 CS	+ Rôle Urgences - Soins médicaux médicaux / Centre d'urgence - Service de radiodiagnostic médicale / Hôpital de Hautepeine	03.01 Radiodiagnostic
Mme SCHNEIDER Corinne	NRP2 CS	+ Rôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de psychiatrie pour enfants et adolescents / HC	03.04 Psychiatrie / Adolescentologie
SCHULTZ Philippe	NRP2 NCS	+ Rôle Toux et Cœl - CTD - Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HC	05.01 Oto-rhino-laryngologie
SEFATY Laurence	NRP2 CS	+ Rôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Hépatologie-Gastro-Entérologie et d'Endoscopie Hépatobiliaire	02.01 Gastro-entérologie / Hépatologie / Adolescentologie Option - Hépatologie
SELMI Jean	NRP2 NCS	+ Rôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Biologie (IMMUNO) - Service de médecine interne / Hôpital de Hautepeine	02.01 Rhumatologie
SEFHER Dominique	NRP1 CS	+ Rôle d'actes médicaux-chirurgicaux Complexes vasculaires - Service des Maladies vasculaires - pharmacologie clinique/HC	01.04 Option - Médecine vasculaire
Mme THOMAS Christiane	NRP1 CS	+ Rôle Toux et Cœl - CTD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepeine	09.01 Neurologie
TELLIER François	NRP2 CS	+ Rôle d'Imagerie - Service d'Imagerie - Imagerie vasculaire, ORL, et mammaire / HC	03.01 Radiologie et Imagerie médicale Option clinique
VEI TEH MEIHEI	NRP1 ACS	+ Rôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Section 3 - Épidémiologie et écoépidémiologie / Hôpital Civil - Laboratoire d'Épidémiologie et de Santé Publique / HC / Faculté	02.01 Épidémiologie, écoépidémiologie et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRP2 NCS	+ Rôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Biologie (IMMUNO) - Service de médecine interne, diabète et maladies métaboliques/HC	02.01 Médecine Interne / Endocrinologie
VIDALIE Pierre	NRP2 CS	+ Rôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de psychiatrie d'urgence, de liaison et de psychoneurologie / Hôpital Civil	03.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRP1 NCS	+ Rôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et de Pathologie Complexes (Fœtus)	04.01 Biologie et médecine ou développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRP2 CS	+ Rôle de Génétique - Service de soins de suite et réadaptation / Centre de soins de suite et de réadaptation / Hôpital Civil	01.01 Option - Génétique et Imagerie du Développement
WOLFF Jean-Christophe Marie	NRP1 CS	+ Rôle de Spécialités médicales - Otorhinolaryngologie / SNC - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	01.01 Option - Médecine Interne
WOLF Stéphane	NRP2 NCS	+ Rôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Hépatique et de Transplantation Multi-organes / HC - Centre de soins de suite et de réadaptation / Hôpital de Hautepeine	03.01 Chirurgie générale
Mme WULF Valérie	NRP2 CS	+ Rôle de Neurologie - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepeine	03.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HC : Hôpital de Hautepeine - HCL : Nouvel Hôpital Civil - HML : Médecine technique ou Microbiologie

T : CS (Chef de service) ou NCS (Nouveau Chef de service hospitalier) - Csp : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service professeur (au an)

CS : Chef d'unité facultaire

DR : Rôle DR (Responsable de DR) ou DRH (Nouveau Responsable de DR)

Coel : Consultation hospitalier (garantir des fonctions hospitalières sans chef/les de service)

Dr : Docteur

#### AA – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du conseil national des Universités
ZAIMI Laurent	NRP1 CS	+ Rôle Spécialités médicales - Otorhinolaryngologie / SNC - Service de Soins palliatifs / HC	02.01 Médecine palliative
WASSERKOPF François	CS	+ Rôle Hépatologie - Service de Gastro-entérologie - HCL	02.02 Gastro-entérologie
SALVAT Eric	CS	+ Rôle Toux et Cœl - Centre d'évaluation et de traitement de la douleur / HC	03.01 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Adolescentologie

MON et prénom	sp	services hospitaliers au centre / localisation	numéro(s) du Centre national des universités
STREIN EN		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / IAB	44.01 - Biologie cellulaire (autres facultés)
GUÉZENNEC Jean		+ Pôle de Spécialités médicales - (Physiologie) / IAB - Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique / IAB	43.01 - Physiologie (autres facultés)
Mme MAGAN RACHELLE		+ Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et imagerie moléculaire / IAB	43.01 - Biophysique et médecine nucléaire
SMILE Fabrice		+ Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et imagerie moléculaire / IAB - Service de Diagnostic et de Médecine Moléculaire / IAB	43.01 - Biophysique et médecine nucléaire
SACCHINI Philippe		+ Pôle de Biologie - Département Chimique (Analyse et Laboratoire IAB)	47.01 - Chimie (autres facultés)
Mme KEMIC MARIANE		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / IAB	44.01 - Nutrition et biologie moléculaire
BOUCHERANT		- Centre d'écotoxicité normale / Institut de médecine	44.01 - Ecotoxicologie (autres facultés)
Mme KÉVIN NGUYEN		+ Pôle de Médecine (Physique et de réadaptation) - Institut Mécanique de Réhabilitation / IAB	43.01 - Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / IAB	44.01 - Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Bénédicte		+ Pôle de Biologie (Institut de médecine) + Pôle de Biologie - Service de Biologie / Hôpital de Neustaple	44.01 - Biologie, embryologie et cytologie (autres facultés)
WILLY Thomas		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de biochimie et de biologie moléculaire / IAB	44.01 - Biologie cellulaire
LECOMTE Luc		+ Pôle de cytologie-Cytologie - Service de Cytologie-Cytométrie / Hôpital de Neustaple	44.01 - Cytologie-Cytométrie / cytologie moléculaire - Cytologie-Cytométrie
LECOMTE Christophe		+ Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Orthodontologie - Service de Chirurgie / Hôpital Orl	34.01 - Anatomie-odontologie
GUICHOT Denis		+ Pôle de Biologie - Service de Parasitologie / Hôpital de Neustaple	43.01 - Anatomie et cytologie parasitologiques
LEFEBVRE Christophe		+ Pôle de chirurgie pratique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et orthodontologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale / Hôpital Orl	34.01 - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MAESTI Laurent		+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histochimie, Biologie et Institut de Neurosciences IAB	44.01 - Biologie cellulaire (autres facultés)
Mme NGUYEN Céline Et. HANHANG	FR	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biogéronte, cytogéronte et de biologie moléculaire	34.01 - Biologie et médecine de l'évolution et de la reproduction (autres facultés)
MULLER Jean		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic précoce / Institut Hôpital Orl	41.04 - Génétique (autres facultés)
Mme NICOLAI Anne		+ Pôle de Biologie - Service de Parasitologie / Hôpital de Neustaple	43.01 - Anatomie et cytologie parasitologiques (autres facultés)
Mme ROMY Nathalie		+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de médecine professionnelle et de médecine du travail / IAB	45.01 - Médecine et Santé au Travail (autres facultés)
REVERCHON EWEL		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / IAB	44.01 - Biochimie et biologie moléculaire
RIEDEL Alexander		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Parasitologie médicale / IAB	43.01 - Parasitologie et mycologie
Mme RICHONNE		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie clinique / IAB	43.01 - Génétique (autres facultés)
ROUssel		+ Pôle d'Imagerie - Unité de Neurobiologie comportementale / Hôpital de Neustaple	43.01 - Biologie et médecine moléculaire (autres facultés)
Mme THOMAS Lucie		+ Pôle de Biologie - Service de Génétique Moléculaire / Hôpital de Neustaple	41.04 - Génétique (autres facultés)
REBOUST Fab		+ Pôle de Biologie - Institut d'écotoxicité et de Biologie / IAB	45.01 - Santé - Ecotoxicologie (autres facultés)
Mme RAOULY LUCIE Margaux		+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Moléculaire / Institut Hôpital Orl	43.01 - Immunologie (autres facultés)
Mme VAN SIEGHE		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Médecine et Biologie moléculaire / IAB - Service de Chirurgie / IAB	43.01 - Biophysique et médecine nucléaire
Mme REU Valérie		+ Pôle de Parasitologie - Service de Mycologie et parasitologie clinique / IAB	43.01 - Mycologie (autres facultés)
BOUASRIHA ICF, AZI		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / IAB	44.01 - Biochimie et biologie moléculaire (autres facultés)
Mme REYLAND Catherine		+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histochimie, Biologie et Institut de Neurosciences	43.01 - Anatomie / Anatomie (autres facultés)
Mme RUFFET Claudette		+ Pôle de Biologie - Service de Neurologie - Unité de Neurologie de Samat / IAB	45.01 - Neurologie
Mme SARDE Anne		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Neurobiologie et de neurologie moléculaire / IAB - Institut de Neurobiologie / Unité de Médecine	45.01 - Neurobiologie et neurologie (autres facultés)
Mme SCHOKKER Sophie		+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Institut Hôpital Orl	47.01 - Génétique

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr. Am. BUVAC EMME  
 Pr. Am. GRES JEROME  
 Pr. Am. LIRO-BESTIEM ANTO  
 Pr. Am. SULLOU Helippe  
 Pr. Am. WEID Philippe  
 Pr. Am. HOUERIS Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr. CHASSE Julien  
 Dr. LORENZO MATTEO

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. DELACOUR Christophe  
 Dr. GALOIN Antoine  
 Dr. HELLAMER David  
 Dr. DANIELLE Anne-Elisabeth  
 Dr. SCHMITT Yannick

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr. AZIUC Dominique	- Médecine chirurgicale de l'adulte - Service de Néonatalogie pédiatrique spécialisée et de surveillance continue (NUP)
Dr. CHABOU Jeanne	- Médecine chirurgicale médicale-chirurgicale en chirurgie - Service d'oncologie médicale (ICM)
Mme Dr. COURELLA Bénédicte	- Médecine Pharmaco-pharmacologie - Service de Pharmacie-Généraliste / Niveau Hospital (G)
Dr. HACHON Patrick	- Médecine Pédiatrie - Service de Soins de Santé de Longue Durée et d'accompagnement thérapeutique / DHPG / Pédiatrie
Dr. LÉFÈVRE Nicolas	- Médecine Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie - Hygiène Santé - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Niveau Hospital (G)
Dr. LYSARD Gaëlle	- Médecine Santé Publique et Santé Communautaire - Service de Santé Publique - GAG / Niveau Hospital (G)
Mme Dr. PETIT Elise	- Médecine Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie - Hygiène (NUP) - LISA
Dr. PONSARD Olivier	- Médecine Gynécologie et Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / GMEB
Dr. PUY David	- Médecine Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'urgence - Centre de soins de l'infection en santé / Niveau Hospital (G)
Mme Dr. BOUCE CUSTAU Claire	- Médecine Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Niveau Hospital (G)
Mme Dr. BONGIBES Catherine	- Médecine Gynécologie et Obstétrique - Centre d'Accueil Périnatal (CAP) / GMEB
Dr. THOUVENOT Nicolas	- Médecine chirurgicale de l'adulte - Service des Urgences Médicales-Chirurgicales pédiatriques / Niveau Hospital (G)
Mme Dr. MOUSSA Danièle	- Médecine Urgences - SAMU-GP - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## CS – PROFESSEURS HONORAIRES

4000171604 (CS – professeur honoraire) 03/04/94	4000172800 (CS – professeur honoraire) 02/04/84
4000173310 (CS – professeur honoraire) 02/04/89	4000173400 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000173400 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000173500 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000173500 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000173600 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000173700 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000173800 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000173900 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000174000 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000174100 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000174200 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000174300 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000174400 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000174500 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000174600 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000174700 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000174800 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000174900 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000175000 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000175100 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000175200 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000175300 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000175400 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000175500 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000175600 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000175700 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000175800 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000175900 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000176000 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000176100 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000176200 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000176300 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000176400 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000176500 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000176600 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000176700 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000176800 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000176900 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000177000 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000177100 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000177200 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000177300 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000177400 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000177500 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000177600 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000177700 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000177800 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000177900 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000178000 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000178100 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000178200 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000178300 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000178400 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000178500 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000178600 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000178700 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000178800 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000178900 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000179000 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000179100 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000179200 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000179300 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000179400 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000179500 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000179600 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000179700 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000179800 (CS – professeur honoraire) 02/04/88
4000179900 (CS – professeur honoraire) 02/04/88	4000180000 (CS – professeur honoraire) 02/04/88

## Institutions membres

AAU (Association Américaine des Universités) 01/01/88 – 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

## Associations et établissements d'enseignement supérieur

AFIP (Association Française des Instituts de Psychologie) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

AIF (Association Française de l'Information de Santé) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

AIR (Association pour l'Information de la Recherche) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

AIU (Association Interuniversitaire de l'Université) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

ANRS (Association Nationale de Recherche Scientifique) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

ANRS (Association Nationale de Recherche Scientifique) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

ANRS (Association Nationale de Recherche Scientifique) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

ANRS (Association Nationale de Recherche Scientifique) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

ANRS (Association Nationale de Recherche Scientifique) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

ANRS (Association Nationale de Recherche Scientifique) 01/01/99 – 01/01/2000 – 01/01/2001 – 01/01/2002 – 01/01/2003 – 01/01/2004

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

MARTINE BILLET-DUC, CERFADOUCIF

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIENS ÉMISSES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QUELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER





## SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

## Remerciements

Merci au Dr Julie Clauss pour sa pédagogie et sa direction soutenue et minutieuse, au Pr Fabrice Berna et aux autres membres du jury Dr Schorr et Dr Scarfone pour leur intérêt à l'égard de mon travail.

Merci à mon cher camarade Théo Marcassoli pour son aide précieuse en spéléologie, à Robin pour son aide en informatique.

Merci à mes amours Robin et Arsène, pour le sens qu'ils donnent à ma vie, leur présence et leur joie de vivre au quotidien.

Merci à ma famille, et tout particulièrement à mes parents qui m'ont soutenue pendant toutes ses années, ainsi que mes frères et sœurs Joshua et Loana.

Merci à ma meilleure amie Sarah, pour avoir toujours su me reconforter dans tous les aspects de ma vie.

Merci à tous mes amis.

Un remerciement chaleureux au Pr Delamilleure, grâce à qui j'ai retrouvé goût à la médecine et persévéré dans mes études.

Merci aux médecins psychiatres avec qui j'ai eu le plaisir d'apprendre et qui ont inspiré ma pratique clinique : Dr Alexandre Kirschgesner, Dr Marie-Agathe Zimmermann, Dr Julie Balzer, Dr Alexandra De Herbay, Dr Florie Pardonnet, Dr Oriane Kolb, Dr Martin Roth, Dr Morgane Fath, Dr Romain Coutelle, Dr Marie-Caroline Vitoux, Dr Alice Kuhn, Dr Lison Walter, Dr Sarah Gilliot, Dr Adrien Gras, Dr Daniel Batoula, Dr Yoann Bazard, Dr Fiona Majerus, Dr Maud Conraud, Dr Camille Meyer (la meilleure des Meyer), Dr Kamen Hinkov, Dr Camille Martin, Dr Aurore Divoux.

Merci à mes camarades de psychothérapie intégrative.

Merci à mes camarades internes.

Merci pour la richesse du travail en équipe que nous avons réalisé ensemble et du partage de leur expérience aux soignants, cadres et assistantes sociales.

Merci aux secrétaires et agents d'accueil sans qui nous serions perdus.

Enfin, merci à Maud pour sa présence et son soutien tant amical que professionnel, et pour le fait d'exister également dans le monde réel.

