L'espace de la polyclinique psychiatrique dans la ville : l'émergence de nouveaux savoirs

The space of psychiatric policlinic: Uncovering clinical signs

Sophie Ledebur

Traducteur : Carole di Frenna, Mathilde Darley et Camille Lancelevée

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/conflits/18712>

DOI : 10.4000/conflits.18712

ISSN : 1777-5345

Éditeur :

CCLS - Centre d'études sur les conflits liberté et sécurité, L'Harmattan

Édition imprimée

Date de publication : 15 octobre 2013

Pagination : 39-58

ISBN : 978-2-343-01909-3

ISSN : 1157-996X

Référence électronique

Sophie Ledebur, « L'espace de la polyclinique psychiatrique dans la ville : l'émergence de nouveaux savoirs », *Cultures & Conflits* [En ligne], 90 | été 2013, mis en ligne le 15 octobre 2014, consulté le 30 mars 2021. URL : <http://journals.openedition.org/conflits/18712> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/conflits.18712>

L'espace de la polyclinique psychiatrique dans la ville : l'émergence de nouveaux savoirs ¹

Sophie LEDEBUR

Sophie Ledebur est assistante de recherche depuis 2009 sur le projet DFG « Cultures de la folie. Phénomènes de seuil à l'époque moderne urbaine (1870-1930) ». Elle a été membre du collège doctoral « Les sciences naturelles dans leur contexte historique » à Vienne (2006-2009) ainsi que boursière de l'Institut Max Planck pour l'histoire des sciences à Berlin. Sa thèse de doctorat, soutenue en 2012 à l'Université de Vienne, portait le titre : « Le savoir de la psychiatrie asilaire à l'époque moderne : Histoire de l'institution de soins "Am Steinhof" ».

La psychiatrie hospitalière est, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, un lieu hermétiquement clos, coupé de son environnement. Cet isolement, alors source de critiques envers cette discipline médicale récente, marque pourtant le début d'une évolution complexe de la psychiatrie entre ouverture et fermeture, évolution au sein de laquelle la question spatiale se constitue en enjeu crucial. La *psychiatrie institutionnelle moderne*, qui souhaite combattre les préjugés circulant au sein de la population et promouvoir un traitement plus libéral, s'appuie ainsi en grande partie sur les effets de pouvoir liés à son architecture ². Ce constat vaut aussi pour les hôpitaux dédiés à l'enseignement et la recherche : au tournant du XX^e siècle, certains se prononcent en faveur d'un déplacement de la *Psychiatrische und Nervenlinik* ³ hors de l'enceinte de l'Hôpital de la

1. Traduction de Carole di Frenna, Mathilde Darley et Camille Lancelevée.

2. En utilisant le terme de psychiatrie institutionnelle moderne (en allemand « *moderne Anstaltspsychiatrie* »), je fais référence à la terminologie de l'époque. Sur ce point, consulter : Fangerau H., Nolte K. (eds.), « "Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik » (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26), Stuttgart, Steiner, 2006 ; Ledebur S., *Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien*, Thèse de doctorat, Université de Vienne, 2012, à paraître. Le présent article a été écrit dans le cadre du projet de la DFG intitulé « Kulturen des Wahnsinns. Schwellenphänomene der urbanen Moderne ».

3. Ce terme désigne une clinique spécialisée dans la prise en charge des malades souffrant de troubles psychiques et de maladies des nerfs. Nous conserverons le terme allemand, puisqu'il s'agit ici d'une unité de soins propre à l'Hôpital de la Charité à Berlin [ndt].

Charité à Berlin ⁴, afin de ne pas compromettre la bonne réputation de ce dernier. Dès la fin du XIX^e siècle, la création de nombreuses polycliniques prenant en charge gratuitement les personnes souffrant de maladies psychiques marque pourtant une étape essentielle dans l'ouverture des institutions traditionnelles de soins psychiatriques. En prenant le contre-pied des critiques adressées à la psychiatrie, les nouvelles institutions proposant une prise en charge ambulatoire ne doivent pas seulement s'efforcer de mettre fin aux multiples ressentiments nourris envers la psychiatrie, mais aussi renforcer l'engagement socio-psychiatrique de cette discipline tout en orientant « les cas intéressants » vers les services psychiatriques hospitaliers ⁵.

Mais s'agit-il alors réellement d'inclure, de façon ciblée, ce que la terminologie de l'époque désigne par « matériel humain » (*Patientenmaterial*) ? Ou, au contraire, l'institution des polycliniques psychiatriques met-elle plutôt en évidence un processus complexe révélant la contingence spatiale du savoir, processus marqué par des mécanismes tant d'ouverture que de fermeture ? Le premier établissement allemand de ce type, la *Psychiatrische und Nervenlinik* de la Charité, créée à Berlin en 1871, occupe une position particulière dans la mesure où elle existe bien avant que n'émerge le « premier mouvement antipsychiatrique » ⁶, désignation communément donnée à la vague de critiques adressées à la psychiatrie à la fin du XIX^e siècle. Observer l'établissement de la polyclinique de Berlin permet donc de s'intéresser précisément aux moments qui ont donné naissance à cet espace inédit, en interaction avec l'environnement urbain dans lequel il est situé. Cela nous conduit notamment à questionner les effets des évolutions, manifestement contraires, d'ouverture et de fermeture sur l'attention portée aux signes pathologiques.