## TABLE DES MATIERES

1.	Introduction.....	13
2.	Matériel et méthode.....	16
2.1.	Source des données.....	16
2.2.	Choix de la population de l'étude.....	18
2.3.	Echantillons.....	19
2.4.	Une analyse de données mixte : qualitative et quantitative.....	20
2.4.1.	Première étape : l'analyse qualitative par analyse thématique.....	20
2.4.1.1.	Définition de l'échantillon concerné par l'analyse thématique.....	21
2.4.1.2.	Conscientisation de la posture de l'analyste et réduction phénoménologique.....	21
2.4.1.3.	La thématization.....	22
2.4.2.	Etablissement du questionnaire pour l'analyse quantitative.....	24
2.4.3.	Partie quantitative de l'analyse.....	24
3.	Résultats.....	26
3.1.	Arbre thématique.....	26
3.2.	Questionnaire.....	29
3.3.	Analyse quantitative.....	32
3.3.1.	Genre.....	32
3.3.2.	Age lors de l'admission.....	33
3.3.3.	Antécédents.....	33
3.3.4.	Signes et symptômes psychiatriques.....	34
3.3.5.	Signes et symptômes somatiques.....	39
4.	Discussion.....	41
4.1.	Rappel des principaux résultats.....	41
4.1.1.	Genre.....	41
4.1.2.	Age lors de l'admission.....	42
4.1.3.	Antécédents.....	43
4.1.4.	Signes et symptômes psychiatriques.....	43
4.1.5.	Signes et symptômes somatiques.....	46
4.2.	Forces et limites de l'étude.....	47
4.2.1.	Force de l'étude.....	47
4.2.2.	Limites de l'étude.....	47
4.3.	Perspectives.....	49
5.	Conclusion.....	52
6.	Bibliographie.....	57
7.	Annexes.....	59
7.1.	Annexe 1 Exemple de dossier médical utilisé pour l'analyse thématique.....	59
7.2.	Annexe 2 : Extrait du journal de thématization.....	68

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Représentation de l'axe "âge lors de l'admission" de l'arbre thématique.....	26
Figure 2 : Représentation de l'axe "genre" de l'arbre thématique .....	26
Figure 3 : Représentation de l'axe "antécédents personnels et familiaux" de l'arbre thématique.....	26
Figure 4 : Représentation de la première partie de l'axe "signes et symptômes psychiatriques" de l'arbre thématique .....	27
Figure 5 : Représentation de la deuxième partie de l'axe "signes et symptômes psychiatriques" de l'arbre thématique .....	28
Figure 6 : Représentation de l'axe "signes et symptômes somatiques" de l'arbre thématique.....	29
Figure 7 : Histogramme représentant les pourcentages des principaux signes et symptômes psychiatriques .....	43
Figure 8 : Histogramme représentant les principaux signes et symptômes psychiatriques regroupés par catégorie .....	44
Figure 9 : Histogramme représentant les pourcentages des signes et symptômes psychiatriques chez les hommes et chez les femmes.....	49
Tableau 1 : Tableau relatif au questionnaire élaboré à partir de l'arbre thématique .....	32
Tableau 2 : Résultats relatifs à l'axe « âge lors de l'admission ».....	33
Tableau 3 : Résultats relatifs à la rubrique « Antécédents personnels psychiatriques ».....	33
Tableau 4 : Résultats relatifs à la rubrique « Antécédents personnels somatiques » .....	34
Tableau 5 : Résultats relatifs à la rubrique « Antécédents familiaux psychiatriques ».....	34
Tableau 6 : Résultats relatifs à l'Orientation .....	34
Tableau 7 : Résultats relatifs à la rubrique « Hallucinations » .....	35
Tableau 8 : Résultats relatifs à la rubrique « Idées délirantes » .....	35
Tableau 9 : Résultats relatifs à la rubrique « Affectivité » .....	36
Tableau 10 : Résultats relatifs à la rubrique « Idées suicidaires » .....	36
Tableau 11 : Résultats relatifs à la rubrique « Accessibilité » .....	37
Tableau 12 : Résultats relatifs à la rubrique « Langage et discours » .....	37
Tableau 13 : Résultats relatifs à la rubrique « Comportement » .....	38
Tableau 14 : Résultats relatifs à la rubrique « Motricité » .....	38
Tableau 15 : Résultats relatifs à la rubrique « Sommeil ».....	39
Tableau 16 : Résultats relatifs à la rubrique « Alimentation ».....	39
Tableau 17 : Résultats relatifs à l'axe « Signes et symptômes physiques » .....	40

## 1. Introduction

La psychiatrie, du fait de l'absence de cause étiopathogénique objectivable aux troubles qu'elle est amenée à prendre en charge, est le lieu de perpétuels remaniements nosographiques liés à l'évolution des différents courants théoriques. Parmi ces troubles, un des plus grands pourvoyeurs de handicap psychique à ce jour est la Schizophrénie<sup>1</sup>. Or, nous pouvons remarquer dans notre pratique psychiatrique que sous ce même terme de Schizophrénie sont pris en charge des patients à la symptomatologie et à l'évolution des troubles extrêmement différentes. Ainsi, afin de mieux comprendre nos pratiques contemporaines, nous nous sommes intéressés à celles de nos confrères lors de l'apparition du terme au début du XXe siècle.

D'un point de vue théorique, l'émergence du concept de Schizophrénie d'Eugen Bleuler au début du XXe siècle a bénéficié de nombreuses études dans le domaine de l'histoire de la psychiatrie<sup>2</sup>. Ces travaux ont notamment étudié comment ce concept s'articule avec les théories préexistantes, tout particulièrement avec celui de démence précoce fondé par Emil Kraepelin, en s'appuyant sur des cas cliniques extraits de manuels de psychiatrie ou d'articles scientifiques de l'époque<sup>(4)</sup>. Cependant, ceux-ci ne donnent que très peu accès à ce qu'était un diagnostic de schizophrénie au début du XXe siècle dans le cadre de la pratique médicale

---

<sup>1</sup> Selon l'OMS(1) : « *La schizophrénie fait partie des psychoses, entraîne un handicap considérable et peut avoir des répercussions sur tous les domaines de la vie, y compris le fonctionnement personnel, familial, social, éducatif et professionnel* »

<sup>2</sup>(2) Garrabé J. La schizophrénie : un siècle pour comprendre

(3) Quétel C., dans son ouvrage Histoire de la Folie, retrace les différentes évolutions nosographiques du vingtième siècle : « *Reste la plus importante des psychoses : celle qui, de la démence précoce, a conduit à la Schizophrénie, tard venue dans le creuset de la nosographie psychiatrique, mais rapidement annexionniste* ».

courante des institutions psychiatriques. Face à quelles caractéristiques cliniques, un diagnostic de schizophrénie était-il posé ?

Cette question nous intéresse à la fois sur le plan médical et sociologique puisque certains auteurs contemporains amènent l'hypothèse que la naissance du terme de Schizophrénie aurait été un outil d'exclusion des personnes trop en dehors de la norme, et donc que le diagnostic reposerait sur des arguments plutôt sociaux que médicaux, en se fondant davantage sur les caractéristiques socio-économiques ou administratives que sur des arguments cliniques<sup>3</sup>(5),(6). Bien que ce travail de thèse ne s'intéresse qu'aux caractéristiques cliniques des patients porteurs d'un diagnostic de Schizophrénie, il s'articule avec le travail du Docteur Théo Marcassoli(7) qui en a étudié les caractéristiques sociales et économiques.

Nous avons appréhendé notre problématique de reconstitution des caractéristiques cliniques de la Schizophrénie au début de l'usage de ce diagnostic dans les pratiques cliniques auprès d'un hôpital psychiatrique donné : la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. Pour ce faire, nous avons mené une étude à la fois qualitative et quantitative s'appuyant sur l'exploitation de dossiers médicaux de patients.

Notre travail s'inscrit dans un courant relativement récent de l'histoire de la psychiatrie utilisant principalement comme sources les archives des hôpitaux psychiatriques et non plus uniquement des sources plus classiques telles que les productions scientifiques des

---

<sup>3</sup> Hervé Guillemain, Schizophrènes au XXe siècle, des effets secondaires de l'histoire, au sujet des déterminants de la Schizophrénie : « Cette conjoncture, qui forme la « niche écologique » de la nouvelle maladie mentale, se déploie dans quatre dimensions. La première est politique. Elle produit un nouveau nom pour qualifier ce que la société perçoit comme une inadaptation de certains jeunes adultes aux attentes de leur milieu, leur incapacité à se mettre aux règles de la modernité, leur déviance face aux canons d'une société en transformation. [...] La seconde est sociale. Elle vient mettre un nom sur la perte d'un espoir d'ascension individuelle dans la tourmente des crises qui se succèdent en une trentaine d'année. [...] La troisième est scientifique. Une evidence based medicine au discours prédictif, mais dont l'humorisme se camoufle à peine derrière une mise en examen réglée des corps. [...] La quatrième est administrative. »

psychiatres (manuels de psychiatrie, articles scientifiques)(8)<sup>4</sup>. L'intérêt du recours à de telles sources est notamment d'avoir un accès plus direct et objectif aux pratiques psychiatriques telles qu'elles ont eu cours.

Dans une première partie nous détaillerons la méthodologie de notre étude, dans une seconde nous présenterons les résultats et enfin dans une troisième partie nous les discuterons.

---

<sup>4</sup> Dans son article « *Vers un désenclavement de l'histoire de la psychiatrie* »(8) Isabelle von bueltzingsloewen nous explique que : « *L'arrivée des historiens dans le champ de la psychiatrie a stimulé la réflexion sur les sources et leurs usages. Conformément aux exigences de la discipline, la nécessité s'est progressivement imposée d'élargir un corpus jugé insuffisamment diversifié. L'histoire de la psychiatrie a en effet pour l'essentiel été écrite à partir de trois ensembles documentaires riches et facilement accessibles* ».

## 2. Matériel et méthode

### 2.1. Source des données

Les données de notre étude sont issues du Fonds d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. Depuis 2013, il est conservé au sein du Département d'Histoire et de Philosophie des Sciences de la vie et de la Santé de l'Université de Strasbourg. Il regroupe plusieurs types de documents : les dossiers médicaux des patients(10), les registres d'admission(11) et les index.

Pour notre étude, nous nous sommes appuyés sur les dossiers médicaux de patients car les données concernant les caractéristiques cliniques ne sont consignées que dans ce type de document du Fonds d'archives. Il existe également des descriptions cliniques de patients dans des articles de recherche mais ceux-ci ne seraient pas représentatifs des patients dans la pratique quotidienne.

Les dossiers médicaux se présentent sous la forme de dossiers à couverture cartonnée souple de 23\*36 cm. Cette dernière contient les différentes feuilles de papier qui constituent le dossier, non fixées à elle mais simplement intercalées. Elle est de couleur verte pour les hommes et rose pour les femmes. Il y figure l'intitulé « Clinique de Psychiatrie de l'Université de Strasbourg » ainsi que des informations relatives au malade rapportées dans l'ordre suivant :

- « Nom »
- « Date d'admission »
- Mention du type de placement : « placement volontaire » ou « placement ordonné par l'autorité publique »



- Lieu de naissance
- Domicile
- Date de naissance
- Mention du statut marital du patient : « marié », « célibataire », « veuf »
- « Religion »
- « Profession »
- « Durée de la maladie avant admission »
- « Hérité »
- « Diagnostic »
- « Date de la sortie »
- Mention de l'état du malade à sa sortie : « guéri », « amélioré » ou « incurable »
- Le devenir du patient à la sortie de l'hôpital : « le malade est repris par ... », « transféré dans un asile », « mort le ... » suivi de la cause du décès.

Les observations médicales sont recueillies sur des feuilles doubles intercalées de façon chronologique dans la couverture au fur et à mesure du déroulement de l'hospitalisation. Elles sont manuscrites et systématiquement datées. Par contre, leur auteur n'est quasiment jamais mentionné. L'observation d'admission est généralement assez riche tandis que les suivantes sont plus succinctes.

Le dossier médical peut contenir de façon variable d'autres éléments comme des courriers médicaux ou administratifs, des synthèses de cas, des expertises, des certificats, des résultats de réaction de Wassermann<sup>5</sup>, des feuilles de traitement, des feuilles de constantes,

---

<sup>5</sup> La réaction de Wassermann est un examen paraclinique de nature biochimique qui était utilisé pour rechercher la présence d'un anti-corps anti Syphilis. On le retrouve dans pratiquement tous les dossiers ayant un diagnostic de Schizophrénie car la paralysie générale (atteinte neurologique de la Syphilis) était un des principaux diagnostics différentiels de la Schizophrénie.

des formulaires de demandes de tiers, des demandes de sorties contre avis, des lettres envoyées par les familles des patients ou encore des courriers écrits par le patient.

Cette multiplicité et hétérogénéité des documents contenus dans les dossiers médicaux nous ont amenés à circonscrire encore d'avantage la source de nos données. Nous l'avons finalement définie comme étant uniquement le recueil des observations médicales contenu dans le dossier des patients, en excluant les autres documents qui contrairement aux observations médicales sont trop inconstants et ne contenaient pas nécessairement des données cliniques.

## 2.2.Choix de la population de l'étude

Pour reconstituer quels étaient les tableaux cliniques associés au diagnostic de Schizophrénie lors de l'apparition du concept, notre étude a porté sur une population constituée de l'ensemble des patients, hommes et femmes, hospitalisés à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg ayant reçu un diagnostic de Schizophrénie, avec deux critères d'inclusion.

Le premier critère concerne le diagnostic de Schizophrénie. Nous avons inclus dans notre population d'étude uniquement les patients porteurs du seul diagnostic de Schizophrénie et avons exclu ceux bénéficiant d'un autre diagnostic comme par exemple « Schizophrénie, Délirium Tremens » car nous avons considéré que l'existence d'un deuxième diagnostic pourrait en perturber l'expression symptomatologique<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Par exemple, en cas d'hallucinations chez un patient présentant un délirium tremens et une schizophrénie, nous ne saurions pas attribuer la présence d'hallucinations au premier ou au second diagnostic retenu.

Le deuxième critère porte sur les années concernées par l'étude. Nous avons ciblé l'année 1929 car, bien que le concept de Schizophrénie ait été introduit par Bleuler en 1911, il n'apparaît de façon courante dans les dossiers médicaux de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg qu'à partir de 1928<sup>7</sup>. Afin d'éviter un biais de sélection dû à une temporalité trop étroite, nous avons choisi d'étaler la période de notre recherche sur une durée de 3 ans : 1929, 1930 et 1931.

### 2.3. Echantillons

Au cours de notre période d'étude, 401 hospitalisations avec un diagnostic de schizophrénie ont été recensées, correspondant à 382 patients (certains patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises au cours de la période d'étude).

Un premier échantillon dont la taille n'est pas définie à l'avance a été utilisé pour l'approche qualitative<sup>8</sup>, car elle se termine une fois que nous ne retrouvons plus de nouveau thème, selon la méthodologie.

Dans un second temps, après anonymisation de la liste des 401 hospitalisations, un deuxième échantillon de 150 hospitalisations<sup>9</sup> a été tiré au sort en répartition naturelle<sup>10</sup>, utilisé pour l'approche quantitative.

---

<sup>7</sup> Selon la thèse de médecine du Dr Julie CLAUSS(12), c'est entre 1926 et 1928 que les diagnostics de Démence Précoce disparaissent au profit des diagnostics de Schizophrénie.

<sup>8</sup> Selon la méthodologie de l'analyse thématique qui sera précisée dans le chapitre suivant, la taille de l'échantillon concerné par l'analyse thématique n'est pas définie à l'avance car celle-ci se termine une fois que nous ne retrouvons pas de nouveau thème dans les dossiers étudiés.

<sup>9</sup> Le chiffre de 150 hospitalisations tirées au sort a été choisi par avis d'expert du Docteur Sauleau, Statisticien de l'université, dans le but de permettre une bonne représentativité de notre étude. Ce chiffre tient compte des contraintes temporelles inhérentes au travail de thèse, mais malheureusement n'est pas suffisant pour réaliser des tests statistiques.

<sup>10</sup> C'est-à-dire sans différencier les hospitalisations de sujets de sexe féminin des hospitalisations des sujets de sexe masculin.

## 2.4. Une analyse de données mixte : qualitative et quantitative

Pour reconstituer les caractéristiques cliniques de la Schizophrénie durant notre période d'étude, nous avons mené une analyse mixte : qualitative et quantitative, afin de profiter à la fois de la finesse de la première et de la représentativité de la seconde(13).

Dans un premier temps, nous avons employé une approche qualitative dans le but d'établir un questionnaire, à partir des observations médicales des dossiers de patients, permettant d'explorer les caractéristiques cliniques associées au diagnostic de schizophrénie. Dans un second temps, dans le cadre d'une approche quantitative, nous avons recherché de façon systématique chaque item de ce questionnaire pour les différentes hospitalisations de notre échantillon.

Le recours à une démarche qualitative pour l'établissement du questionnaire à partir des observations médicales des dossiers médicaux de patients nous a permis de rester au plus proche de la pratique clinique des psychiatres au cours de la période 1929-1931. En constituant ce questionnaire à partir d'un matériel théorique, tel que les manuels de psychiatrie de l'époque, nous aurions perdu les données sortant de ce cadre.

### 2.4.1. Première étape : l'analyse qualitative par analyse thématique

L'intention de notre travail de reconstitution des caractéristiques cliniques de la Schizophrénie au début de l'usage du diagnostic était descriptive et non théorique. Il nous fallait donc synthétiser les données que nous avons à disposition. C'est ainsi que nous avons choisi de procéder par analyse qualitative de type analyse thématique.

L'analyse thématique(14) est une méthode de recherche qualitative utilisée en sciences humaines et sociales. Elle consiste à transposer le contenu d'un corpus en une liste

de thèmes en rapport avec une problématique puis au regroupement de ces thèmes en rubriques et axes pour aboutir à la construction d'un arbre thématique. Ce dernier doit fournir un panorama synthétique du phénomène étudié.

#### 2.4.1.1. *Définition de l'échantillon concerné par l'analyse thématique*

Selon son principe, l'analyse thématique prend fin lorsque les thèmes mis en évidence deviennent redondants et que plus aucun nouveau thème n'émerge. Ainsi, elle a porté sur 18 hospitalisations, sélectionnées de sorte à correspondre à la variété de notre échantillon : stratifiées par genre et par année puis tirées au hasard.

#### 2.4.1.2. *Conscientisation de la posture de l'analyste et réduction phénoménologique*

Le travail d'analyse thématique est nécessairement influencé par la formation théorique et les expériences professionnelles de l'analyste. Avant de commencer, il a donc fallu que nous nous interrogeons quant à ces aspects et que nous prenions conscience que notre formation médicale, notre spécialisation en psychiatrie et notre pratique quotidienne influencent notre façon de repérer et de catégoriser les thèmes retrouvés. Cela correspond à l'étape de conscientisation de la posture de l'analyste<sup>11</sup>.

Nous avons également procédé à une première lecture des observations médicales des hospitalisations de notre échantillon avec une attitude d'ouverture, en tentant de nous

---

<sup>11</sup> Cette étape de réduction phénoménologique s'applique à ce travail de thèse, mais également à la pratique psychiatrique clinique, comme expliqué dans l'article *Posture phénoménologique, intérêt en psychiatrie* de Deshayes Catherine : « Notre travail en psychiatrie est pensé à partir de savoirs conceptuels et des attendus décisionnels selon une méthode scientifique qui se distingue de la méthode phénoménologique [...]. La nécessité d'explicitier les a priori conceptuels du praticien qui influencent le cours de l'examen clinique et les interventions à visée thérapeutiques font partie de la démarche phénoménologique. »(15)

départir des notions apprises qui forment notre raisonnement habituel. Cela correspond à l'étape de réduction phénoménologique.

Ainsi, au travers de ces deux étapes préalables, nous avons tenté de limiter l'impact de notre subjectivité et de notre formation contemporaine. Nous avons ponctuellement mis de côté nos connaissances dans le domaine de la psychiatrie et de l'histoire de la psychiatrie, tout en nous référant aux ouvrages théoriques de l'époque pour accéder aux définitions des termes sémiologiques utilisés.

#### 2.4.1.3. *La thématisation*

Les thèmes correspondent à de courtes expressions qui permettent de saisir l'essentiel du contenu d'un corpus en rapport avec une problématique donnée.