La polyclinique, entre l'hôpital et la ville

La *Psychiatrische und Nervenlinik* de Berlin, créée sous la direction de Carl Westphal, est le premier établissement de la Charité à proposer une prise en charge ambulatoire ⁷. Ouverte deux fois par semaine (trois fois à partir de

-
4. Schaper H., « Über die Grundsätze für die Neubauten von Krankenhäusern mit Rücksicht auf einen Neubau der Charité », *Berliner Klinische Wochenschrift*, vol. 30, 1893, pp. 1201-1207 (p. 1206).
 5. Engstrom E., « Sozialpsychiatrische Prophylaxe : Zu poliklinischen Einrichtungen in der Universitätspsychiatrie des Kaiserreichs », in Schalenberg M., Walther P. (eds.), ... *immer im Forschen bleiben*, Stuttgart, Steiner, 2004, pp. 213-236.
 6. En partant de la topographie, je me concentre, dans le présent article, sur les aspects épistémiques et performatifs qui constituent l'espace de la polyclinique. Ce texte est la version revue et abrégée de l'article co-écrit avec V. Hess, « Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als Schwellenphänomen einer urbanen Moderne », in Hess V., Schmiedebach H.-P. (eds.), *Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne*, Vienne, Cologne, Weimar, Böhlau, 2012, pp. 19-55.
 7. Mehlhausen G., « Erinnerungsblätter zum 25 jährigen Jubiläum des Verwaltungsdirektors des Charité-Krankenhauses Bernhard Spinola's », *Charité-Annalen*, vol. 23, 1898, pp. 1-42 (p. 31). Carl Westphal (1833-1890) a été directeur de la *Psychiatrische und Nervenlinik* de 1868 à sa mort.

1890) aux patients issus tant de la neurologie que de la psychiatrie ⁸, elle constitue une sorte de lien idéal entre ces deux disciplines, dont les rapprochements n'avaient jusqu'alors pas encore trouvé de matérialisation spatiale. A la fin du XIX^e siècle, elle se trouve dans le complexe de la *Alte Charité* (Ancienne Charité), qui abrite également le service de psychiatrie ⁹. Elle est ainsi rattachée, d'un point de vue organisationnel, aux deux services de neurologie et de psychiatrie. Bien que ce rattachement ne se trouve pas directement matérialisé dans l'espace, le fonctionnement de la polyclinique repose néanmoins déjà sur la superposition de deux domaines qui, auparavant, s'excluaient l'un l'autre.

Il serait cependant erroné de voir dans la *Psychiatrische und Nervenclinik* une institution pensée comme un sas entre l'hôpital psychiatrique et la ville. Cette spécificité n'émerge au contraire que progressivement, en lien avec différents aspects de l'institution. La polyclinique est alors une structure indispensable pour les cliniciens, auxquels elle permet de drainer les patients dont ils ont besoin pour mener à bien leurs activités d'enseignement et de recherche ¹⁰. La gratuité des soins dispensés est l'un des aspects essentiels contribuant à l'institution de cet établissement proposant une prise en charge ambulatoire ¹¹. Par ailleurs, cette disposition laisse également aux cliniciens une marge d'autonomie sur le plan administratif qui leur permet de ne pas appliquer la réglementation stricte encadrant les internements en hôpital psychiatrique. La répartition des patients nouvellement admis est en outre organisée certes de manière centralisée, mais à tour de rôle par chacune des deux cliniques : il est ainsi possible aux cliniciens de convoquer une nouvelle fois à la Charité, un jour spécialement réservé aux admissions de la *Psychiatrische und Nervenclinik*, un *cas intéressant* dans le cadre des études menées au sein de la polyclinique ¹². À côté de ces nouvelles formes d'accès qui simplifient grandement les consultations à la polyclinique, il convient avant tout de souligner que les malades peuvent désormais prendre eux-mêmes l'initiative de rechercher une expertise professionnelle. On espère alors que ces changements permettront notamment d'attirer des malades issus de couches sociales plus favorisées, lesquels – pense-t-on – seront davantage en mesure de donner une description appropriée de leurs symptômes ¹³.

8. Laehr M., « Statistische Mittheilungen aus der Poliklinik für Nervenkrankte der Königl. Charité », *Charité-Annalen*, vol. 21, 1896, pp. 783-789 (p. 784).

9. Laehr H., Lewald M., *Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes am 1. Januar 1898*, Berlin, Reimer, 1899 (p. 26). La Polyclinique pour les maladies des nerfs n'est ensuite plus du tout évoquée dans ces volumes, publiés pendant une période relativement longue. On ne trouve d'ordinaire pratiquement aucune source témoignant des premières années d'existence de la polyclinique, si ce n'est son système de notes propre (cf. *infra*). Indirectement, cela met en évidence la progressivité de son implantation, voire la précarité du statut qui était le sien.

10. Alexander S., « Die Entwicklung der Polikliniken. Unter Berücksichtigung der Berliner Verhältnisse », *Berliner Klinische Wochenschrift*, vol. 45, 1908, pp. 82-84. (p. 83).

11. Par ailleurs, la Charité prend également en charge les coûts des médicaments pour les malades les plus démunis. Cf. Laehr M., *op. cit.*, p. 783.

12. Engstrom E., *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, Ithaca, Londres, Cornell Univ. Press, 2003, p. 116.

Illustration n°1. Plan de la *Psychiatrie und Nervenlinik* de la Charité, 1905.

La polyclinique se trouvait dans l'aile ouest du premier corps de bâtiment.

Ce n'est qu'en 1904, avec la construction des nouveaux bâtiments aux abords de la Charité, que sont réunis sous un même toit le service de consultation de la polyclinique et les salles destinées aux présentations cliniques d'une part, et les services de psychiatrie et de neurologie d'autre part. Il faut considérer les travaux de transformation et les nouvelles constructions dans le contexte d'une évolution importante du positionnement géographique de la Charité dans son environnement urbain au cours des décennies précédentes.

13. Griesinger W., « Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 1, n°69, 1868, pp. 8-23. (p. 13). Voir également : Westphal C., *Psychiatrie und psychiatrischer Unterricht*, Discours prononcé lors de la cérémonie en l'honneur du jour de la création des établissements de formation de médecin militaire le 2 août 1880 (Berlin, 1880, p. 25).