Etablir ces thèmes s'est avéré être une tâche complexe. Pour y parvenir nous avons tenu compte de trois critères : la nécessité d'être en lien avec l'objectif de l'étude (les thèmes générés devaient renseigner sur les caractéristiques cliniques associées au diagnostic de schizophrénie), le bon niveau de généralité (les thèmes générés ne devaient pas être trop vagues et perdre ainsi leur fonction informative) et le bon niveau d'inférence (les thèmes générés devaient rester descriptifs et relever le moins possible d'interprétations).

Nous avons au préalable scanné les dossiers médicaux correspondant aux hospitalisations de notre échantillon. Les observations médicales de ces différentes hospitalisations ont ensuite été lues et thématisées successivement. Des thèmes ont été générés comme nous l'avons décrit plus haut pour les observations médicales de la première hospitalisation de l'échantillon. Ils ont été systématiquement reportés avec l'extrait des observations médicales correspondant dans un document texte constituant notre relevé de thème. Puis, nous avons procédé de la même façon pour les observations médicales de la

deuxième hospitalisation de l'échantillon et ainsi de suite. Nous avons été attentifs aux récurrences de thèmes d'une hospitalisation à l'autre : le même phénomène repéré au sein des observations médicales des différentes hospitalisations a toujours fait l'objet du même thème.

A noter qu'une partie des informations contenues dans les dossiers médicaux nous a semblé ne pas pouvoir faire l'objet d'une thématisation. Il s'agit des informations relatives à l'évaluation cognitive<sup>12</sup> et au test des associations<sup>13</sup> qui ont été retrouvées dans la majorité des dossiers médicaux correspondants aux hospitalisations examinées. Les éléments mis en évidence dans le cadre de ces deux examens sont notés de façon brute et non interprétée. Ainsi, il aurait fallu que nous les interprétions nous-même et cela aurait généré des biais trop importants.

En même temps que nous établissions les thèmes, nous avons commencé à réfléchir à la constitution de regroupements thématiques : les thèmes successivement établis ont été comparés entre eux de façon à faire émerger les relations qui existeraient entre eux. Ces réflexions concernant les regroupements thématiques ont été consignées dans un deuxième document texte, constituant le journal de thématisation. Les thèmes ont été classés au sein de rubriques (par exemple, les thèmes « hallucinations visuelles » et « hallucinations

---

<sup>12</sup> Les dossiers comportaient une évaluation de l'orientation spatiale et temporelle, des connaissances générales, des capacités de calcul, d'énumération, d'épellation, d'écriture, de graphisme.

<sup>13</sup> Selon Bleuler(16), le test des associations permettrait de mettre en lumière de nombreux phénomènes révélant la présence d'une désorganisation du cours de la pensée : « *les épreuves des tests d'associations montrent dans les cas chroniques sans troubles associatifs nets des signes susceptibles d'orienter le diagnostic : 1) De grandes variations des temps réactionnels [...]; 2) L'adhérence au précédent vocable inducteur ; 3) Les stéréotypies ; 4) L'écholalie ; 5) La pauvreté idéique, la répétition des mêmes idées ; 6) L'originalité des réponses ; 7) La bizarrerie des associations (mélanges de rêves et de réalité) ; 8) Il n'est pas rare de ne pas pouvoir expliquer les réponses même avec l'aide du malade ; 9) La tendance aux associations indirectes, médiates ; 10) L'intrusion de complexes ; 11) En outre le désir de paraître intelligent se traduit dans les réponses du type à définition* »

auditives » peuvent être regroupés dans la rubrique « hallucinations »). Les rubriques ont été elles-mêmes regroupées en axes (par exemple, les rubriques « hallucinations » et « idées délirantes » peuvent être regroupées dans un l'axe « signes et symptômes psychiatriques ») aboutissant ainsi à la construction d'un arbre thématique.

#### 2.4.2. Etablissement du questionnaire pour l'analyse quantitative

Les thèmes générés par l'analyse thématique ont permis l'établissement de notre questionnaire nécessaire à l'approche quantitative. Ce questionnaire reprend les différents items mais nécessite quelques ajouts : en effet, la présence de certains items suppose leur absence dans certains dossiers et cette absence doit elle aussi être comptabilisée. Nous avons alors créé de façon spéculative pour chaque rubrique un item « absence de » et un autre « item non renseigné », ou encore par exemple dans la rubrique « antécédent psychiatrique » : « autre antécédent psychiatrique » pour prévoir l'apparition d'items non retrouvés précédemment.

#### 2.4.3. Partie quantitative de l'analyse

Le questionnaire a été appliqué à chacune des hospitalisations de l'échantillon. Les différents items du questionnaire ont été renseignés pour chacune d'entre elles dans un tableur. Le pourcentage de chacun d'entre eux a été établi<sup>14</sup>.

Par ailleurs, nous avons comptabilisé pour chaque hospitalisation la présence et l'absence d'une catégorie de symptôme. Par exemple, une hospitalisation avec plusieurs types d'hallucinations a été comptabilisée à une reprise dans la catégorie « présence d'hallucinations ». A noter également que pour une même hospitalisation, les items « absence

---

<sup>14</sup> Pour rappel, l'analyse thématique ayant été conduite avant le tirage au sort des dossiers, les thèmes ont pu être créés mais par la suite non retrouvés parmi l'échantillon tiré au sort.



d'hallucination » et « hallucinations auditives / verbales » ont pu tout deux être présents du fait de l'état clinique fluctuant des patients au cours de l'hospitalisation. Ils ont donc été comptabilisés à la fois dans « absence d'hallucination » et « présence d'hallucination » de tel sorte que le pourcentage de ces deux catégories n'est pas toujours égal à 100%.

### 3. Résultats

#### 3.1. Arbre thématique

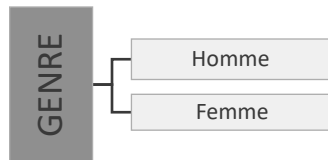


Figure 2 : Représentation de l'axe "genre" de l'arbre thématique

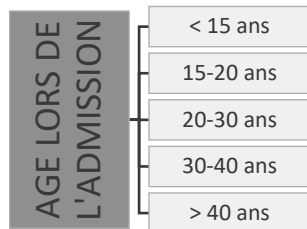


Figure 1 : Représentation de l'axe "âge lors de l'admission" de l'arbre thématique

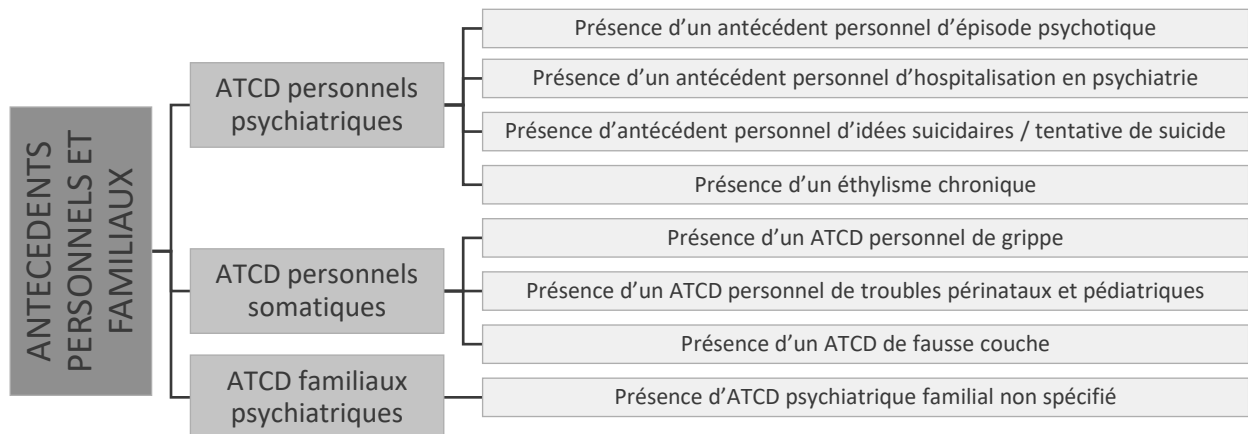


Figure 3 : Représentation de l'axe "antécédents personnels et familiaux" de l'arbre thématique

<sup>15</sup> Nous avons choisi d'être attentifs aux antécédents psychiatriques, car dans les manuels utilisés à l'époque, notamment le manuel de Rogue de Fursac(17), ces derniers ont une importance considérable dans la démarche diagnostique : « *La connaissance des antécédents familiaux permet de déterminer les causes de dégénérescence héréditaire ou simplement congénitale à l'action desquelles le sujet s'est trouvé exposé.* »

Nous citons ici le Manuel de Rogue de Fursac, car il était souvent cité comme référence théorique dans les publications issues des travaux de la clinique psychiatrique à cette époque (18), bien que sa parution soit antérieure à l'invention du terme de Schizophrénie, toujours dans le but de rester au plus près de la démarche clinique des praticiens ayant écrit les observations médicales que nous étudions.

Les caractéristiques cliniques ayant émergé des 18 hospitalisations examinées ont été résumées sous la forme d'un arbre thématique comprenant 106 thèmes, 14 rubriques elles-mêmes articulées autour de 5 axes : sexe, âge, antécédents<sup>15</sup>, signes et symptômes psychiatriques, signes et symptômes somatiques. Cet arbre thématique est représenté dans les figures 1 à 6.

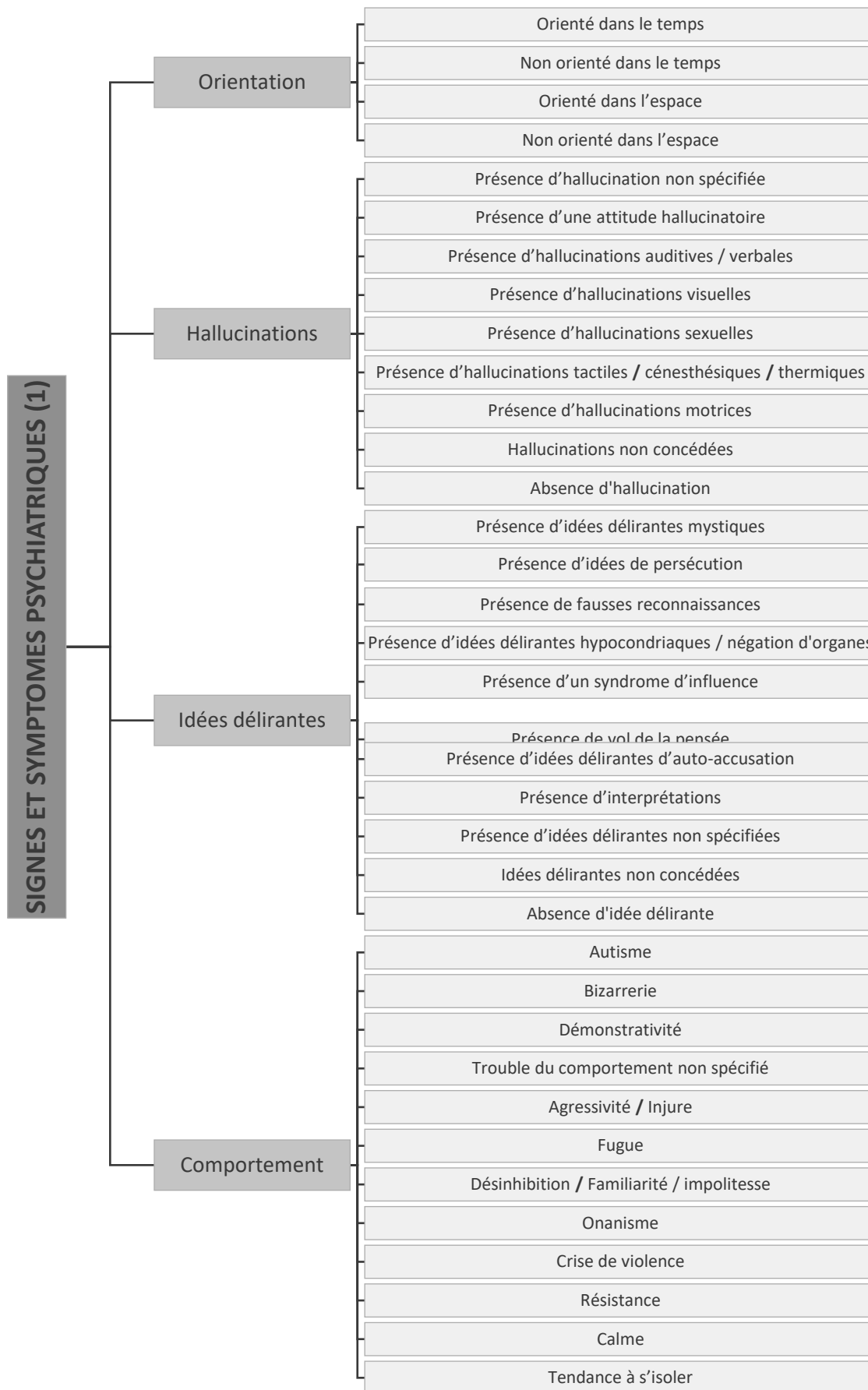


Figure 4 : Représentation de la première partie de l'axe "signes et symptômes psychiatriques" de l'arbre thématique

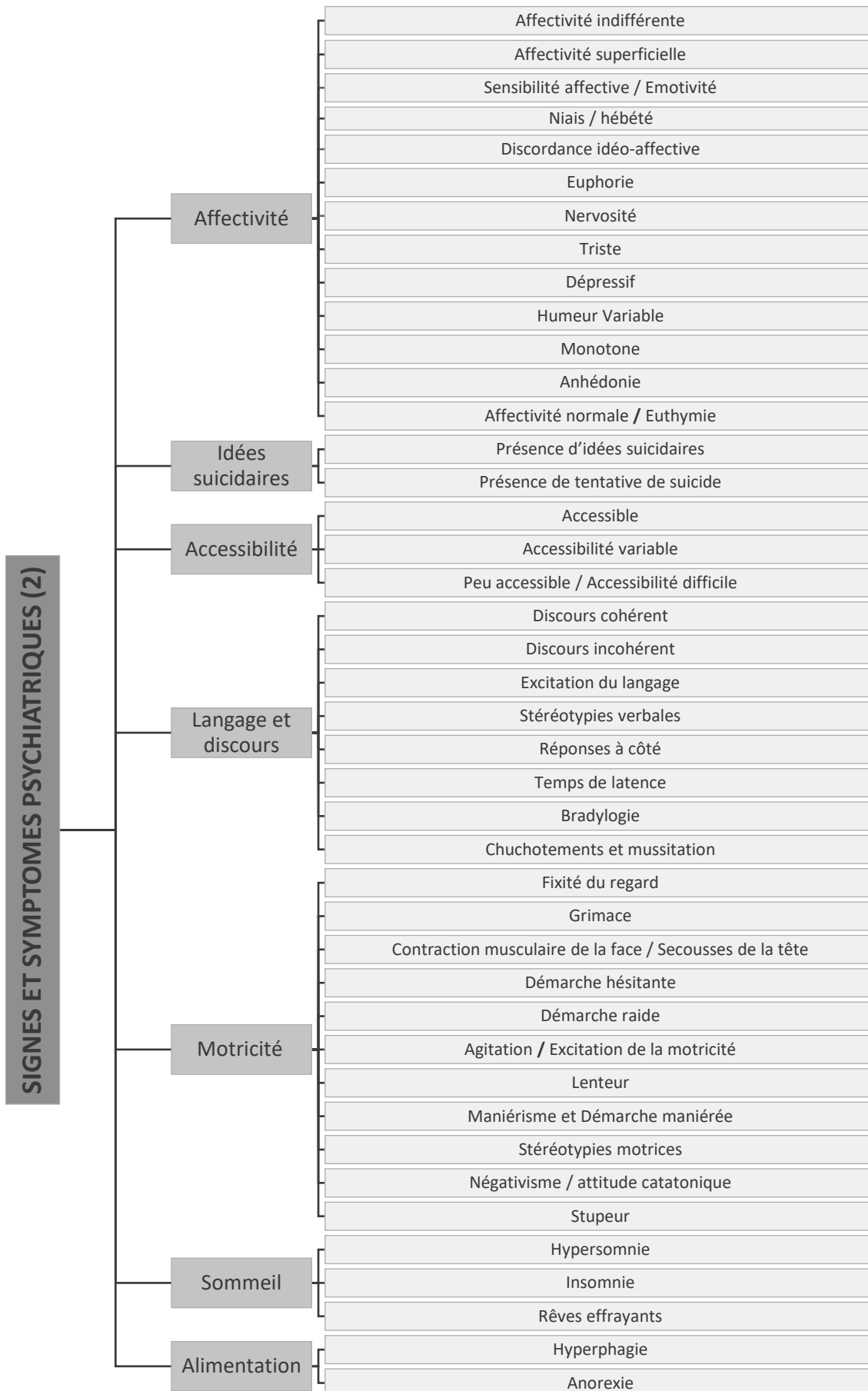


Figure 5 : Représentation de la deuxième partie de l'axe "signes et symptômes psychiatriques" de l'arbre thématique

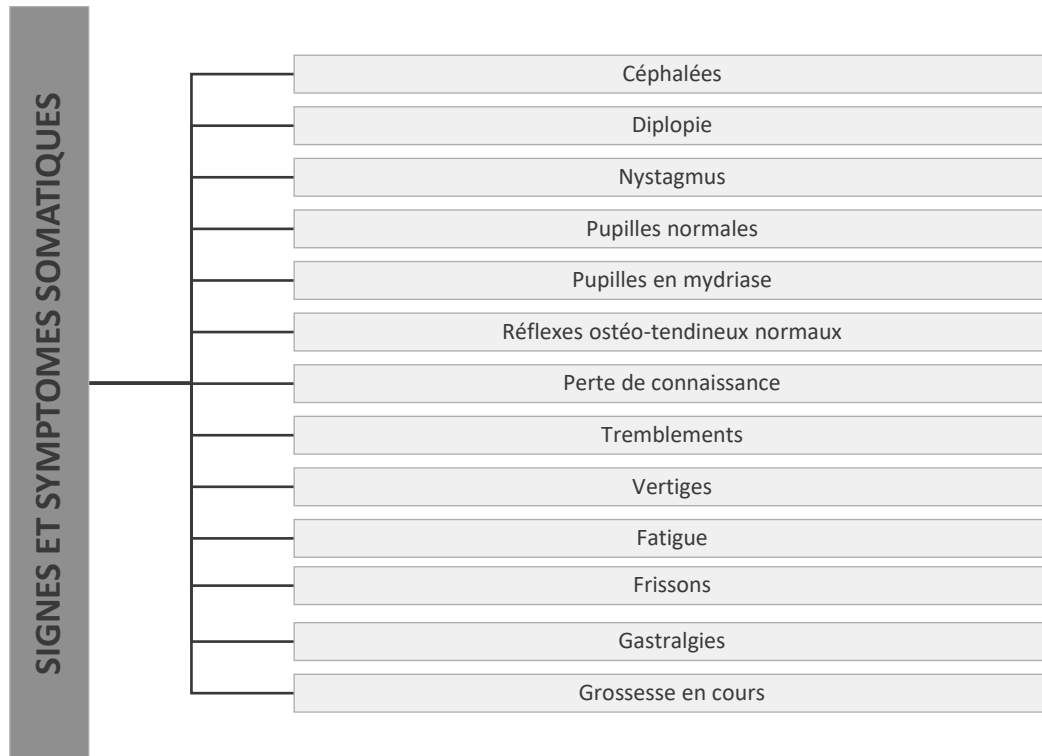


Figure 6 : Représentation de l'axe "signes et symptômes somatiques" de l'arbre thématique

### 3.2. Questionnaire

Le questionnaire élaboré à partir de cet arbre thématique pour permettre l'analyse quantitative comporte 136 items. Il est détaillé dans le tableau ci-dessous.

<b>QUESTIONNAIRE</b>	
<b>GENRE</b>	<b>AGE LORS DE L'ADMISSION</b>
Homme	< 15 ans
Femme	15-20 ans
	20-30 ans
	30-40 ans
	> 40 ans
	Age non renseigné
<b>ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX</b>	
<b>Antécédents personnels psychiatriques</b>	<b>Antécédents personnels somatiques</b>
<u>Présence</u>	<u>Présence</u>
Antécédent personnel d'épisode psychotique	Antécédent personnel de grippe

<p>Antécédent personnel d'hospitalisation en psychiatrie</p> <p>Antécédent personnel d'idées suicidaires / tentative de suicide</p> <p>Présence d'un éthyisme chronique</p> <p><u>Absence</u></p> <p>Absence d'antécédent personnel psychiatrique</p> <p><u>Non renseignés</u></p> <p>Antécédents personnels psychiatriques non renseignés</p>	<p>Antécédent personnel de troubles périnataux et pédiatriques</p> <p>Fausse couche</p> <p><u>Absence</u></p> <p>Absence d'antécédent personnel somatique</p> <p><u>Non renseignés</u></p> <p>Antécédents personnels somatiques non renseignés</p>
<p><b>Antécédents familiaux psychiatriques</b></p>	
<p><u>Présence</u></p> <p>Présence d'antécédent psychiatrique familial</p> <p>Présence d'antécédent psychiatrique familial de suicide</p>	<p><u>Absence</u></p> <p>Absence d'antécédent familial psychiatrique</p> <p><u>Non renseignés</u></p> <p>Antécédents psychiatriques familiaux non renseignés</p>
<p><b>SIGNES ET SYMPTOMES PSYCHIATRIQUES</b></p>	
<p><b>Orientation dans le temps</b></p> <p>Orienté dans le temps</p> <p>Non orienté dans le temps</p> <p>Orientation temporelle non renseignée</p>	<p><b>Orientation dans l'espace</b></p> <p>Orienté dans l'espace</p> <p>Non orienté dans l'espace</p> <p>Orientation spatiale non renseignée</p>
<p><b>Hallucinations</b></p> <p><u>Présence</u></p> <p>Présence d'hallucinations non spécifiées</p> <p>Présence d'une attitude hallucinatoire</p> <p>Présence d'hallucinations auditives et/ou verbales</p> <p>Présence d'hallucinations visuelles</p> <p>Présence d'hallucinations sexuelles</p> <p>Présence d'hallucinations tactiles / cénesthésiques / thermiques</p> <p>Présence d'hallucinations motrices</p> <p><u>Absence / non concédée</u></p> <p>Absence d'hallucination</p> <p>Hallucinations non concédées</p> <p><u>Non renseignées</u> : Hallucinations non renseignées</p>	<p><b>Idées délirantes</b></p> <p><u>Présence</u></p> <p>Présence d'idées délirantes mystiques / Idées de damnation</p> <p>Présence d'idées de persécution</p> <p>Présence de fausses reconnaissances</p> <p>Présence d'idées délirantes hypocondriaques / Négation d'organe</p> <p>Présence d'un syndrome d'influence</p> <p>Présence de vol de la pensée</p> <p>Présence d'idées délirantes d'auto-accusation</p> <p>Présence d'interprétations</p> <p>Présence d'idées délirantes non spécifiées</p> <p><u>Absence ou non concédées</u></p> <p>Absence d'idées délirantes</p> <p>Idées délirantes non concédées</p> <p><u>Non renseignées</u> : Idées délirantes non renseignées</p>

<p><b><i>Idées suicidaires</i></b></p> <p><u>Présence</u></p> <p>Présence d'idées suicidaires</p> <p>Présence de tentative de suicide</p> <p><u>Absence</u> : Absence d'idées suicidaires</p> <p><u>Non renseignées</u> : Idées suicidaires non renseignées</p>	<p><b><i>Accessibilité</i></b></p> <p><u>Perturbée</u></p> <p>Accessibilité variable</p> <p>Peu accessible / Accessibilité difficile / inaccessible</p> <p><u>Non perturbée</u> : Accessible</p> <p><u>Non renseignée</u> : Accessibilité non renseignée</p>
<p><b><i>Langage et discours</i></b></p> <p><u>Perturbé</u></p> <p>Discours cohérent</p> <p>Discours incohérent</p> <p>Excitation du langage</p> <p>Stéréotypes verbales</p> <p>Mono-idéisme</p> <p>Discours circoloncutoire</p> <p>Réponses à côté</p> <p>Temps de latence</p> <p>Bradylogie</p> <p>Chuchotements et mussitation</p> <p><u>Non perturbé</u> : Langage non perturbé</p> <p><u>Non renseigné</u> : Langage non renseigné</p>	<p><b><i>Comportement</i></b></p> <p><u>Perturbé</u></p> <p>Bizarrie</p> <p>Démonstrativité</p> <p>Trouble du comportement (non spécifié)</p> <p>Agressivité / Injure / impolitesse</p> <p>Fugue</p> <p>Désinhibition / Familiarité</p> <p>Onanisme</p> <p>Crise de violence</p> <p>Opposition / résistance</p> <p>Autisme</p> <p>Tendance à s'isoler</p> <p><u>Non perturbé</u> : Calme</p> <p><u>Non renseigné</u> : Comportement non renseigné</p>
<p><b><i>Motricité</i></b></p> <p><u>Perturbée</u></p> <p>Fixité du regard</p> <p>Grimace</p> <p>Contractions musculaires de la face / secousses de la tête</p> <p>Démarche hésitante</p> <p>Démarche raide</p> <p>Agitation / excitation de la motricité</p> <p>Lenteur</p> <p>Maniérisme / démarche maniérée</p> <p>Stéréotypes motrices</p> <p>Néguvisme / attitudes catatoniques</p> <p>Stupeur</p> <p><u>Non perturbé</u> : Motricité non perturbée</p> <p><u>Non renseignée</u> : Motricité non renseignée</p>	<p><b><i>Affectivité</i></b></p> <p><u>Perturbée</u></p> <p>Affectivité indifférente</p> <p>Affectivité superficielle</p> <p>Sensibilité affective / émotivité / crise émotive</p> <p>Niais / hébété</p> <p>Discordance idéo-affective</p> <p>Euphorie</p> <p>Nervosité</p> <p>Triste</p> <p>Dépressif</p> <p>Anxiété / peur</p> <p>Humeur variable</p> <p>Monotone</p> <p>Anhédonie</p> <p><u>Non perturbée</u> : Affectivité normale / euthymie</p> <p><u>Non renseignée</u> : Affectivité non renseignée</p>

<p><b>Sommeil</b></p> <p><u>Perturbé</u></p> <p>Hypersomnie</p> <p>Insomnie</p> <p>Rêves effrayants</p> <p><u>Non perturbé</u> : Sommeil normal</p> <p><u>Non renseigné</u> : Sommeil non renseigné</p>	<p><b>Alimentation</b></p> <p><u>Perturbée</u></p> <p>Hyperphagie</p> <p>Anorexie</p> <p><u>Non perturbée</u> : Alimentation non perturbée</p> <p><u>Non renseignée</u> : Alimentation non renseignée</p>																
<p><b>SIGNES ET SYMPTOMES SOMATIQUES</b></p> <p><b>Examen somatique</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Céphalées</td> <td style="width: 50%;">Vertiges</td> </tr> <tr> <td>Diplopie</td> <td>Fatigue</td> </tr> <tr> <td>Nystagmus</td> <td>Frissons</td> </tr> <tr> <td>Pupilles normales</td> <td>Gastralgies</td> </tr> <tr> <td>Pupilles en mydriase</td> <td>Grossesse en cours</td> </tr> <tr> <td>Réflexes ostéotendineux normaux</td> <td>Examen somatique normal</td> </tr> <tr> <td>Perte de connaissance</td> <td>Examen somatique non renseigné</td> </tr> <tr> <td>Tremblements</td> <td></td> </tr> </table>		Céphalées	Vertiges	Diplopie	Fatigue	Nystagmus	Frissons	Pupilles normales	Gastralgies	Pupilles en mydriase	Grossesse en cours	Réflexes ostéotendineux normaux	Examen somatique normal	Perte de connaissance	Examen somatique non renseigné	Tremblements	
Céphalées	Vertiges																
Diplopie	Fatigue																
Nystagmus	Frissons																
Pupilles normales	Gastralgies																
Pupilles en mydriase	Grossesse en cours																
Réflexes ostéotendineux normaux	Examen somatique normal																
Perte de connaissance	Examen somatique non renseigné																
Tremblements																	

Tableau 1 : Tableau relatif au questionnaire élaboré à partir de l'arbre thématique

### 3.3. Analyse quantitative

Notre analyse quantitative a finalement porté sur 103 hospitalisations : pour 47 d'entre elles, le dossier médical correspondant n'a pas pu être retrouvé.

#### 3.3.1. Genre

Parmi l'ensemble des dossiers retrouvés, 25.2 % sont des hommes (26 dossiers) et 74.8 % sont des femmes (77 dossiers).



### 3.3.2. Age lors de l'admission

Concernant l'âge lors de l'admission, on constate que trois quarts des patients ont entre 20 et 40 ans. La catégorie [20-30 ans] est la plus fréquente (41.7% ; n= 43) suivie de la catégorie [30-40 ans] (34.0% ; n= 35). Il n'y a que très peu d'hospitalisations pour lesquelles l'âge n'est pas renseigné (3.9% ; n=4).

<b>Age lors de l'admission</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
10-20 ans	9	8.7
20-30 ans	43	41.7
30-40 ans	35	34.0
40-50 ans	8	7.8
50-60 ans	4	3.9
Non renseigné	4	3.9

Tableau 2 : Résultats relatifs à l'axe « âge lors de l'admission »

### 3.3.3. Antécédents

Concernant l'axe « Antécédents », nous constatons que ceux-ci sont très peu renseignés.

Parmi eux, les antécédents personnels psychiatriques ne sont pas renseignés dans 68.9% des hospitalisations (n=71). Les plus retrouvés sont « antécédent personnel d'épisode psychotique » (16.5% ; n=17) et « antécédent personnel d'hospitalisation en psychiatrie » (13.6% ; n=14).

<b>Antécédents personnels psychiatriques</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<u>Présence</u>	30	29.1
ATCD personnel d'épisode psychotique	17	16.5
ATCD personnel d'hospitalisation en psychiatrie	14	13.6
ATCD personnel d'idées suicidaires / TS	4	3.9
Présence d'un éthylisme chronique	1	1.0
<u>Absence</u>	2	1.9
Absence d'ATCD personnel psychiatrique	2	1.9
<u>Non renseignés</u>	71	68.9
ATCD personnels psychiatriques non renseignés	71	68.9

Tableau 3 : Résultats relatifs à la rubrique « Antécédents personnels psychiatriques »

Concernant les antécédents personnels somatiques, ils ne sont pas renseignés dans 87.4% des hospitalisations (n=90).

<b>ATCD personnels somatiques</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<u>Présence</u>	<b>12</b>	<b>17</b>
ATCD personnel de grippe	2	1.9
ATCD personnel de troubles périnataux et pédiatriques	1	1.0
ATCD personnel de fausse couche	2	1.9
Autre ATCD personnel somatique	9	8.7
<u>Absence</u>	<b>1</b>	<b>1.0</b>
Absence d'ATCD personnels somatiques	1	1.0
<u>Non renseignés</u>	<b>90</b>	<b>87.4</b>
ATCD personnels somatiques non renseignés	90	87.4

Tableau 4 : Résultats relatifs à la rubrique « Antécédents personnels somatiques »

Concernant les antécédents familiaux psychiatriques, ils ne sont pas renseignés dans 95.1% des hospitalisations (n=98).

<b>ATCD familiaux psychiatriques</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Présence d'ATCD psychiatrique familial	4	3.9
Absence d'ATCD psychiatrique familial	1	1.0
ATCD psychiatrique familial non renseigné	98	95.1

Tableau 5 : Résultats relatifs à la rubrique « Antécédents familiaux psychiatriques »

### 3.3.4. Signes et symptômes psychiatriques

L'orientation temporelle et spatiale figure parmi les signes et symptômes psychiatriques les plus renseignés. On remarque que l'orientation spatiale est plutôt préservée chez les patients, alors que l'orientation temporelle est davantage perturbée. L'item « non orienté dans le temps » est retrouvé dans 29.1% des hospitalisations (n=30).

<b>Orientation</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Orienté dans le temps	42	40.8
Non orienté dans le temps	30	29.1
Orientation temporelle non renseignée	31	30.1
Orienté dans l'espace	62	60.2
Non orienté dans l'espace	9	8.7
Orientation dans l'espace non renseignée	32	31.1

Tableau 6 : Résultats relatifs à l'Orientation

On retrouve des hallucinations dans 61.2% des hospitalisations (n=63). Les plus fréquentes sont les « hallucinations auditives / verbales » (50.5% ; n=52), suivies des « hallucinations visuelles » (25.2% ; n= 26).

<b>Hallucinations</b>	N	%
<u>Présence</u>	63	61.2
Présence d'hallucinations non spécifiée	4	3.9
Présence d'une attitude hallucinatoire / hallucinations ?	13	12.6
Présence d'hallucinations auditives / verbales	52	50.5
Présence d'hallucinations visuelles	26	25.2
Présence d'hallucinations sexuelles	3	2.9
Présence d'hallucinations tactiles / cénesthésiques / thermiques	4	3.9
Présence d'hallucinations motrices	1	1.0
<u>Absence / Non concédées</u>	35	34.0
Absence d'hallucination	15	14.6
Hallucination non concédée	23	22.3
<u>Non renseignées</u>	15	14.6
Hallucination non renseignées	15	14.6

Tableau 7 : Résultats relatifs à la rubrique « Hallucinations »

Les idées délirantes font également partie des signes et symptômes psychiatriques les plus fréquemment retrouvés. Des idées délirantes sont retrouvées dans 65.0% des hospitalisations (n=67). Il s'agit avant tout des « idées de persécution » (39.8% ; n=41) et des « interprétations » (27.2% ; n=28).

<b>Idées délirantes</b>	N	%
<u>Présence</u>	67	65.0
Présence d'idées délirantes mystiques / idées de damnation	12	11.7
Présence d'idées de persécution	41	39.8
Présence de fausses reconnaissances	4	3.9
Présence d'idées délirantes hypocondriaques / négation d'organe	5	4.9
Présence d'un syndrome d'influence	7	6.8
Présence de vol de la pensée	1	1.0
Présence d'idées délirantes d'auto-accusation	10	9.7
Présence d'interprétations	28	27.2
Présence d'idées délirantes non spécifiées	5	4.9
<u>Absence / non concédées</u>	20	19.4
Absence d'idées délirantes	8	7.8
Idées délirantes non concédées	13	12.6
<u>Non renseignées</u>	24	23.3
Idées délirantes non renseignées	24	23.3

Tableau 8 : Résultats relatifs à la rubrique « Idées délirantes »

L'affectivité est très souvent renseignée puisqu'on retrouve l'item « affectivité non renseignée » dans seulement 15.5% des hospitalisations (n=16). L'item « affectivité indifférente » est le plus fréquemment retrouvé (40.8% ; n= 42), suivi de « euphorie » (18.4% ; n=19). Les autres items sont moins fréquemment retrouvés mais « sensibilité affective / émotivité / crise émotive », « anxiété / peur », « dépressif », et « affectivité superficielle » concernent néanmoins entre 10 et 15% des hospitalisations.

<b>Affectivité</b>	N	%
<b><u>Perturbée</u></b>	<b>84</b>	<b>81.6</b>
Affectivité indifférente	42	40.8
Affectivité superficielle	12	11.7
Sensibilité affective / émotivité / crise émotive	16	15.5
Niais / hébété	8	7.8
Discordance idéo-affective	1	1.0
Euphorie	19	18.4
Nervosité	6	5.8
Triste	5	4.9
Dépressif	12	11.7
Anxiété / peur	14	13.6
Humeur variable	0	0.0
Monotone	3	2.9
Anhédonie	0	0.0
<b><u>Non perturbée</u></b>	<b>7</b>	<b>6.8</b>
Affectivité normale / euthymie	7	6.8
<b><u>Non renseignée</u></b>	<b>16</b>	<b>15.5</b>
Affectivité non renseignée	16	15.5

Tableau 9 : Résultats relatifs à la rubrique « Affectivité »

Les idées suicidaires, bien que peu renseignées (80.6% ; n=83), sont néanmoins présentes pour 17.5% des hospitalisations (n=18) avec les items « présence d'idées suicidaires » (14.6% ; n=15) et « présence d'une tentative de suicide » (6,8% ; n=7).