La ville, en pleine croissance, embrasse désormais le complexe hospitalier, situé à l'origine à la lisière de Berlin. La transformation urbaine est intégrée dans un but bien précis lors de « la grande reconstruction »¹⁴ (1897-1917) et l'axe de la *Psychiatrische und Nervenklīnik* ajusté de telle manière à ce qu'on puisse l'atteindre tout aussi aisément depuis la périphérie et les centres urbains. La nouvelle disposition doit réguler le « trafic », c'est-à-dire les afflux importants de personnes « avec le concours des policliniques et cliniques voisines »¹⁵. Toutes les portes de l'institution psychiatrique restent encerclées par des murs élevés, seule la porte d'entrée principale est ouverte et demeure sous la haute surveillance d'un gardien. La porte de la policlinique, laissée libre de murs, permet cependant un accès rapide et aisé, sans qu'il soit nécessaire de traverser l'ensemble du complexe de la Charité¹⁶. La policlinique, située au rez-de-chaussée de l'aile ouest de la *Psychiatrische und Nervenklīnik* (illustration n°1), applique en effet une logique consistant à faciliter autant que possible l'accès au public se déplaçant à pied, tout en tenant ces flux de patients à l'écart de ce qui se passe entre les murs de l'hôpital¹⁷. Les circulations de l'intérieur et de l'extérieur s'en trouvent soumises à deux formes de régulation. Certes, un nouvel accès a été créé, ouvrant une brèche dans les murs traditionnellement infranchissables de l'institution hospitalière. Cet espace, ouvert à la fois aux hommes et aux femmes, doit cependant être séparé des services hospitaliers, qui mettent en œuvre une stricte sélection et répartition des patients, suivant leur sexe, de part et d'autre de l'axe de symétrie de l'hôpital. À la frontière distinguant jusqu'alors clairement, aux yeux des personnes extérieures, l'espace public de l'espace de l'hôpital succède donc une reconfiguration spatiale au sein des nouveaux locaux. L'emplacement de la policlinique permet de rejoindre les institutions thérapeutiques situées au sous-sol et les laboratoires qui se trouvent dans l'aile est, ainsi que d'accompagner les patients bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire dans les salles de cours situées au premier étage en prenant l'escalier, sans passer par les salles dédiées aux malades. Par ailleurs, les obstacles aux nouvelles avancées thérapeutiques s'aplanissent. L'électrothérapie constitue ainsi une « part essentielle »¹⁸ de l'activité de la policlinique dès sa création. Les « salles de bains pour les bains de vapeur, de sable et d'acide carbonique, ainsi que pour les bains électriques et les bains de lumière »¹⁹, aménagées au rez-de-chaussée du nouveau bâtiment, élargissent

14. À l'origine, les bâtiments de la Charité ont été construits au XVIII^e, puis développés au XIX^e siècle. De 1897 à 1917, les bâtiments de la faculté de médecine ont été reconstruits [ndt].

15. Schaper H., « Die Neugestaltung des Charité-Krankenhauses zu Berlin », *Charité-Annalen*, vol. 22, 1897, pp. 11-28. (p. 23).

16. Les plans des hôpitaux avant et après les travaux de transformation prévus peuvent être consultés dans : *ibid.*, p. 20 sqq.

17. L'objectif est d'empêcher les patients se rendant en consultation à la policlinique d'avoir vue sur le jardin avoisinant « réservé aux malades mentaux calmes ». Pendant le projet de construction, il est question de renoncer entièrement à l'installation de fenêtres, ou de prévoir uniquement des fenêtres en verre mat. In: UAHUB, Charité-Direktion 1849, courrier du 15 juin 1897.

18. Westphal C., « Nerven-Klinik », *Charité-Annalen*, vol. 1, 1874, pp. 420-452 (p. 420).

19. UAHUB, Charité-Direktion 53, p. 14.

également considérablement l'offre de soins à l'attention des malades bénéficiant d'un traitement ambulatoire.

Du point de vue de l'organisation des espaces de soin, mais aussi d'un point de vue fonctionnel et organisationnel, la polyclinique est intégrée à la *Psychiatrische und Nervenlinik*. Cependant, elle demeure hors de l'ordre disciplinaire de celle-ci. Elle constitue l'un des éléments de l'espace intérieur de la clinique tout en représentant, par son entrée latérale, la prolongation d'une artère urbaine et, plus largement, un lien avec la ville désormais étendue ²⁰. Depuis l'ouverture de la polyclinique en 1871, l'augmentation rapide du nombre de patients témoigne avec force de la nécessité tout comme de l'acceptation de la nouvelle institution dans la métropole en pleine expansion (cf. tableau 1). Le nombre de malades suivant un traitement ambulatoire, à nouveau en hausse sensible au tournant du ^{xx}e siècle, est le résultat tant de la recherche, par la polyclinique, de nouveaux cas cliniques que des besoins croissants d'une patientèle urbaine en quête de suivi ambulatoire. Ainsi, à partir de 1907, la polyclinique propose, sur la requête de Theodor Ziehens, directeur de la *Psychiatrische und Nervenlinik* de 1905 à 1912, des consultations dispensées par des médecins spécialistes tous les jours ouvrables ²¹. Comme en témoigne la forte augmentation du nombre de visiteurs à la polyclinique, cette nouveauté répond à la fois aux besoins de la population et à ceux de la recherche et de l'enseignement, dont les représentants estiment « qu'il faut remédier à l'écrasante monotonie du matériel d'admission à l'hôpital » ²². Les données quantitatives ne mettent cependant pas uniquement au jour la hausse du nombre de consultations, mais également l'évolution du ratio entre patients recevant un traitement ambulatoire et patients hospitalisés : dès l'ouverture des nouveaux bâtiments, les malades venus pour une simple consultation sont beaucoup plus souvent directement transférés dans les services psychiatrique ou neurologique.

20. La *Psychiatrische und Nervenlinik* est située Charitéstraße, tout comme les polycliniques pour la gynécologie et la médecine interne. Les patients pénètrent dans le complexe hospitalier par l'entrée nord ou sud, qui est sous la surveillance d'un gardien, et arrivent aux polycliniques en suivant un chemin bordé d'une clôture. Voir : Sarrazin O., Hefsfeld O., « Die Neubauten der Königlichen Charité in Berlin », *Centralblatt der Bauverwaltung*, vol. 17, 1897, pp. 205-208 (p. 207).

21. UAHUB, Charité-Direktion 911, p. 120. Autorisation de la demande par le « Ministre des affaires relevant de la religion, de l'enseignement et de la médecine » du 4 avril 1907.

22. UAHUB, Charité-Direktion 911, p. 120. Courrier du directeur de la Clinique daté du 27 juin 1912.

Année	Polyclinique	Service de neurologie	Service psychiatrique	Service de neurologie et service psychiatrique, chiffre total	Rapport entre les admissions ambulatoires et les internements
1879/80	165	131	852	983	0,1
1884/85	843	169	1 925	2 121	0,4
1889/90	811	248	2 310	2 558	0,3
1894/95	751	213	2 334	2 547	0,3
1900	1 049	259	1 875	2 134	0,5
1905	2 684	478	1 753	2 231	1,2
1910	5 814	464	1 690	2 154	2,7
1912	6 471	501	1 408	1 909	3,4

Tableau 1. Éléments statistiques concernant les malades suivant un traitement ambulatoire à la polyclinique et les malades internés.

Ces statistiques sont issues des bilans d'activité des Annales de la Charité

Un nouvel espace de production du savoir

La métaphore d'un « espace de transit » régulant l'admission des patients uniquement en fonction des besoins cliniques ne satisfait que partiellement à la réalité concrète du quotidien au sein de la polyclinique. C'est ce que l'on peut constater en observant tout particulièrement les pratiques mises en œuvre par cette institution dans les premières années de son existence. Ce nouveau lieu institutionnalisé, entre prise en charge ambulatoire et hospitalière, voit émerger un nouveau champ de connaissances singulièrement influent à partir des années 1870, répondant à la fois aux problèmes spécifiques au contexte urbain et aux intérêts de la *Psychiatrische und*

Nervenlinik. La principale différence avec les internements en hôpital ne réside alors plus, depuis longtemps déjà, dans le fait que les médecins peuvent examiner les malades seulement sur une courte période. Nombre de maux traités à la polyclinique ont été jusqu'alors soignés en priorité par le médecin de famille ou encore dans le cadre de l'aide médicale publique accordée aux plus démunis. Désormais, les médecins sont confrontés à des pathologies qui n'avaient encore jamais été observées dans les hôpitaux, ou uniquement après qu'elles avaient atteint un stade très avancé.

Le système de suivi documenté mis en œuvre au sein de la polyclinique renseigne quant aux pratiques quotidiennes de traitement des patients mais aussi de production des savoirs ²³. Contrairement au suivi documenté propre aux internements, celui se rapportant aux malades bénéficiant d'une prise en charge ambulatoire est effectué chronologiquement et consigné dans des dossiers archivés en plusieurs volumes. Dans ces dossiers, pour chaque patient, la page de gauche est réservée aux informations personnelles concernant le patient, comme l'adresse, la profession et le premier diagnostic, tandis que la page de droite est destinée à accueillir les remarques relatives à l'évolution de la maladie, à la symptomatologie et au traitement administré. Les médecins ne s'en tiennent cependant pas strictement à cette répartition. Ainsi, l'emplacement réservé aux remarques est parfois laissé vide et les annotations débordent couramment les limites des cases où elles doivent être consignées. Dans certains cas, la page entière est noircie à l'encre, laissant supposer que son auteur nourrit un intérêt particulier pour la pathologie en question. Souvent, les médecins insèrent ou collent les formulaires remplis par leurs confrères pour adresser les patients à la polyclinique, ou encore les résultats d'ophtalmoscopies ou d'analyses médicales. De temps à autre, les observations pathologiques peuvent être précisées à l'aide d'un petit croquis dessiné par le médecin. Ces suivis documentés s'interrompent soudainement lorsque les malades quittent la polyclinique pour être directement transférés dans le service de neurologie ou de psychiatrie voisin. L'indication du numéro de l'admission hospitalière est la seule information fournie sur le parcours de soins du malade. Par ailleurs, en cas de consultations répétées à la polyclinique, l'ordre chronologique du suivi documenté n'est plus respecté : le médecin inscrit alors simplement ses observations à la suite des compte-rendu de consultations précédentes, non sans avoir ajouté une brève indication de date ²⁴. Les malades déjà examinés et dont les visites ne sont plus motivées que par l'administration d'un traitement ambulatoire ne sont pas enregistrés dans les dossiers ²⁵.

23. Les dossiers archivés en volumes de la polyclinique (notés ci-après BA NPK) datés de 1876 à 1904 sont conservés en grande partie. Voir les archives historiques de la psychiatrie de la Charité (notées ci-après HPAC).