<b>Idées suicidaires</b>	N	%
<b><u>Présence</u></b>	<b>18</b>	<b>17.5</b>
Présence d'idées suicidaires	15	14.6
Présence d'une tentative de suicide	7	6.8
<b><u>Absence</u></b>	<b>2</b>	<b>1.9</b>
Absence d'idée suicidaire	2	1.9
<b><u>Non renseignées</u></b>	<b>83</b>	<b>80.6</b>
Idées suicidaires non renseignées	83	80.6

Tableau 10 : Résultats relatifs à la rubrique « Idées suicidaires »

L'accessibilité est un des rares éléments dont la normalité est souvent mentionnée : les patients sont « accessibles » dans 38.8% des hospitalisations (n= 40). L'item « peu accessible / accessibilité difficile / inaccessible » est retrouvé dans 21.4% des hospitalisations (n=22).

<b>Accessibilité</b>	N total	% total
<u>Perturbée</u>	22	21.4
Accessibilité variable	0	0.0
Peu accessible / accessibilité difficile / inaccessible	22	21.4
<u>Non perturbée</u>	40	38.8
Accessible	40	38.8
<u>Non renseignée</u>	42	40.8
Accessibilité non renseignée	42	40.8

Tableau 11 : Résultats relatifs à la rubrique « Accessibilité »

En ce qui concerne le langage et le discours, les items les plus retrouvés sont « discours incohérent » (14.6% ; n=15), « excitation du langage » (13.6%, n=14) et « discours cohérent » (13.6% ; n=14). Le langage n'était pas renseigné dans 62.1% des hospitalisations (n= 64).

<b>Langage et discours</b>	N	%
<u>Perturbé</u>	27	26.2
Discours incohérent	15	14.6
Excitation du langage	14	13.6
Stéréotypies verbales	4	3.6
Réponses à côté	0	0.0
Temps de latence	3	2.9
Bradylogie	0	0.0
Chuchotement / mussitation	0	0.0
<u>Non perturbé</u>	14	13.6
Discours cohérent	14	13.6
<u>Non renseigné</u>	64	62.1
Langage non renseigné	64	62.1

Tableau 12 : Résultats relatifs à la rubrique « Langage et discours »

Concernant la description du comportement, les items les plus retrouvés sont « Agressivité / injure / impolitesse » (14.6% ; n=15) et « autisme » (14.6% ; n=15).

<b>Comportement</b>	N	%
<b><i>Perturbé</i></b>	<b>41</b>	<b>39.8</b>
Bizarrie du contact	0	0.0
Démonstrativité	0	0.0
Trouble du comportement	0	0.0
Agressivité / injure / impolitesse	15	14.6
Fugue	9	8.7
Désinhibition / familiarité	8	7.8
Onanisme	3	2.9
Crise de violence	0	0.0
Opposition / résistance	2	1.9
Autisme	15	14.6
Tendance à s'isoler	6	5.8
<b><i>Non perturbé</i></b>	<b>16</b>	<b>15.5</b>
Calme	16	15.5
<b><i>Non renseigné</i></b>	<b>51</b>	<b>49.5</b>
Comportement non renseigné	51	49.5

Tableau 13 : Résultats relatifs à la rubrique « Comportement »

Au sujet de la motricité, deux caractéristiques cliniques sont retrouvées plus fréquemment : « agitation / excitation de la motricité » (39.8% ; n=41) et « Maniérisme » (27.2% ; n=28).

<b>Motricité</b>	N	%
<b><i>Perturbée</i></b>	<b>64</b>	<b>62.1</b>
Fixité du regard	0	0.0
Grimaces	4	3.9
Contractions musculaires de la face / secousses de la tête	0	0.0
Démarche hésitante	0	0.0
Démarche raide	0	0.0
Agitation / excitation de la motricité	41	39.8
Lenteur	0	0.0
Maniérisme / démarche maniérée	28	27.2
Stéréotypies motrices	2	1.9
Négativisme / attitudes catatoniques	9	8.7
Stupeur	4	3.9
<b><i>Non perturbée</i></b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
Motricité non perturbée	0	0.0
<b><i>Non renseignée</i></b>	<b>39</b>	<b>37.9</b>
Motricité non renseignée	39	37.9

Tableau 14 : Résultats relatifs à la rubrique « Motricité »

A propos du sommeil, on retrouve une « insomnie » dans 18.4% des hospitalisations (n=19).

<b>Sommeil</b>	N	%
<u>Perturbé</u>	19	18.4
Hypersomnie	0	0.0
Rêves effrayants	0	0.0
Insomnie	19	18.4
<u>Non perturbé</u>	8	7.8
Sommeil normal	8	7.8
<u>Non renseigné</u>	76	73.8
Sommeil non renseigné	76	73.8

Tableau 15 : Résultats relatifs à la rubrique « Sommeil »

Enfin, du côté de l'alimentation, on retrouve une « anorexie » dans 20.4% des hospitalisations (n=21).

<b>Alimentation</b>	N	%
<u>Perturbée</u>	21	20.4
Hyperphagie	0	0.0
Anorexie	21	20.4
<u>Non perturbée</u>	7	6.8
Alimentation non perturbée	7	6.8
<u>Non renseignée</u>	75	72.8
Alimentation non renseignée	75	72.8

Tableau 16 : Résultats relatifs à la rubrique « Alimentation »

### 3.3.5. Signes et symptômes somatiques

Concernant les signes et symptômes somatiques, aucun d'entre eux ne se révèle particulièrement fréquent. On retrouve des « pupilles normales » dans 25.2% des hospitalisations (n= 26) et des « réflexes ostéotendineux normaux » dans 15.5% d'entre elles (n= 16). A noter néanmoins que des « pupilles en mydriase » sont mises en évidence dans 5.8% des hospitalisations (n=6).

<b>Examen somatique</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Céphalées	9	8.7
Diplopie	1	1.0
Nystagmus	2	1.9
Pupilles normales	26	25.2
Pupilles en mydriase	6	5.8
ROT normaux	16	15.5
Tremblements	5	4.9
Vertiges	3	2.9
Fatigue	1	1.0
Frissons	0	0.0
Gastralgies	0	0.0
Grossesse en cours	1	1.0
Examen somatique normal	1	1.0
Examen somatique non renseigné	62	60.2

Tableau 17 : Résultats relatifs à l'axe « Signes et symptômes physiques »



## 4. Discussion

### 4.1. Rappel des principaux résultats

Au total, nous avons mis en évidence qu'au sein de l'échantillon, le sexe féminin (n=77 ; 74,8%) était plus fréquent que le sexe masculin (n=26 ; 25,2%). Les catégories d'âge les plus fréquentes étaient [20-30 ans] (n=43 ; 41,7%) et [30-40 ans] (n=35 ; 34,0%). L'antécédent personnel psychiatrique le plus fréquent était celui d'un épisode psychotique (n=17 ; 16,5%). Les signes et symptômes psychiatriques les plus fréquents étaient les hallucinations auditives verbales (n=52 ; 50,5%), l'affectivité indifférente (n=42 ; 40,8%), les idées de persécution (n=41 ; 39,8%), l'excitation motrice (n=41 ; 39,8%), la désorientation temporelle (n=30 ; 29,1%) et le maniérisme (n=28 ; 27,2%). En ce qui concerne les signes et symptômes somatiques, les pupilles et les réflexes ostéo-tendineux étaient sans anomalie pour respectivement 25,2% et 15,5% des hospitalisations.

#### 4.1.1. Genre

Les résultats concernant le genre interrogent : nous retrouvons un sex ratio de 0.38 :1, ce qui est l'inverse du sex ratio de la schizophrénie rapporté actuellement qui est de 1.4 :1 (19). Dans son article de 1911, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Bleuler précise qu'elle affecte les hommes et les femmes dans des proportions sensiblement équivalentes(20). Il en va de même pour Kraepelin au sujet de la démence précoce(21). Cette plus grande proportion du sexe féminin que nous retrouvons dans notre échantillon a également été mise en évidence dans trois établissements asilaires français par Hervé Guillemain pour les années 1928 et 1934 : Le Mans, Alençon et Font d'Aurelle. Selon lui, elle peut s'expliquer par le fait que le diagnostic de schizophrénie était alors un diagnostic plus social que médical. Il aurait été attribué tout particulièrement à des jeunes femmes de

condition modeste dans un but de les exclure socialement par l'intermédiaire d'un internement à l'asile(5)<sup>16</sup>.

Par ailleurs, selon le travail de thèse de Dr Marcassoli(7), on retrouve des différences significatives entre les prises en charge des patients en fonction du sexe en termes de devenir à la sortie : les femmes étaient moins souvent réclamées par les familles, mais ceci n'explique pas leur surreprésentation en terme de nombre d'hospitalisation.

#### 4.1.2. Age lors de l'admission

L'âge lors de l'admission est majoritairement compris entre 20 et 40 ans. Cela correspond à ce que Bleuler rapporte : la schizophrénie débute selon lui le plus souvent au cours de la vingtaine et de la trentaine. Il précise néanmoins qu'elle peut également se déclencher de façon plus précoce, à la puberté, ou alors de façon plus tardive, après 40 ans(20). Kraepelin, quant à lui, rapporte que la démence précoce débute entre 15 et 30 ans dans deux tiers des cas(21). Il est important de remarquer que l'âge que nous avons étudié est celui lors de l'admission et non pas l'âge d'entrée dans la maladie. Néanmoins, il semble que la Clinique Psychiatrique de Strasbourg avait, de par son caractère universitaire, une fonction d'évaluation diagnostique pour des patients non encore connus des structures asilaires avoisinantes au cours de la période d'étude(22). Cette hypothèse est étayée par le fait qu'un antécédent personnel d'hospitalisation en service de psychiatrie n'a été mis en évidence que pour 13,6% des hospitalisations de l'échantillon.

---

<sup>16</sup> Chapitre *Le symptôme d'un désir contrarié d'émancipation féminine, Schizophrènes au XXe siècle, des effets secondaires de l'histoire*, Hervé Guillemain : « *Les premiers cas de la maladie dans les années 1910 sont des femmes, la proportion de femmes dans les années 1930 est écrasante (trois quarts des cas).* »

#### 4.1.3. Antécédents

Malgré le fait que les antécédents n'étaient pas souvent précisés, on retrouve dans 29.1% des hospitalisations la présence d'un antécédent personnel psychiatrique. Il s'agit d'un antécédent personnel d'épisode psychotique aigu pour 16,5% d'entre elles et d'un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie dans 13.5% d'entre elles. Ces deux thèmes étaient retrouvés ensemble dans la plupart des dossiers où ils apparaissaient.

#### 4.1.4. Signes et symptômes psychiatriques

Les signes et symptômes psychiatriques les plus fréquemment retrouvés ont été les hallucinations auditives verbales (50,5%), l'affectivité indifférente (40,8%), les idées de persécution (39,8%), l'excitation motrice (39,8%), la désorientation temporelle (29,1%) et le maniérisme (27,2%).

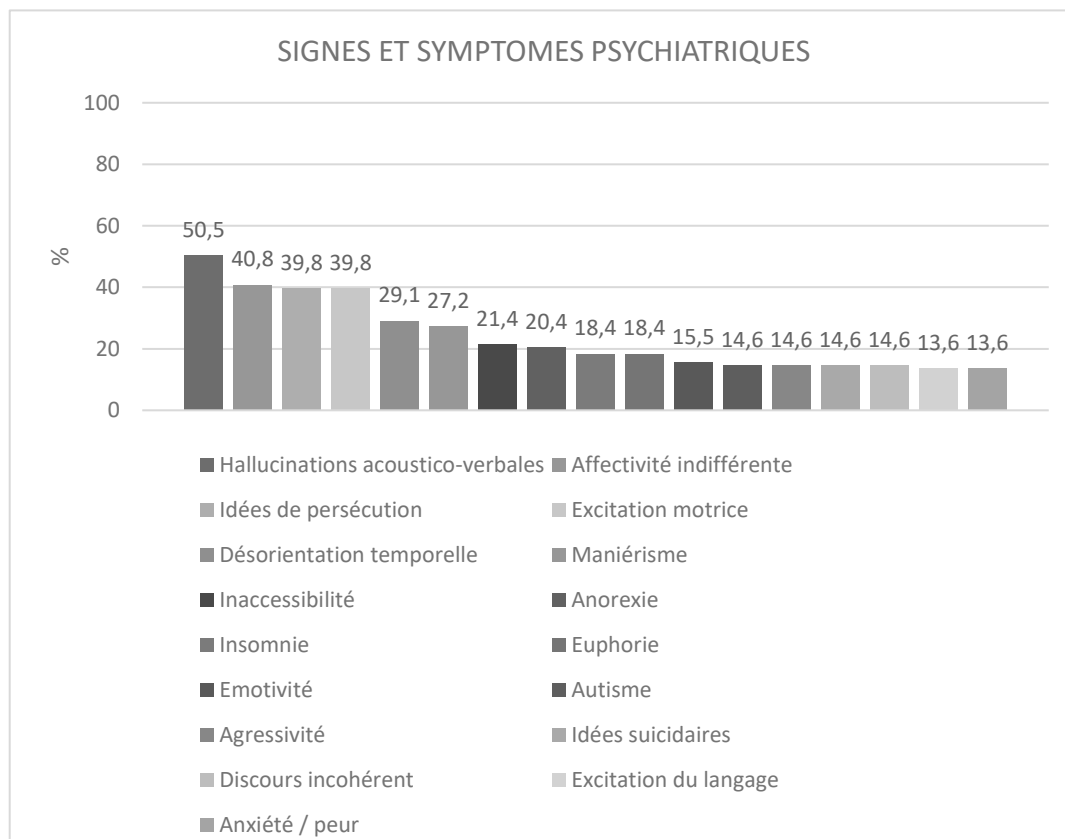


Figure 7 : Histogramme représentant les pourcentages des principaux signes et symptômes psychiatriques

Il est également pertinent d'observer la répartition des signes et symptômes psychiatriques en les regroupant de façon à avoir des informations sur les catégories de symptômes qui sont perturbées.

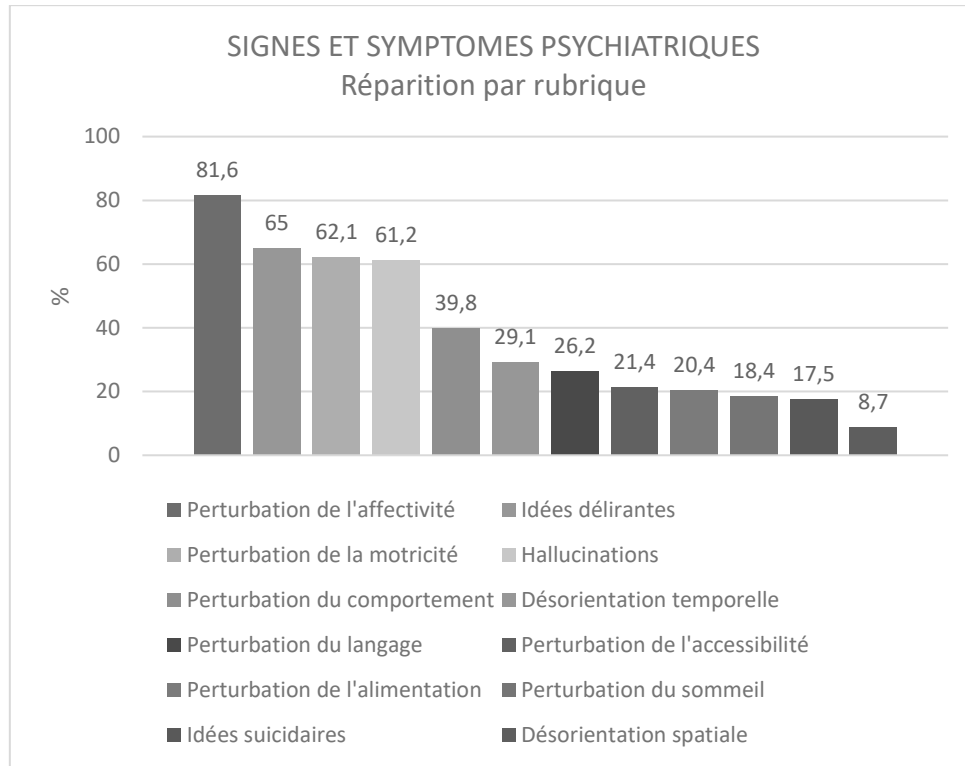


Figure 8 : Histogramme représentant les principaux signes et symptômes psychiatriques regroupés par catégorie

Parmi les symptômes fondamentaux selon Bleuler (23), on ne retrouve que la perturbation de l'affectivité dans 81.6% des dossiers. Les deux autres symptômes fondamentaux que sont l'ambivalence<sup>17</sup> et la perturbation des associations<sup>18</sup> n'ont pas été retrouvés. Concernant la perturbation des associations, le résultat doit néanmoins être

<sup>17</sup> Selon Bleuler, l'ambivalence est la « *tendance de l'esprit schizophrénique à considérer dans le même temps sous leurs deux aspects négatif et positif, les divers actes psychologiques. Elle n'est pas très marquée, mais elle existe toujours.* »

<sup>18</sup> Selon Bleuler, l'altération des associations conduit à l'incohérence de la pensée par divers mécanismes tels que les associations fortuites, les assonances, les phénomènes de fusion (syncrétisme logique), de stase, et d'adhérence de la pensée(16).

nuancé par le fait que le test des associations n'a pas été pris en compte dans l'analyse thématique.

A l'inverse, on retrouve une forte prévalence de symptômes considérés comme accessoires par Bleuler(16)<sup>19</sup> : présence d'idées délirantes dans 65% et d'hallucinations dans 61.2% des dossiers. Ceci n'est toutefois pas si étonnant étant donné que, bien que considérés comme accessoires, ils étaient déjà décrits comme prédominants lors de phases aiguës de la maladie, et donc fortement présents en institution. Néanmoins, cette prévalence importante de symptômes que nous qualifierions aujourd'hui de « symptômes positifs » semble précéder la description clinique de la Schizophrénie selon Kurt Schneider(24), (25)<sup>20</sup>. Celui-ci les classe parmi les « symptômes de premier rang », posant ainsi les jalons de la définition du « critère A » de la schizophrénie selon le DSM(26).