24. À partir de 1902, les dossiers concernant les hommes et les femmes sont tenus séparément. Le système de notes de la polyclinique s'enrichit en 1905 avec l'institution de « journaux de bord » concernant les malades. Ces derniers sont tenus pour chaque patient, comme dans les services hospitaliers. À quelques exceptions près, ces journaux n'ont pas été conservés et

Le suivi documenté prend donc des formes à maints égards moins rigoureuses que la gestion formalisée appliquée aux dossiers médicaux en milieu hospitalier. En consultant les observations consignées dans ces registres, l'on ne peut d'abord manquer de constater qu'elles ont été couchées sur le papier en grande hâte, ce qui n'est guère surprenant au regard du nombre important de consultations tenues à la polyclinique. La plupart du temps, les informations relatives à l'anamnèse ont été formulées par des phrases incomplètes et les résultats d'examen notés sous forme de mots-clés ou d'abréviations cryptiques. Cela montre également que ces notes sont destinées uniquement au cercle restreint de médecins qui exercent à la polyclinique : elles ne contiennent que des informations pertinentes sur le plan médical. Alors que les dossiers médicaux des patients internés sont tenus avec une précision extrême, soit pour permettre de calculer les coûts du séjour hospitalier, soit parce qu'ils peuvent être utiles pour fournir des attestations de soins ou établir des expertises légales, les suivis documentés tenus à la polyclinique évoquent plutôt un journal intime sur les pratiques mises en œuvre, uniquement lu et utilisé par son auteur. Les notes écrites à la hâte sont difficiles à déchiffrer et le recours à de nombreux mots-clés et abréviations donne l'impression que leurs auteurs, les médecins-assistants, n'ont pas eu à envisager un seul instant que des personnes externes à l'établissement puissent consulter ces dossiers un jour. Enfin, ces notes présentent également une fiabilité relative quant au diagnostic. La consultation à la polyclinique est brève et, pendant ce temps très court, les médecins n'ont d'autre choix que celui de faire confiance aux informations et descriptions subjectives fournies par leurs patients. Ces derniers ne s'attachent souvent qu'aux symptômes les plus manifestes, lesquels ne permettent pas nécessairement d'élaborer un diagnostic précis ²⁶.

Comparé aux procédures formalisées de constitution de dossiers appliquées en milieu hospitalier, le suivi documenté de la polyclinique semble donc très hétérogène et beaucoup moins détaillé. Pour la recherche historico-scientifique qui s'appuie sur le matériel empirique, la différence essentielle réside en premier lieu dans le fait que les notes consignées dans les registres de la polyclinique témoignent beaucoup plus de l'intérêt personnel de leurs auteurs

montrent que les nouvelles formes de suivi documenté étaient plus détaillées, comme les rapports sur les pathologies conservés dans les Annales de la Charité. Voir : Borchardt L., « Statistisches und Kasuistisches aus der Nervenpoliklinik (Frauenabteilung) », *Charité-Annalen*, vol. 37, 1913 pp. 134-143 (p. 140 sqq).

25. De la même manière, seules les nouvelles admissions sont prises en compte dans le cadre de la saisie des données statistiques concernant la fréquence des patients. En 1912, on s'efforce, contrairement à cette méthode, d'enregistrer le nombre total de femmes qui viennent en consultation à la polyclinique. Pendant les deux heures où elle était ouverte, 40 patientes en moyenne viennent en consultation ou s'y faire soigner. Voir : Borchardt L., « Statistisches und Kasuistisches aus der Nervenpoliklinik (Frauenabteilung) », *op. cit.*, p. 134 sqq.
26. Au sujet du manque de temps et du problème d'identification des symptômes aux stades précoces des maladies, consulter : Borchardt L., « Statistisches und Kasuistisches aus der Nervenpoliklinik (Frauenabteilung) », *op. cit.*, p. 135. En consultant les registres dans lesquels les diagnostics sont consignés, on constate que, selon les périodes, les diagnostics sont plus ou moins souvent consignés, parfois pas du tout.

pour les pathologies étudiées que de réelles pratiques de suivi documenté telles qu'elles ont alors cours dans les salles dédiées aux malades. Le fait que les notes aient été retravaillées pour pouvoir, plus tard, être utilisées par la recherche, met particulièrement en évidence ce tout dernier aspect. Les archives des dossiers témoignent notamment de la façon dont Carl Westphal, le directeur de la *Psychiatrische und Nervenlinik* ayant présidé à son ouverture, a exploité ces notes dans le cadre de ses propres recherches. On observe une forte corrélation entre les innombrables passages qu'il a soulignés, mis en relief, et ses publications parues immédiatement après l'ouverture de la polyclinique ²⁷. Deux de ses domaines de spécialisation, qui ont été d'une importance capitale au cours des deux décennies suivantes, sont, de ce fait, très étroitement liés aux toutes nouvelles possibilités offertes par la polyclinique en tant qu'espace de production du savoir.

Les premières publications de Westphal sur les obsessions paraissent en 1872 ²⁸. Son article sur l'agoraphobie, présentée comme une peur écrasante des vastes espaces et des rues, est considéré aujourd'hui encore comme la description de référence de cette pathologie ²⁹. Westphal s'inspire des descriptions d'un « état psychopathique méconnu » présentées par Wilhelm Griesinger, lequel ne pouvait ou ne souhaitait toutefois pas établir de diagnostic plus précis à partir de ses propres observations ³⁰, sans doute en raison du fait que les trois cas étudiés étaient ceux de patients suivis dans son cabinet privé et non à la Charité. Griesinger était tout à fait conscient du statut particulier de telles observations, rendues possibles par l'aptitude à l'introspection des patients : c'étaient les patients eux-mêmes qui avaient attiré l'attention de leur psychiatre sur la particularité de leurs symptômes. L'agoraphobie était donc une pathologie relevant du cabinet du médecin libéral, et ce à double titre : elle était à la fois trop marginale pour justifier d'une admission hospitalière et trop difficile à diagnostiquer, pour les médecins, sans l'intervention du patient. L'aptitude à pratiquer l'introspection, autrement dit la capacité à exprimer en termes suffisamment précis son expérience de la maladie, joue ainsi un rôle décisif dans l'identification de la pathologie, de ses caractéristiques et, en fin de compte, de la définition même de l'agoraphobie. La première description qu'en fait Westphal, celle de « la peur des espaces publics », s'appuie sur