Par ailleurs, il est intéressant de constater que l'examen moteur du patient est souvent précisé dans un paragraphe dédié de l'observation médicale et qu'il est souvent perturbé (61.2% des hospitalisations). En effet, on retrouve une excitation motrice pour 39.8% et un maniérisme pour 27.2% des hospitalisations, ainsi que de nombreux autres termes sémiologiques relatifs à la motricité tels que : « fixité du regard », « grimace », « contractions musculaires de la face / secousses de la tête », « démarche raide », « démarche hésitante », « lenteur », « stéréotypie motrice » ou encore « négativisme/ attitudes catatoniques ». Dans son article de 1911, Bleuler fournit une description précise des symptômes catatoniques qui peuvent survenir dans la schizophrénie. Il les considère comme étant des symptômes

---

<sup>19</sup> Les symptômes accessoires selon Bleuler sont ceux « *qui motivent le plus souvent le placement des malades à l'asile. [...] Ce sont des épisodes ou des exacerbations au cours d'un processus chronique.* », contrairement aux signes fondamentaux qui quant à eux sont « *caractéristiques de la Schizophrénie* ».

<sup>20</sup> Selon Kurt Schneider(25), les « symptômes de premier rang », se différencient des « symptômes de second rang » car ils seraient discriminants, c'est-à-dire spécifique à la schizophrénie, alors que les symptômes de second rang peuvent être retrouvés dans la « pathologie cyclothymique ».

accessoires de la maladie. Il les distingue en neuf sous-catégories : catalepsie, stupeur, hyperkinésie, stéréotypies, maniérisme, négativisme, écho-praxie, automatismes et impulsivité(20). On notera que cet intérêt de Bleuler pour les symptômes moteurs n'a pas persisté dans la définition de la schizophrénie selon le DSM(26)<sup>21</sup> dans lequel on la retrouve dans la description clinique de la catatonie, qui reste similaire à la définition de Kahlbaum(27). Il est cependant resté marqué dans une approche classificatoire des psychoses qui s'est développée à partir de la fin du 19<sup>e</sup> siècle : celle de Wernicke, Kleist et Leonhard(28).

#### 4.1.5. Signes et symptômes somatiques

Concernant les signes et symptômes somatiques, les éléments les plus retrouvés étaient « réflexe ostéo-tendineux normaux » et « pupilles normales ». Nous pouvons penser que l'examen neurologique était particulièrement important déjà à cette époque d'une part parce qu'on retrouve cet examen des réflexes et des pupilles dans de nombreux dossiers, et d'autres part parce que Bleuler considérait les atteintes physiques comme une catégorie de symptômes accessoires de la schizophrénie et à ce titre leur a consacré un chapitre très détaillé dans son article de 1911(20). Il y explique qu'elles sont la preuve que la maladie a pour origine une atteinte cérébrale, voire une atteinte du corps dans sa globalité. Il précise néanmoins qu'elles sont souvent peu prononcées et qu'elles peuvent même être totalement absentes. Elles sont très diverses et comprennent notamment de possibles atteintes du réflexe pupillaire et des réflexes ostéo-tendineux.

---

<sup>21</sup> Nous retrouvons des thèmes communs au DSM dans ses critères concernant la catatonie : stupeur, négativisme, maniérisme, stéréotypie, agitation, expression faciale grimaçante, écholalie, écho-praxie.

## 4.2. Forces et limites de l'étude

### 4.2.1. Force de l'étude

L'originalité de notre travail réside dans l'association d'une approche qualitative et quantitative pour l'analyse des données. L'approche qualitative nous a permis de rester au plus proche des pratiques en élaborant le questionnaire nécessaire à l'approche quantitative à partir des observations médicales des dossiers médicaux de patients. De façon complémentaire, l'approche quantitative a permis d'examiner de façon systématique le maximum d'hospitalisations(13). Grâce à ces approches, nous sommes parvenus à reconstituer les différents symptômes présentés par les patients à l'époque, ce qui était l'objectif de notre étude. Cela nous a permis de constater que les tableaux cliniques extrêmement disparates des patients souffrant de schizophrénie que nous prenons en charge étaient déjà fortement diversifiés au début de l'usage du diagnostic de Schizophrénie<sup>22</sup>.

### 4.2.2. Limites de l'étude

La première limite de notre étude est liée à l'analyse thématique : cette méthode ne nous a pas permis d'extraire des données pourtant présentes dans les observations médicales de la plupart des hospitalisations examinées : celles provenant de l'évaluation cognitive et du test des associations car leurs résultats étaient notés de façon brute, sans interprétation. La thématization de ce contenu nous a semblé trop complexe, car nécessitant une interprétation trop poussée. Ceci est particulièrement problématique dans la mesure où les altérations

---

<sup>22</sup> (29) Dès 1926, Henri Ey dans son article *Remarques critiques sur le Schizophrénie de Bleuler*, s'interroge sur la pertinence de ce concept qui inclue un grand nombre de patients à la symptomatologie très variée : « *Après une description clinique si remarquable, [...] on est étonné du grand nombre de syndromes disparates que Bleuler force à entrer dans le cadre de la Schizophrénie. [...] Notre crainte est que les esprits trop prudents ou trop adroits, en présence d'un cas douteux, dans un concours par exemple, se réfugient dans la Schizophrénie, comme on en usait autrefois avec la dégénérescence.* »

cognitives et les perturbations des associations avaient une place prépondérante dans la sémiologie de la schizophrénie. En effet, Bleuler envisageait les perturbations des associations comme un symptôme fondamental de la maladie. Les altérations de la mémoire, quant à elles, constituaient pour lui une catégorie de symptômes accessoires(20)<sup>23</sup>.

De la même manière, nous n'avons pas pu thématiser les éléments figurant dans l'anamnèse. Généralement écrite au début de l'observation médicale, elle reprenait les propos de la famille de façon brute et difficilement thématizable.

Une autre limite de l'analyse thématique est due à la subjectivité de son exercice(14). Elle a tendance à compromettre sa reproductibilité et ceci malgré les étapes de conscientisation de la posture de l'analyste et de régression phénoménologique. L'établissement des thèmes par plusieurs analystes aurait permis de vérifier leur concordance et ainsi de gagner en objectivité.

Une quatrième limite correspond à la taille réduite de notre échantillon qui était insuffisant pour réaliser des tests statistiques. Il faut ici également mentionner la proportion importante des hospitalisations de l'échantillon qui n'ont pas été retrouvées (n= 47 ; 31.3%). Dans la mesure où nos pourcentages ont été calculés pour les dossiers retrouvés, ils ne sont représentatifs que des dossiers concernés, et cela représente un biais de sélection important dans la mesure où nous ne savons pas si les dossiers non retrouvés sont simplement égarés, où s'ils ont été écartés pour d'autres raisons.

---

<sup>23</sup> Selon Bleuler, la mémoire appartient aux « fonctions intactes » de la Schizophrénie : « A l'encontre de ce qui se passe dans les psychoses organiques, la mémoire n'est pas directement intéressée. Sans doute peut-elle être atteinte au cours d'un processus de grande intensité, mais il s'agit là d'anomalies fortuites au même titre que les symptômes secondaires. »



Enfin, nous pourrions discuter le choix d'inclure les antécédents dans les caractéristiques cliniques. En effet, bien qu'ils soient incontestablement intéressants à étudier, ils ne font pas partie à proprement parler des caractéristiques cliniques.

### 4.3. Perspectives

Notre étude ouvre des perspectives pour des travaux ultérieurs.

Les caractéristiques cliniques pourraient être étudiées en distinguant les hommes et les femmes afin de savoir si elles diffèrent significativement en fonction du sexe. Notre étude comprend les données brutes selon le sexe, ainsi que leur pourcentage au sein des sous-groupes hommes et femmes, mais dans la mesure où nous n'avons pas calculé au préalable la

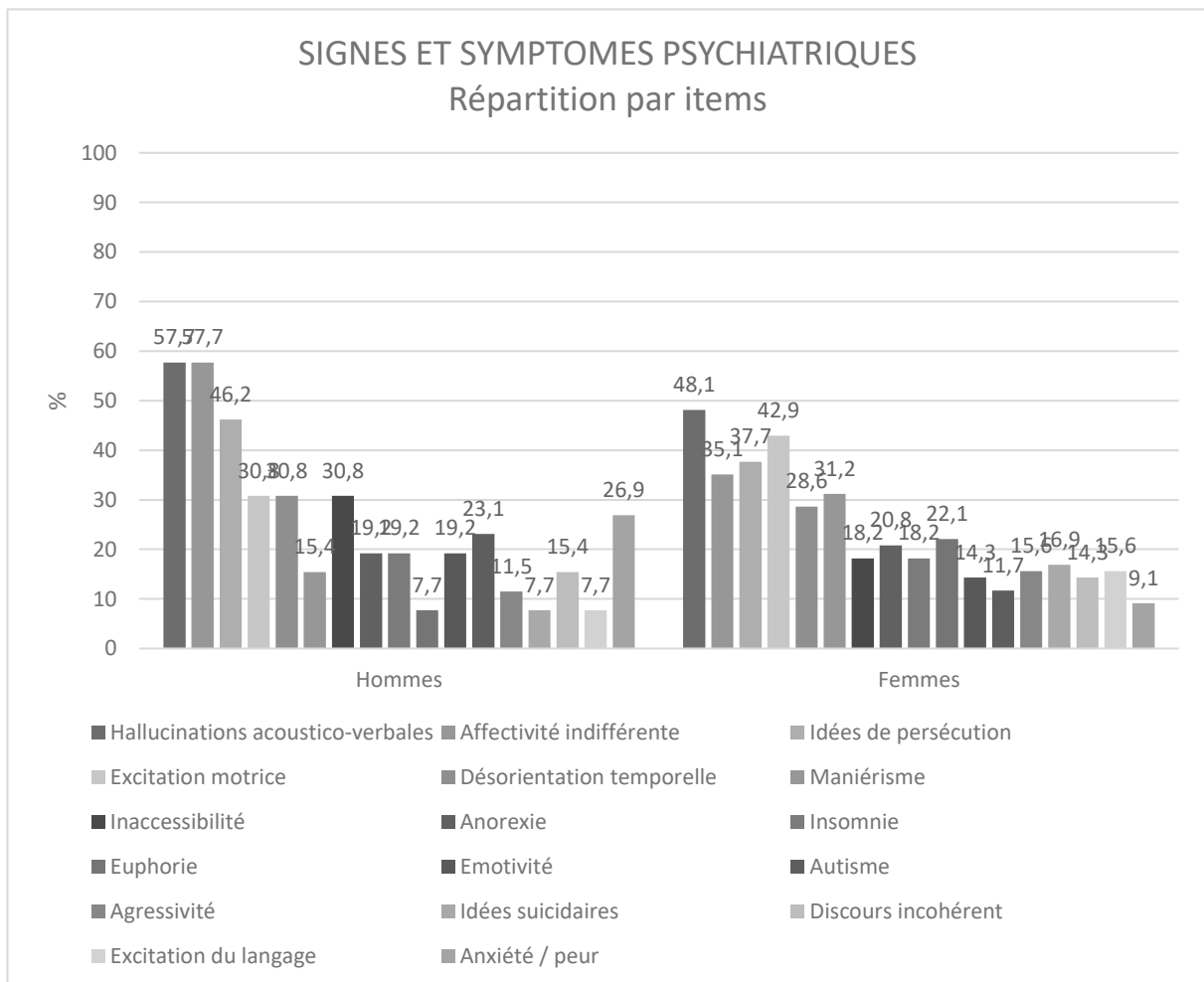


Figure 9 : Histogramme représentant les pourcentages des signes et symptômes psychiatriques chez les hommes et chez les femmes

taille de l'échantillon dans le but de démontrer une différence statistiquement significative, ceux-ci ne pourront être analysés statistiquement.

Un autre type d'analyse qualitative pourrait étudier de façon plus approfondie les domaines qui n'étaient pas accessibles à l'analyse thématique tels que le test des associations, les explications de proverbe et l'évaluation cognitive. Il serait également pertinent de s'intéresser de plus près aux hospitalisations pour lesquelles les caractéristiques cliniques les plus fréquemment retrouvées ne sont pas présentes. En effet, en parcourant ces dossiers nous retrouvons un certain nombre de tableaux cliniques qui aujourd'hui correspondraient davantage à des diagnostics de dépression ou de manie, certains comportent seulement des notions de dégénérescence, de déficience intellectuelle ou d'hystérie<sup>24</sup>.

Ensuite, les caractéristiques cliniques mises en évidence pourraient être étudiées en tenant compte de leur association les unes aux autres chez les patients de façon à reconstituer un tableau clinique type associé au diagnostic de schizophrénie à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg au cours de la période 1929-1931.

Ce dernier pourrait être croisé avec les caractéristiques socio-économiques des patients de l'échantillon établies dans le cadre de la Thèse de médecine de Théo Marcassoli(7).

Enfin, cette description des caractéristiques cliniques de la schizophrénie à la Clinique psychiatrique Universitaires de Strasbourg ne saurait être représentative des pratiques médicales de l'ensemble des établissements psychiatriques français. Il serait donc nécessaire d'effectuer ce travail pour d'autres institutions psychiatriques notamment asilaires,

---

susceptibles d'avoir une démarche médicale différente et permettant une observation des patients sur un temps plus long.

## 5. Conclusion

Notre travail en tant que psychiatre, du fait de l'absence de critère diagnostique objectif des troubles que nous sommes amenés à prendre en charge, est confronté à une subjectivité importante dans notre regard clinique et notre démarche diagnostique. Il est également nécessairement influencé par les classifications nosographiques actuelles. Parmi ces troubles, un des plus grands pourvoyeurs de handicap psychique est la Schizophrénie. Or, nous pouvons remarquer que sous ce même terme de Schizophrénie sont pris en charge des patients à la symptomatologie et à l'évolution clinique extrêmement différentes. Ainsi, afin de mieux comprendre nos pratiques contemporaines, nous nous sommes intéressés aux pratiques de nos confrères lors de l'apparition du terme au début du XXe siècle.

L'émergence du concept de schizophrénie sous l'impulsion d'Eugen Bleuler au début du XXe siècle a fait l'objet de nombreux travaux de nature historique. Beaucoup d'entre eux l'ont étudié d'un point de vue théorique, notamment dans ses rapports avec les autres concepts existants jusque-là, et tout particulièrement avec celui de démence précoce fondé par Emil Kraepelin. Les similitudes et divergences entre ces différents concepts y sont décrites et analysées de façon précise, très souvent en s'appuyant sur des cas cliniques extraits de manuels de psychiatrie ou d'articles scientifiques de l'époque. Cependant, ces travaux ne donnent que très peu accès à ce qu'était un diagnostic de schizophrénie au début du XXe siècle dans le cadre de la pratique médicale courante des institutions psychiatriques. Face à quelles caractéristiques cliniques, un diagnostic de schizophrénie était-il posé ?

Cette question semble particulièrement importante dans la mesure où il a été récemment argumenté que le diagnostic de schizophrénie au début du XXe siècle aurait été

plus social que médical, en se fondant davantage sur des caractéristiques socio-économiques ou des contraintes administratives que sur des arguments cliniques.

Dans notre travail de thèse, nous avons tenté de reconstituer les caractéristiques cliniques associées à la Schizophrénie auprès d'un hôpital psychiatrique donné : la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg. Pour cela, nous avons mené une étude dont l'objectif était de reconstituer les caractéristiques cliniques associées au diagnostic de schizophrénie au moment de son introduction dans les pratiques diagnostiques de cet hôpital.

Notre étude s'inscrit dans un courant relativement récent de l'histoire de la psychiatrie utilisant principalement comme sources les archives des hôpitaux psychiatriques et non plus uniquement des sources plus classiques telles que les productions scientifiques des psychiatres (manuels de psychiatrie, articles scientifiques). L'intérêt du recours à de telles sources est notamment d'avoir un accès plus direct et objectif aux pratiques psychiatriques telles qu'elles ont eu cours.

Dans une première partie, nous avons explicité la méthodologie de l'étude que nous avons menée.

Nous avons défini comme période d'étude les années 1929, 1930 et 1931 à la fois car le diagnostic de Schizophrénie apparaît dans la pratique courante des médecins psychiatres de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg seulement à partir de 1928, et que cette période soit suffisamment étendue dans le but d'éviter un biais de sélection dû à une temporalité trop étroite.

Notre étude a porté sur un échantillon de la population des patients hospitalisés avec un diagnostic de schizophrénie au cours de cette période.

Pour la collecte des données, nous nous sommes appuyés sur le Fonds d'Archives de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg et plus particulièrement sur un type de document d'archives : les dossiers médicaux de patients.

L'analyse des données a combiné une approche qualitative et quantitative. L'approche qualitative, menée dans un premier temps, a consisté en une analyse thématique. Elle a visé à extraire et résumer les caractéristiques cliniques rapportées dans les dossiers médicaux correspondant aux hospitalisations de l'échantillon, qui ont ensuite été converties sous la forme d'items dans le cadre d'un questionnaire. L'approche quantitative, réalisée dans un second temps, a consisté à établir la fréquence de chacun des items du questionnaire ainsi constitué parmi l'ensemble des hospitalisations de l'échantillon.

Dans une deuxième partie, nous avons rapporté les résultats de notre étude.

L'analyse thématique a porté sur 18 hospitalisations. Les caractéristiques cliniques présentes dans les dossiers médicaux correspondants à ces hospitalisations ont été résumées sous la forme d'un arbre thématique comprenant 106 thèmes répartis en 14 rubriques elles-mêmes articulées autour de 5 axes : sexe, âge, antécédents, signes et symptômes psychiatriques, signes et symptômes somatiques. Le questionnaire construit à partir de l'arbre thématique comporte 136 items.