-
27. Hermann Oppenheim procède de façon similaire lorsqu'il identifie les symptômes de la névrose traumatique. Voir Hess V., Mendelsohn A., « Case and series. Medical knowledge and paper technology, 1600-1900 », *History of Science*, vol. 48, 2010, pp. 287-314 (pp. 300-304).
 28. Westphal C., « Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 3, 1872, pp. 138-161.
 29. Kohl F., Holdorff B., « Carl Westphal (1833-1890) », in Hippus H., Holdorff B., Schliack H. (eds.), *Nervenärzte: Biographien*, Vol. 2, Stuttgart, Thieme, 2006, pp. 197-211 (p. 202 sqq).
 30. Griesinger W., « Über einen weniger bekannten psychopathischen Zustand », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 1, 1868-1869, pp. 626-635. La publication fait référence à une conférence tenue à la *Medicinisches-Psychologische Gesellschaft* de Berlin, où Griesinger a présenté une série de réflexions qui, à sa demande expresse, ont été interdites de publication. *Ibid.* p. 635.

l'étude de trois cas, l'un d'entre eux lui ayant été adressé par un confrère. Westphal fait probablement connaissance des deux autres patients à son cabinet médical ³¹, comme cela avait été le cas de Griesinger. Ces trois patients ont un point commun : ils ne se considèrent pas comme des malades mentaux, mais savent pertinemment qu'ils souffrent d'un trouble nuisant considérablement à la qualité de leur quotidien ³².

Les dossiers de la polyclinique, répartis en différents volumes, témoignent du travail de Westphal sur la définition de la maladie. Dans les notes présentées de façon chronologique, les nombreux passages traitant de différents maux et symptômes de phobie ont pour la plupart été soulignés en couleur. Lorsque le diagnostic d'agoraphobie – entre-temps devenu fréquent – est posé lors de la consultation, Westphal l'a souligné d'un trait de crayon épais en reprenant les registres pour ses travaux de recherche ³³. On retrouve d'ailleurs ces observations soulignées dans sa deuxième publication sur l'agoraphobie. Dans la lignée de Griesinger, Westphal y insiste sur le fait que ce trouble psychique est certes fréquent, mais ne conduit que rarement à un internement. Il en conclut que l'agoraphobie n'est pas liée à une symptomatologie nouvelle, mais que ce phénomène concerne principalement « les patients traités en cabinet médical dans les villes assez importantes » ³⁴. Dans les registres de suivi de la polyclinique, l'agoraphobie est au contraire décrite comme un trouble directement lié au développement des grandes villes, un sentiment d'insécurité ressenti « dans les rues animées et les espaces publics », et même un état dans lequel le patient n'essaie « même plus de se déplacer dans un espace public » ³⁵.

Les passages mis en évidence dans les dossiers témoignent d'un effet de réciprocité entre le dispositif spatial et la consolidation épistémique. Suite à la première publication de Westphal, des cas analogues sont étudiés de façon plus approfondie et font l'objet de suivis documentés visiblement plus détaillés ³⁶. Tout symptôme de peur est alors décrit de manière très précise. Les deux symptômes que le directeur de la *Psychiatrische und Nervenclinik* a, dans sa publication, mis en évidence comme caractéristiques de l'agoraphobie, à savoir le début abrupt de la maladie et l'identification d'états vertigineux,

31. Westphal a observé deux malades de façon superficielle, le troisième lui a transmis des rapports médicaux à maintes reprises. Aujourd'hui, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que Westphal ait connu des cas similaires à la polyclinique car le premier volume, regroupant les dossiers des années 1871 à 1875, n'est pas archivé.

32. Westphal, « Die Agoraphobie », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 3, 1872, pp.138-161 (p. 138 sqq).

33. BA NPK (1876-1880).

34. Carl Westphal, « Über Zwangsvorstellungen », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 8, 1878, pp. 734-749 (p. 734 sqq).

35. BA NPK (1876-1880), n°122 (cette note a été inscrite en octobre 1876).

36. En ce qui concerne l'effort épistémique indissociable, c'est-à-dire les efforts d'écriture, de saisie, de production et de publication entendus comme des éléments indissociables lorsqu'ils tendent vers la production de savoir, voir : Hoffmann C., « Schreiben als Verfahren der Forschung », in Gamper M. (ed.), *Experiment und Literatur. Themen, Methoden und Theorien*, Göttingen, Wallstein, 2010, pp. 181-207.

font l'objet de descriptions précises et minutieuses³⁷. Westphal corrige d'ailleurs ultérieurement certaines des notes consignées dans les dossiers : ainsi, un diagnostic de « mélancolie » apparaît rayé d'un trait de stylo bleu et remplacé par « manie de ressasser », sans que le détail de la symptomatologie s'en trouve modifié. Ce faisant, Westphal parvient à isoler les signes cliniques propres à l'agoraphobie de ceux relevant de l'hystérie et de la mélancolie³⁸.

Avec la création de la polyclinique, la psychiatrie institutionnalisée commence donc à s'intéresser à des signes cliniques jusqu'alors inconnus ou ignorés en raison du peu d'importance qui leur était attribuée sur le plan médical. Parallèlement, la puissance interprétative de la psychiatrie et sa portée effective pénètrent la population urbaine. En 1877, Westphal publie dans les *Archives de la psychiatrie et des maladies des nerfs* la lettre qu'un patient lui a adressée car il pense avoir reconnu dans la description de l'agoraphobie le mal dont il souffre, bien qu'étant profane en la matière. Plein d'enthousiasme, il écrit qu'il connaît enfin le mal qui l'affecte³⁹. Cette lettre témoigne de l'écho rencontré par la publication de Westphal au-delà de la communauté scientifique : elle propose en effet à un public non initié des formes d'explication plausibles aux troubles rencontrés en milieu urbain.

De tels « effets de boucle » donnent à voir l'imbrication inextricable de l'espace et du savoir. En même temps, l'observation clinique se trouve modifiée. Ce lieu est en effet source d'impulsions pour la production de nouvelles connaissances psychiatriques. En comparant de nombreux cas similaires, Westphal réussit à regrouper les symptômes isolés en catégories. D'un point de vue étiologique, il attribue l'agoraphobie à un trouble partiel de la faculté de représentation. Ce trouble se caractérise alors essentiellement par une peur non corrélée à une forme de folie, les personnes concernées ayant tout à fait conscience du caractère étrange de leurs émotions. Westphal fait beaucoup plus qu'entreprendre une simple description des symptômes. Dans ses explications et ses interprétations théoriques de l'agoraphobie suivant un modèle psychophysiologique, il n'est plus guère de traces de cette conjonction de l'espace et du savoir. La corrélation « avec d'autres troubles du système nerveux, dont les patients ne prenaient conscience qu'au terme d'interrogations ciblées

37. Le suivi documenté détaillé constatant l'absence d'états vertigineux permet, avec différents résultats ophtalmologiques, d'exclure un signe pathologique très semblable, décrit par le neurologue autrichien Moriz Benedikt quelques années auparavant. Cf. Benedikt M., « Über Platzschwindel », *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*, vol. 15, 1870, pp. 488-489.

38. BA NPK (1876-1880), n°307 (mai 1876).

39. Westphal C., « Über Platzfurcht. Briefliche Mittheilungen », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 7, 1877, pp. 377-383 (pp. 377-379). L'auteur de cette lettre fait clairement référence à la distinction entreprise par Westphal entre la « sensation de vertiges dans les espaces publics » et « la peur des espaces publics ». La description de la symptomatique comme une « sensation de vertige dans les espaces publics », présentée par Moriz Benedikt, réduit le malade à un simulateur. La description de « la peur des espaces publics » comme un signe pathologique propre, où la peur est au premier plan, est également l'aspect majeur dans lequel l'auteur de la lettre adressée à Westphal peut, manifestement, mieux se reconnaître.

ou qu'ils n'évoquaient qu'incidemment »⁴⁰, révèle comment Westphal parvient à adjoindre à sa description de l'agoraphobie d'autres symptômes neuropathiques non spécifiques à cette dernière afin d'en consolider la définition. La polyclinique constitue ainsi un espace où un savoir d'un nouveau genre peut émerger, un espace où des maladies et des catégories de symptômes qui n'avaient pas été observées jusqu'à présent peuvent être recensées, étudiées, définies et ajoutées aux règles faisant autorité pour établir un diagnostic.

La comparaison en série réalisée sur un grand nombre de malades constitue également le noyau méthodique d'un autre domaine de recherche, appelé « le phénomène du genou ». C'est en ces termes que Carl Westphal désigne ce signe neurologique connu aujourd'hui sous le nom de « réflexe rotulien » et qui constituait alors le symptôme décisif permettant de détecter le *tabes dorsalis*, stade avancé d'une infection syphilitique particulièrement répandue dans l'espace urbain. En 1871, le cas de l'un de ses patients lui fait remarquer qu'un coup bref porté en dessous de la rotule provoque un étirement de la jambe. Westphal ordonne immédiatement de soumettre tous les patients – internés ou non – souffrant de troubles moteurs dans les membres inférieurs à cet examen bien particulier et de reporter les résultats de cette expérience systématique dans les dossiers⁴¹. Quatre ans plus tard, Westphal publie une première ébauche de diagnostic à partir de ses observations, établissant un lien entre ces symptômes neurologiques et le *tabes dorsalis*⁴². Au terme de trois années de recherches effectuées entre les murs de la polyclinique, Westphal considère que cette corrélation est incontestablement prouvée et formule l'hypothèse selon laquelle l'absence du « phénomène du genou » constitue un symptôme précoce déterminant pour le diagnostic de cette maladie⁴³. Les registres de suivi de la polyclinique datés de ces années-là montrent, là encore, que cet examen a été systématiquement effectué sur les patients dès lors que leur symptomatologie donne lieu au moindre soupçon d'un *tabes dorsalis* naissant. Lorsque le patient ne réagit d'aucune manière au réflexe rotulien, on note qu'il n'y a « pas encore de signe de *tabes* » ou encore que, « pour le moment, aucun autre symptôme de *tabes* » ne peut être constaté⁴⁴. Les nombreux passages souli-

40. Westphal C., *op. cit.*, p. 138.

41. Les nombreux passages mis en relief témoignant de la recherche des liens de cause à effet dans les suivis documentés de la polyclinique d'une part et dans les dossiers des patients internés pendant cette période d'autre part mettent remarquablement en évidence cette façon de procéder. Voir HPAC. Ces documents, comme ceux concernant la polyclinique, sont en grande partie conservés à partir de l'année 1876.

42. Westphal C., « Über einige Bewegungs-Erscheinungen an gelähmten Gliedern », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 5, 1875, pp. 803-834. Indépendamment de Westphal, Wilhelm Erb s'est penché sur ce sujet de recherche exactement à la même époque. C'est à ce concours de circonstances que la recherche historique doit la description détaillée que fournit Westphal de sa façon de procéder.

43. Westphal C., « Über ein frühes Symptom der Tabes dorsalis », *Berliner Klinische Wochenschrift*, vol. 15, 1878, pp. 1-3. Publication de la conférence qu'il a tenue à la *Berliner Medicinische Gesellschaft* le 7 novembre 1877.