Au sein de l'échantillon, nous n'avons retrouvé que 103 dossiers parmi les 150 tirés au sort. Le sexe féminin (n=77 ; 74,8%) était plus fréquent que le sexe masculin (n=26 ; 25,2%).

Les catégories d'âge les plus fréquentes étaient [20-30 ans] (n=43 ; 41,7%) et [30-40 ans] (n=35 ; 34,0%). L'antécédent personnel psychiatrique le plus fréquent était celui d'un épisode psychotique (n=17 ; 16,5%). Les signes et symptômes psychiatriques les plus fréquents étaient les hallucinations auditives verbales (n=52 ; 50,5%), l'affectivité indifférente (n=42 ; 40,8%), les idées de persécution (n=41 ; 39,8%), l'excitation motrice (n=41 ; 39,8%), la désorientation temporelle (n=30 ; 29,1%) et le maniérisme (n=28 ; 27,2%). Aucun signe ou symptôme somatique ne s'est avéré particulièrement fréquent.

Finalement, dans une troisième partie, nous avons discuté les principaux résultats de notre étude.

La discussion a notamment consisté à confronter les caractéristiques cliniques mises en évidence pour la pratique strasbourgeoise avec celles décrites par Eugen Bleuler dans son article de 1911 *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Parmi les signes et symptômes psychiatriques les plus fréquemment retrouvés, il n'y a qu'un seul des symptômes fondamentaux de Bleuler, à savoir l'affectivité indifférente. En revanche, y figurent les hallucinations et les idées délirantes alors qu'elles étaient considérées par Bleuler comme des symptômes accessoires et donc moins pertinentes pour le diagnostic.

Les points forts et les limites de notre étude ont également été explicités. Son originalité et sa force résident dans l'association d'une approche qualitative et quantitative pour l'analyse des données. L'approche qualitative s'est imposée pour rester au plus proche des pratiques en élaborant le questionnaire nécessaire à l'approche quantitative à partir des observations médicales des dossiers médicaux de patients. L'approche quantitative a été nécessaire pour pouvoir examiner de façon systématique le plus d'hospitalisations possible.

L'étude menée présente cependant certaines limites : la taille réduite de l'échantillon ne permettant pas d'être représentatif de la population de l'étude, la subjectivité de l'analyse thématique et son incapacité à rendre compte de certaines caractéristiques cliniques.

Notre étude ouvre des perspectives à des travaux ultérieurs afin de continuer à appréhender l'évolution des pratiques médicales au grés des évolutions nosographiques. Les caractéristiques cliniques mises en évidence pourraient être étudiées en tenant compte de leur association les unes aux autres chez les patients de façon à reconstituer un tableau clinique type associé

au diagnostic de schizophrénie à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg au cours de la période 1929-1931. Ce dernier pourrait être croisé avec les caractéristiques socio-économiques des patients de l'échantillon (établies dans le cadre de la Thèse de médecine de Théo Marcassoli). Finalement, il serait intéressant que ce travail de reconstitution du tableau clinique type associé au diagnostic de schizophrénie au moment de son introduction dans les pratiques soit mené pour d'autres hôpitaux psychiatriques français, dont des structures asilaires.

Strasbourg, le 1/3/2023

Le président du jury de thèse

Professeur Fabrice BERNA



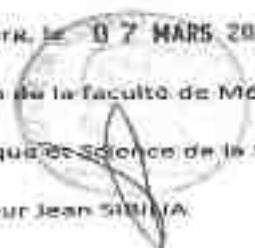
Vu et approuvé,

Strasbourg, le 07 MARS 2023

Le Doyen de la faculté de Médecine,

Mathématiques et Science de la Santé

Professeur Jean SIBILLA





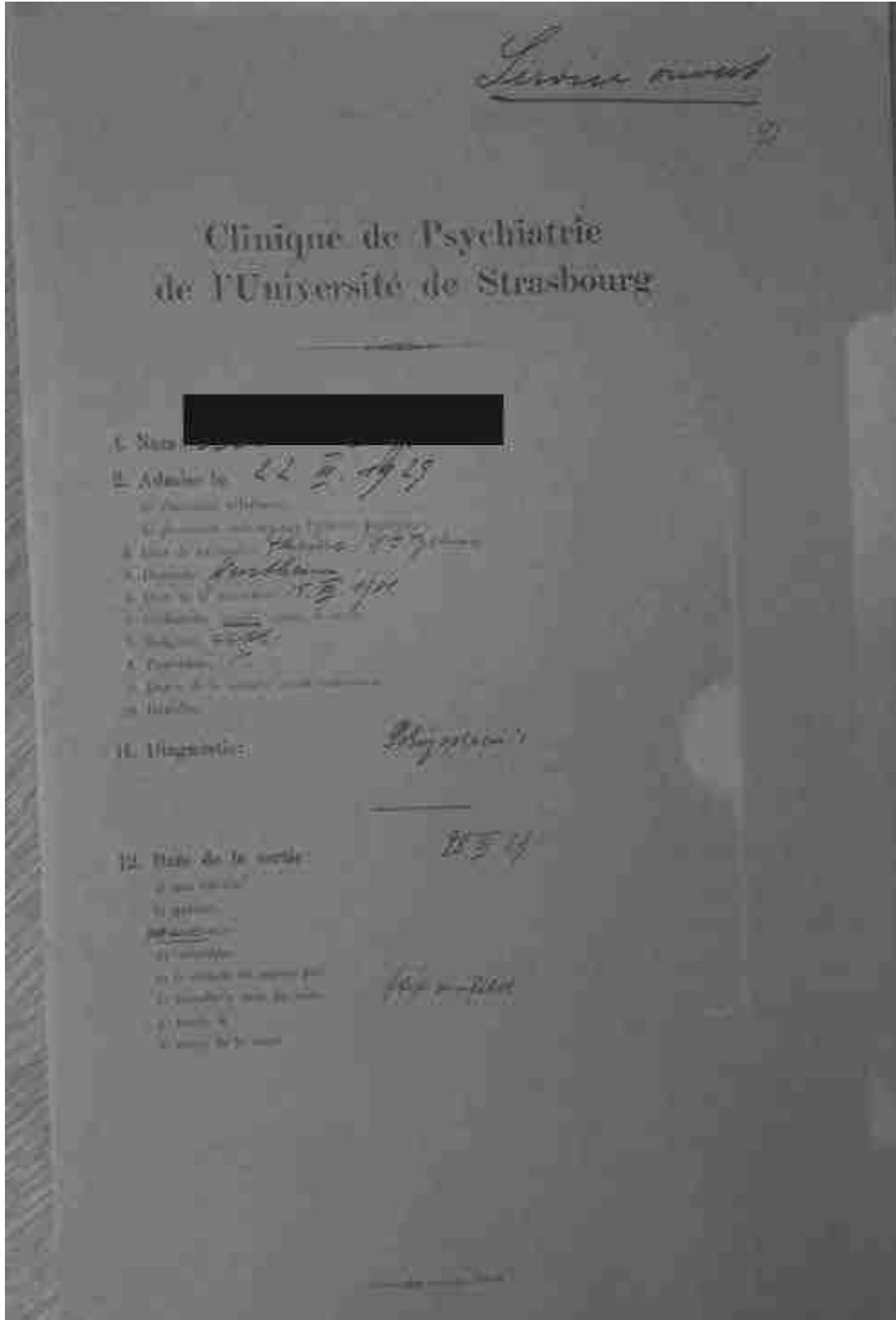
## 6. Bibliographie

1. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Garrabé J. La schizophrénie: un siècle pour comprendre. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 2003. 328 p.
3. Quétel C. Histoire de la folie: de l'Antiquité à nos jours. Paris: Tallandier; 2012. (Texto).
4. Kendler KS, Tsuang MT. Nosology of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. *Schizophr Bull.* 1981;7(4):594-610.
5. Guillemain H. Schizophrènes au XXe siècle: des effets secondaires de l'histoire. Paris: Alma éditeur; 2018. 317 p. (Essai. Histoire).
6. Foucault M, Ewald F, Fontana A. Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France, 1973-1974. Paris: Seuil : Gallimard; 2003. 399 p. (Hautes études).
7. Marcassoli T. Etude des caractéristiques socio-économiques des patients hospitalisés avec un diagnostic de Schizophrénie à la Clinique Psychiatrique Universitaire des Hôpitaux de Strasbourg (1929-1931) [Thèse d'exercice de médecine]. Strasbourg; 2022.
8. Buelzingsloewen I von. Vers un désenclavement de l'histoire de la psychiatrie. *Mouv Soc.* 28 déc 2015;253(4):3-11.
9. Fond d'Archives de la clinique psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Département d'Histoire et de Philosophie des Sciences de la Vie et de la Santé de l'université de Strasbourg.
10. Dossiers médicaux de patients hospitalisés. 1929, 1930 et 1931. Fond d'Archives de la clinique psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Département d'Histoire et de Philosophie des Sciences de la Vie et de la Santé de l'université de Strasbourg.
11. Registres d'admission « maladies mentales hommes » et « maladies mentales femmes ». 1929, 1930 et 1931. Fond d'Archives de la clinique psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Département d'Histoire et de Philosophie des Sciences de la Vie et de la Santé de l'université de Strasbourg.
12. 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 Universitaire des Hôpitaux de Strasbourg (1912-1962). [Thèse d'exercice de médecine]. [Strasbourg]: Strasbourg; 2014.
13. Saly-Giocanti F. Utiliser les statistiques en histoire. Paris: A. Colin; 2005. (Cursus).
14. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3e éd. Paris: A. Colin; 2012. (Collection U).
15. Deshays C. Posture phénoménologique, intérêt en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 12 avr 2019;95(3):197-202.

16. Bleuler E. La schizophrénie [Internet]. Paris : G. Masson; 1926 [cité 18 août 2022]. 27 p. Disponible sur: [http://archive.org/details/BIUSante\\_110817x1926x02](http://archive.org/details/BIUSante_110817x1926x02)
17. Rogues de Fursac J (1872 1941) A du texte. Manuel de psychiatrie / par le Dr J. Rogues de Fursac,... [Internet]. 1903 [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5684289b>
18. Pfersdorff. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg. Hôp Univ Strasbg Pô Psychiatr Santé Ment. 1924;
19. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67-76.
20. Bleuler E, Guttman D former owner, King's College London. Dementia praecox, oder, Gruppe der Schizophrenien [electronic resource] [Internet]. Leipzig : Franz Deuticke; 1911 [cité 19 mars 2023]. 442 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/b21296157>
21. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia [Internet]. Chicago : Chicago Medical Book Co.; 1919 [cité 19 mars 2023]. 366 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/dementiapræcox00kraeia>
22. Pflieger, Géraldine. L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953-1982). [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Strasbourg-Faculté de médecine, Strasbourg.; 2010.
23. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophr Bull.* mai 2011;37(3):471-9.
24. Schneider K. Klinische Psychopathologie. 13., unveränd. Aufl. Stuttgart New York: Thieme; 1987. 117 p.
25. Kendler KS, Mishara A. The Prehistory of Schneider's First-Rank Symptoms: Texts From 1810 to 1932. *Schizophr Bull.* 11 sept 2019;45(5):971-90.
26. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
27. Starkstein SE, Goldar JC, Hodgkiss A. Karl Ludwig Kahlbaum's concept of catatonia. *Hist Psychiatry.* juin 1995;6(22 Pt 2):201-7.
28. Leonhard K, Beckmann H, Leonhard K. Classification of endogenous psychoses and their differential etiology. 2nd, rev.enlarged ed éd. Wien ; New York: Springer; 1999. 1 p.
29. Ey H, Garrabé J. Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques. Le Plessis-Robinson: Synthelabo; 1996. (Les empêcheurs de penser en rond).

7 Annexes

7.1 Annexe 1 Exemple de dossier médical utilisé pour l'analyse thématique



# Clinique de Psychiatrie Strasbourg

Diagnostic: Manie

Noms: [REDACTED]

Age: 45 ans 1977 nationalité: Allemand lieu de naissance: Paris  
 état civil: Marié nombre d'enfants: 2 profession: Ingénieur

adresse: Genève

date de l'admission: 17.3.79

date de la sortie: 18.5.79

motivation:

Mode de paiement: R.C.

Sur la présentation de  
M. le Docteur:

DATE

JOURNAL

Manie

Exacerbation 17 mai 1979 par suite de la jg. (5<sup>ème</sup> semaine)

monomanie et délirant à type paranoïde

à type paranoïde et délirant en thème fixe.

à thème fixe à la h. A. et à la h. S. accablant

par ses délires.

Après 4 jours après, terminant, euphorie.


Malheureusement, malgré 2 cent de vent, tout va bien.

Il est en présentation 1<sup>ère</sup> fois par la présentation avec le thème

de la jg. à la jg. à la jg.

Malgré, malgré, malgré, malgré

DATE	JOURNAL
5-29 <u>Wigalunin</u>	<p>Le matin en marchant, j'ai vu le ciel très lumineux, et bien de petites étoiles. Les étoiles sont très nombreuses dans le ciel, j'ai vu aussi plusieurs constellations.</p> <p>Le soir de la tête, j'ai vu</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>
	<p>un fait? j'ai vu... <u>la nuit</u>... j'ai vu une étoile.</p>

DATE	JOURNAL	
<p>1960</p> 	<p>1960</p> <p>au lieu de copie de travail, voir 2122</p> <p>voir une fois copie</p>	
<p>2122</p> <p>2123</p> <p>2124</p> <p>2125</p>	<p>2122) Pourquoi pas ? voir 2125 en même temps, l'un et l'autre ?</p> <p>2123) la plupart des fois, il y a une ligne de la 2122</p> <p>2124) voir 2125</p> <p>2125) voir 2122</p>	
<p>2126</p> <p>2127</p>	<p>2126) voir 2125</p> <p>2127) voir 2125</p> <p>2128) voir 2125</p> <p>2129) voir 2125</p> <p>2130) voir 2125</p>	

DATE	JOURNAL
	<p><u>Connaissance générale</u></p> <p>France) 2<sup>e</sup> me vue par (dans la grande)</p> <p><u>19<sup>e</sup></u> 2<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>de la France) ... <u>19<sup>e</sup></u> ? 2<sup>e</sup> me vue par de la</p> <p>3<sup>e</sup>) 14. 17<sup>e</sup> me vue</p> <p>4<sup>e</sup> me vue) 18<sup>e</sup> me vue</p> <p>5<sup>e</sup> me vue) = (6<sup>e</sup>)</p> <p>6<sup>e</sup> me vue) ... (parce qu'on l'a vu) <u>19<sup>e</sup></u> 2<sup>e</sup> me vue</p> <p>7<sup>e</sup> me vue) 13. 18<sup>e</sup> me vue</p> <p><u>Observation</u></p> <p>1<sup>er</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>2<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>3<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>4<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p><u>Notes</u></p> <p>1<sup>er</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>2<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p><u>Impression</u></p> <p>1<sup>er</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>2<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>3<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>4<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>5<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>6<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>7<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>8<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>9<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p> <p>10<sup>e</sup> me vue) 19<sup>e</sup> me vue (parce qu'on l'a vu)</p>

# Clinique de Psychiatrie Strasbourg

Diagnostic: \_\_\_\_\_

nom: [REDACTED]

Age: \_\_\_\_\_ religion: \_\_\_\_\_ lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Etat civil: \_\_\_\_\_ nombre d'enfants: \_\_\_\_\_ profession: \_\_\_\_\_

école: \_\_\_\_\_

date de l'admission: \_\_\_\_\_

date de la sortie: \_\_\_\_\_

service: \_\_\_\_\_

Mode de paiement: \_\_\_\_\_

Sur la présentation de  
M. le Docteur: \_\_\_\_\_

DATE

JOURNAL

25. 5. 44

(père) fin silenc.  
 (mère) fin, calme, jeune.  
 (frère) fin de voyage.  
 (sœur) fin silencieuse.  
 (sœur) fin, calme, fin, calme, fin, calme, fin, calme.  
 (sœur) fin, calme, fin, calme.  
 (sœur) fin, calme, fin, calme.

calme, fin, calme, fin, calme, fin, calme, fin, calme.  
 fin, calme, fin, calme, fin, calme, fin, calme.

(sœur) fin, calme, fin, calme, fin, calme, fin, calme.  
 fin, calme, fin, calme, fin, calme, fin, calme.  
 fin, calme, fin, calme, fin, calme, fin, calme.  
 fin, calme, fin, calme, fin, calme, fin, calme.



DATE	JOURNAL
17.5.29	Marché la tête penchée sur l'épave morte, les yeux fermés au soleil, facile. Marché les yeux fermés sur fond noir l'écrit, souvent une écriture, une fois avec un trou d'écrit. Marché avec un l'écrit.
	<p>un peu            Je ne suis pas Je travaille comme un            Je ne suis pas toujours            Je <del>travaille</del> les un travaille Je ne suis            Je ne suis pas affaibli le papier.</p>
<u>Marché</u>	<p>Je ne suis pas de ce genre Je ne suis            Je ne suis pas de ce genre Je ne suis pas            Je ne suis pas de ce genre Je ne suis pas</p>
	<p>Je ne suis pas            28 et 29 jours            +            J'ai un journal à l'école</p>
<u>Marché</u>	<p>Je ne suis pas            Je ne suis pas de ce genre Je ne suis pas            Je ne suis pas de ce genre Je ne suis pas            Je ne suis pas de ce genre Je ne suis pas</p>

DATE	JOURNAL
<u>dimanche</u>	<p>Autrefois au soir :) sur j'ai eu deux, je ne  sais pas pourquoi plus  la je n'ai plus rien fait  J'ai pu beaucoup  Bonne nuit, j'ai vu l'An.</p> <p>Longue nuit blanche :) Plus de sommeil  la de l'An était belle</p>
<u>lundi</u>	<p>A senti mon fils j'ai eu le trou de la  dent, je me suis fait quelques dents de <u>dent</u>.  Tous les dents de dent j'ai remarqué comme une</p>
<u>lundi de la nuit</u>	<p>de sommeil à un peu l'été sur j'ai l'année dernière.  J'ai eu senti à j'ai vu un autre de la dent  surtout j'ai beaucoup fait j'ai eu l'été.  Même :) on, beaucoup de la dent.</p> <p>si j'ai eu deux sur j'ai fait il  je j'ai eu un petit fait j'ai eu  mille. Même si j'ai fait si j'ai  surtout, je m'estimé par la dent.</p>
<u>lundi</u>	<p>on me fait j'ai eu de la dent  par un fait dent. Je me rappelle  la dent tout, fait à dent.</p>



## 7.2 Annexe 2 : Extrait du journal de thématization

- Extrait du début du journal de thématization : dossier ABA S 1929 (annexe 1)

Relevé de thème :

« Nervosité pendant la grossesse », « fausse couche »

- Nervosité
- Fausse couche

« Douleurs à l'estomac »

- Gastralgies

« Agitée, insomnie, céphalées »

- Agitation
- Insomnie
- Céphalées

« Hallucinations visuelles »

- Hallucinations visuelles

« Idées de persécution : pense que les gendarmes viennent la chercher »

- Idées de persécution

« Interprétation : on parle mal d'elle »

- Interprétations

« Hallucinations : voix »

- Hallucinations auditives

« Se raidit en marchant »

- Démarche raide

« Résiste, ne veut pas s'asseoir », « Résiste violemment lorsqu'on veut l'asseoir, puis s'assied volontairement »

- Résistance

« Secousses de la tête, frissons »

- Secousses de la tête
- Frissons

« Froid ? La foi, oui » :

- Associations par assonances
- Désorganisation du discours :
  - *N'avez-vous pas d'enfants ?*  
« ... pas maintenant, je ne sais pas »

- *Etes-vous mariée ? « Je n'ai pas d'alliance... je suis mariée oui »*

« A voix basse »

- Prosodie basse

Orientation spatio-temporelle :

- Désorientation temporelle
- Bonne orientation spatiale

Marche la tête penchée ... raide. Démarche raide ... hésitante. »

- Démarche raide
- Démarche hésitante

« La sainte vierge m'a fait voir », « la sainte vierge était belle »

- Idées délirantes mystiques
- Hallucinations visuelles

« A senti une fois la nuit qu'on la touchait »

- Hallucinations tactiles

« Influence : on me fait quelque chose dans la tête pour me faire dire »

- Syndrome d'influence

« Démarche raide maniérée »

- Maniérisme

« Regard fixé ailleurs quand on lui parle »

- Fixité du regard

« Contractions continuelles des muscles de la face »

- Contractions musculaires

« Ne manifeste aucune espèce d'affectivité. Semble rester étrangère à ce qui se passe autour d'elle. »

- Affectivité indifférente

« Accessibilité variable »

- Accessibilité variable

« Cohérente »

- Discours cohérent

Journal de thématization :

« Froid ? La foi, oui » : Associations par assonances, trop interprété

Désorganisation du discours : trop interprété, nombreux exemples dans le dossier mais sans commentaire médical.

- N'avez-vous pas d'enfants ? « ... pas maintenant, je ne sais pas »
  - Etes-vous mariée ? « Je n'ai pas d'alliance... je suis mariée oui »
- ⇒ Nous avons donc une perte d'information car la thématization ne peut se faire ici sans interprétation, et ne figurera donc pas dans le questionnaire final.

Calcul : on remarque la prise en compte du niveau scolaire (non scolarisée), les commentaires ne sont pas interprétés et ne permettent pas une thématization. De même que pour les exercices d'épellation, de connaissances générales, de tests écholaliques et de test des associations.

La structure du dossier est très claire :

- Recueil anamnestique auprès d'un tiers (mari)
- Description physique
- Questions simples sur la vie de la patiente : repère une désorganisation dans les réponses, teste la mémoire épisodique
- Bilan cognitif : graphie, automatisme (mémoire sémantique), calcul, épellations, connaissances générales, écholalie, orientation,
- Test des associations
- Recherche de symptômes psychotiques : hallucinations, idées délirantes, syndrome d'influence
- Description de la motricité
- Description de l'affectivité

Thèmes retenus :

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| - Accessibilité variable 1              | - Hallucinations visuelles 1        |
| - Affectivité indifférente 1            | - Hallucinations tactiles 1         |
| - Agitation 1                           | - Idées de persécution 1            |
| - Céphalées 1                           | - Insomnie 1                        |
| - Contractions musculaires de la face 1 | - Interprétations 1                 |
| - Idées délirantes mystiques 1          | - Maniérisme 1                      |
| - Démarche hésitante 1                  | - Nervosité 1                       |
| - Démarche raide 1                      | - Orientation spatiale bonne 1      |
| - Discours cohérent 1                   | - Orientation temporelle mauvaise 1 |
| - Fausse couche 1                       | - Prosodie basse 1                  |
| - Fixité du regard 1                    | - Résistance 1                      |
| - Frissons 1                            | - Secousses de la tête 1            |
| - Gastralgies 1                         | - Syndrome d'influence 1            |
| - Hallucinations auditives 1            |                                     |

- Extrait de la fin du journal de thématization : MAR J 1931

Journal de thématization :

Nous avons à présent 3 dossiers pour chaque genre et années, et plus de nouveaux thèmes donc le recueil de thème se termine sur ce dossier.

Nous pouvons terminer leur regroupement en différentes rubriques :

Rubriques	Thèmes bruts	Thèmes finaux
Accessibilité	Accessibilité : oui Accessibilité : variable Accessibilité : difficile / inaccessible	Accessibilité : oui Accessibilité : variable Accessibilité : difficile / inaccessible

Comportement	<p>Autisme</p> <p>Tendance à s'isoler</p> <p>Calme</p> <p>Injures ⇒ Agressivité</p> <p>Agressivité</p> <p>Agressivité : hétéro-agressivité ⇒ Associé à agressivité</p> <p>Agressivité : passage à l'acte hétéro-agressif ⇒ Associé à agressivité</p> <p>Bizarrie</p> <p>Démonstratif</p> <p>Fugue</p> <p>Injures</p> <p>Impolie</p> <p>Familiarité ⇒ Association familiarité / impolitesse</p> <p>Isolement social</p> <p>Négligence ⇒ Supprimé car on ne sait pas vraiment à quoi se refaire l'auteur</p> <p>Non compliance aux soins</p> <p>Résistance ⇒ Association résistance et non compliance aux soins</p> <p>Onanisme</p> <p>Onanisme à un autre malade</p> <p>Trouble du comportement</p> <p>Impolitesse</p> <p>Crise de violence</p> <p>Crise émotionnelle</p> <p>Crise épileptiforme</p> <p>Crise hystérique ⇒ Associations des crises</p>	<p>Autisme</p> <p>Tendance à s'isoler</p> <p>Calme</p> <p>Agressivité / injures</p> <p>Bizarries</p> <p>Démonstrativité</p> <p>Fugues</p> <p>Impolitesse / familiarité</p> <p>Isolement social</p> <p>Résistance / non compliance aux soins</p> <p>Onanisme</p> <p>Trouble du comportement non spécifié</p> <p>Crise de violence / épileptiforme / émotionnelle / hystérique</p>
Affectivité	<p>Affectivité indifférente</p> <p>Affectivité normale</p> <p>Affectivité superficielle</p> <p>Pleurs ⇒ Supprimé car peu retrouvé</p> <p>Peur</p> <p>Sensibilité affective</p> <p>Émotivité ⇒ Association sensibilité affective et émotionnelle</p> <p>Discordance idéo-affective</p> <p>Euphorie</p> <p>Euthymique</p> <p>Humeur variable</p> <p>Niais (Niais dans affectivité car associé à « euphorie niaise » ou « pleurs niais »)</p> <p>Anhédonie</p> <p>Monotone</p> <p>Nervosité</p>	<p>Affectivité indifférente</p> <p>Affectivité normale</p> <p>Affectivité superficielle</p> <p>Peur</p> <p>Sensibilité affective / Émotivité</p> <p>Discordance idéo-affective</p> <p>Euphorie</p> <p>Euthymique</p> <p>Humeur variable</p> <p>Niais</p> <p>Euphorie</p> <p>Euthymique</p> <p>Humeur variable</p> <p>Monotone</p> <p>Nervosité</p>
Antécédents personnels	<p>Antécédent personnel d'accès schizophrénique »</p> <p>Antécédent personnel de « cafard »</p>	<p>Présence d'un antécédent personnel d'hospitalisation en psychiatrie</p>

	<p>⇒ Trop rare et peu spécifique</p> <p>Antécédent personnel d'épisode psychotique</p> <p>Antécédents personnels d'épisode psychotique post partum</p> <p>Antécédent personnel d'hospitalisation en psychiatrie</p> <p>Antécédent personnel d'idées délirantes d'autoaccusation</p> <p>Antécédent personnel d'idées suicidaires</p> <p>Antécédent personnel d'hallucinations auditives</p> <p>⇒ Regroupement de tous les antécédents psychotiques : hallucination, schizophrénie, idées délirantes, post partum</p> <p>Alcoolisme présent</p> <p>Alcoolisme absent</p> <p>Alcoolisme modéré</p> <p>Alcoolisme non spécifié</p> <p>⇒ Regroupé dans antécédent d'alcoolisme</p>	<p>Présence d'un antécédent personnel d'épisode psychotique</p> <p>Présence d'un antécédent personnel d'idées suicidaires</p> <p>Présence d'un antécédent d'alcoolisme</p>
Antécédent psychiatrique familial	Antécédent psychiatrique familial premier degré	Présence d'ATCD psychiatrique familial non spécifié
Antécédent somatique personnel	<p>Antécédent personnel de grippe</p> <p>Antécédent personnel de prématurité</p> <p>Antécédent personnel de convulsions du nourrisson</p> <p>Fausse couche</p> <p>⇒ Regroupement des thèmes en lien avec la périnatalité et la pédiatrie</p>	<p>Présence d'un antécédent personnel de grippe</p> <p>Présence d'un antécédent personnel somatique lors de la périnatalité / pédiatrie</p> <p>Présence d'un antécédent de fausse couche</p>
Evolution des troubles	<p>Evolution des troubles depuis 6 semaines</p> <p>Evolution des troubles depuis deux ans</p> <p>Début des troubles jeune fille</p> <p>Période intercritique asymptomatique</p> <p>⇒ très rarement spécifié dans les dossiers : reprendre l'âge lors de l'admission nous donnera une information claire et accessible pour tous les dossiers</p>	Catégorie remplacée par l'âge lors de l'admission
Examen somatique	<p>Céphalées</p> <p>Diplopie</p> <p>Frissons</p> <p>Gastralgies</p> <p>Grossesse en cours</p> <p>Nystagmus</p> <p>Pupilles : mydriase</p> <p>Pupilles normales</p> <p>ROT normaux</p> <p>Tremblements</p> <p>Vertiges</p> <p>Fatigue</p> <p>Amnésie percritique</p> <p>Trouble de la miction</p> <p>Perte de connaissance</p> <p>Romberg</p>	<p>Céphalées</p> <p>Diplopie</p> <p>Frissons</p> <p>Gastralgies</p> <p>Grossesse en cours</p> <p>Nystagmus</p> <p>Pupilles : mydriase</p> <p>Pupilles normales</p> <p>ROT normaux</p> <p>Tremblements</p> <p>Vertiges</p> <p>Fatigue</p>

	<p>⇒ suppression de ces quatre thèmes car peu retrouvés</p> <p>Sialorrhée : absente Diplopie : absente Dysarthrie : absence</p> <p>⇒ Suppression des thèmes « absence de ... » car peu d'intérêt dans cette rubrique</p> <p>« réaction de BW normale »</p> <p>⇒ Supprimé car examen paraclinique et non clinique</p>	
Délire	<p>Délire : absence</p> <p>Délire : adhésion totale</p> <p>⇒ Concept intéressant mais retrouvé une seule fois, donc supprimé</p> <p>Délire : mécanisme hallucinatoire</p> <p>⇒ Supprimé car malheureusement le mécanisme n'est que très rarement précisé</p> <p>Délire : thème mystique</p> <p>Délire : Idées de damnation</p> <p>Délire : Idées de persécution</p> <p>Délire : Idée délirante non spécifiée</p> <p>Délire : Fausses reconnaissances</p> <p>Délire : Idées délirantes hypocondriaques</p> <p>Délire : Interprétations</p> <p>Délire : Négation d'organe</p> <p>⇒ Associé à idées délirantes hypocondriaques</p> <p>Délire : Syndrome d'influence</p> <p>Délire : vol de la pensée</p> <p>Délire : ne concède pas d'idées délirantes</p> <p>Délire : Auto-accusation</p>	<p>Présence d'idées délirantes mystiques</p> <p>Présence d'idées de persécution</p> <p>Présence de fausses reconnaissances</p> <p>Présence d'idées délirantes hypocondriaques / négation d'organe</p> <p>Présence d'un syndrome d'influence</p> <p>Présence de vol de la pensée</p> <p>Présence d'idées délirantes d'auto-accusation</p> <p>Présence d'interprétations</p> <p>Présence d'idées délirantes non spécifiées</p> <p>Idées délirantes non concédées</p> <p>Absence d'idée délirante</p>
Motricité	<p>Démarche hésitante</p> <p>Démarche raide</p> <p>Démarche raide</p> <p>Agitation</p> <p>Excitation</p> <p>Excitation de la motricité</p> <p>⇒ Association agitation, excitation et excitation de la motricité</p> <p>Lenteur</p> <p>Maniérisme</p> <p>Démarche maniérée</p> <p>⇒ Association maniérisme et démarche maniérée</p> <p>Stéréotypie motrice</p> <p>Stupeur</p> <p>Fixité du regard</p> <p>Grimace</p> <p>Secousses de la tête</p> <p>Contractions musculaires de la face</p> <p>⇒ Association de ces deux éléments qui font penser à des paramimies</p> <p>Echopraxie</p> <p>Coprographie</p> <p>⇒ Supprimés car peu retrouvés</p>	<p>Démarche hésitante</p> <p>Démarche raide</p> <p>Excitation de la motricité</p> <p>Lenteur</p> <p>Maniérisme / Démarche maniérée</p> <p>Stéréotypies motrices</p> <p>Stupeur</p> <p>Fixité du regard</p> <p>Contractions musculaires de la face / secousses de la tête</p> <p>Grimace</p>



Discours et langage	<p>Discours centré sur la guerre  ⇒ Supprimé car trop rare</p> <p>Discours cohérent  Discours incohérent  Réponses à côté  Temps de latence  Bradylogie  Mussitations  Chuchotements  ⇒ Association chuchotement et mussitation  Excitation du langage  Stéréotypies verbales  Echolalie  Prosodie basse  ⇒ Supprimé car peu retrouvé</p>	<p>Discours cohérent  Discours incohérent  Réponses à côté  Temps de latence  Bradylogie  Chuchotements / mussitation  Excitation du langage  Stéréotypies verbales</p>
Hallucinations	<p>Hallucination : absence  Hallucinations : non spécifiée  Hallucinations : auditives  Hallucination non concédée  Hallucinations auditives verbales  ⇒ Inclues dans hallucinations auditives  Hallucinations thermiques  Hallucination visuelle non concédée  ⇒ Inclues dans hallucinations non concédées  Hallucinations visuelles  Hallucinations visuelles : absente  ⇒ Inclues dans absence d'hallucination  Hallucinations visuelles : zoopsies 1  ⇒ Inclues dans hallucinations visuelles  Hallucinations sexuelles  Hallucinations tactiles  Hallucinations motrices  Hallucinations cénesthésiques  ⇒ Regroupement des hallucinations thermiques, tactiles et cénesthésiques  Hallucinations : Attitude hallucinatoire</p>	<p>Présence d'hallucinations non spécifiées  Présence d'une attitude hallucinatoire  Présence d'hallucinations auditives  Présence d'hallucinations visuelles  Présence d'hallucinations sexuelles  Présence d'hallucinations tactiles / cénesthésiques / thermiques  Présence d'hallucinations motrices  Hallucinations non concédées  Absence d'hallucination</p>
Conduites instinctuelles	<p>Hyperphagie  Anorexie  Hypersomnie  Insomnie  Refus alimentaire  ⇒ Rare, supprimé  Rêves  Rêves effrayants  ⇒ Regrouper à rêves</p>	<p>Hyperphagie  Anorexie  Hypersomnie  Insomnie  Rêves</p>
Idées suicidaires	<p>Idées suicidaires : présence  Idées suicidaires : absence  Tentative de suicide par pendaison</p>	<p>Idées suicidaires : présence  Idées suicidaires : absence  Tentative de suicide</p>
Orientation	<p>Orientation spatiale bonne  Orientation spatiale mauvaise  Orientation temporelle approximative  ⇒ Peu intéressant  Orientation temporelle bonne  Orientation temporelle mauvaise</p>	<p>Orienté dans le temps  Non orienté dans le temps  Orienté dans l'espace  Non orienté dans l'espace</p>

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : RAMUZ ..... Prénom : Louise .....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.


A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A. Brunath

le 23/09/2023

 Louise RAMUZ

**RESUME :**

Ce travail de thèse consiste en une étude à la fois qualitative et quantitative visant à déterminer les caractéristiques cliniques associées au diagnostic de Schizophrénie à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Strasbourg au cours de la période 1929-1931. L'étude menée s'est appuyée sur les dossiers médicaux de patients.

Le travail est divisé en trois parties. La première partie décrit la méthode de recherche utilisée : la population de l'étude et son échantillonnage, la collecte des données et l'analyse des données mixtes (qualitatives et quantitatives). La deuxième partie présente les principaux résultats de l'étude, ceux de l'analyse qualitative sous la forme d'arbre thématique et ceux de l'analyse quantitative. Finalement, la troisième partie discute les résultats obtenus au regard de la littérature.

**Rubrique de classement :** Spécialité Psychiatrie

**Mots-clés :** Histoire de la Psychiatrie, Caractéristiques cliniques de la Schizophrénie, Analyse thématique.

**Président :** Professeur Fabrice BERNA

**Assesseurs :** Docteur Julie CLAUSS-KOBAYASHI, Docteur Benoît SCHORR, Docteur Marianna SCARFONE

**Adresse de l'auteur :** Louison RAMUZ, 46 rue division Leclerc 67170 Brumath