44. Des observations similaires à celles-ci se trouvent en grand nombre dans les BA NPK (1876-1880).

gnés d'épais traits de crayon bleu témoignent, ici aussi, d'une recherche des liens supposés de cause à effet.

Ce n'est pourtant pas la comparaison sérielle, mais l'observation clinique d'un patient qui vient confirmer cet état de fait scientifique. La symptomatologie spécifique d'un cas suivi permet en effet, en quelque sorte de manière prototypique, de parfaire la démonstration neuropathologique. Une femme venue en consultation à la polyclinique décrit les douleurs qu'elle ressent dans les membres inférieurs, douleurs que Westphal interprète comme les tout premiers symptômes, néanmoins encore très imprécis, d'un *tabes dorsalis*. Cette patiente présente également un début d'atrophie nerveuse ainsi qu'une asymétrie très nette au niveau des pupilles constatés par une ophtalmoscopie. Ces signes cliniques sont certes alors considérés comme spécifiques d'une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle épinière, mais ne permettent néanmoins pas d'établir ce diagnostic avec certitude. Pour Westphal, le fait que l'absence de réaction au « phénomène du genou » ne puisse être constaté que d'un seul côté constitue tout l'intérêt de ce cas. Car, comme il l'argumente, la maladie se trouve encore à un stade très précoce ⁴⁵. Le fait pour Westphal de rechercher un symptôme précoce permettant de poser un diagnostic peut être interprété comme une démarche rationnelle de recherche en neuropsychiatrie. Le cas retenu pour la démonstration de sa théorie est cependant plutôt atypique au regard de la manière dont chacun des symptômes est apparu et a évolué. Contrairement aux autres malades, cette patiente est en mesure de fournir une description particulièrement précise de ses symptômes, comme le montrent clairement les notes consignées dans les dossiers de la polyclinique. Après les avoir soulignées dans les registres, Westphal reprend d'ailleurs mot pour mot ses descriptions précises et détaillées dans sa publication.

La possibilité d'effectuer un diagnostic précoce du *tabes dorsalis*, dont on ne faisait que supposer, à l'époque, le lien causal à la syphilis, est d'une importance considérable tant pour la pratique clinique que pour la recherche scientifique ⁴⁶. Le diagnostic précoce promet avant tout de meilleures possibilités de traitement. L'examen, rapide et simple à effectuer, constitue justement pour les nombreux malades qui viennent alors en consultation à la polyclinique une méthode commode d'investigation fondée sur un diagnostic différentiel. En effet, le « phénomène du genou » fournit un critère simple à mettre

45. BA NPK (1876-1880), n°372 et 839. Les notes consignées dans les dossiers reliés révèlent que cette patiente a été convoquée plusieurs fois pour être examinée quant à cette symptomatique.

46. La paralysie progressive constitue un maillon important entre la psychiatrie et la neuropathologie : pour aucune autre maladie psychique, on ne peut constater de lien aussi évident entre la symptomatologie et les résultats présentés par chacune des disciplines. La distinction opérée entre la paralysie progressive et la représentation contemporaine de la « psychose unitaire » représente une étape importante dans la professionnalisation de la psychiatrie. Pour plus de précisions, consulter : Engstrom E., *Clinical Psychiatry in Imperial Germany*, op. cit., p. 107-110.

en œuvre pour distinguer l'hypocondrie d'un *tabes dorsalis* au stade précoce, et sur lequel le patient ne peut exercer aucune influence. Cet examen joue également, comme l'écrit Westphal, un rôle primordial dans l'élaboration du diagnostic ⁴⁷ pour les « malades moins instruits » qui, d'après lui, ne sont souvent pas en mesure de décrire avec précision les caractéristiques des douleurs prodromales. C'est justement le caractère performatif de ce signe considéré comme indubitablement objectif, révélé au clinicien par un mouvement réflexe simple ne faisant pas intervenir la volonté du patient, qui distingue le « phénomène du genou » d'une description purement phénoménologique de la symptomatologie psychiatrique.

La démonstration des symptômes revêt donc une importance décisive pour que la psychiatrie, en quête de prestige, puisse être élevée au rang de discipline et se rapprocher ainsi, comme ce fut le cas à la Charité, de la neurologie, discipline plutôt orientée vers les sciences de la nature. Dans cette configuration épistémologique, la polyclinique joue un rôle déterminant. L'ouverture de la psychiatrie à la ville favorise certes une attention nouvelle pour une patientèle plus vaste. L'accent clairement mis, dans les démonstrations pratiques notamment, sur les symptômes et les pathologies neurologiques (plus aisément identifiables et vérifiables) induit cependant également une forme de « biais » dans le contenu des enseignements, clairement articulés autour de la neurologie.

Entre psychiatrie et neurologie : la production d'un nouvel ordre de savoir

Dans un discours portant sur la psychiatrie et le cours magistral en psychiatrie, Carl Westphal constate, en 1880, que « dans le cas de maladies mentales, il ne s'agit pas uniquement de manifestations psychiques anormales. Au contraire, les troubles moteurs graves, consistant tantôt en des phénomènes d'irritabilité ou des crampes [...], tantôt en des paralysies ou des troubles de la coordination, constituent un groupe de symptômes dont l'importance et la valeur égalent celles des phénomènes psychiques ; il est même possible que les troubles moteurs constituent, dans la phase d'apparition des symptômes d'une maladie, les manifestations les plus importantes et les plus essentielles » ⁴⁸. Selon Westphal, l'observation clinique aurait recours à des méthodes qui, s'appuyant sur les sciences de la nature, se démarquent des conceptions ayant fait autorité précédemment et empruntées à la psychologie. L'objectif serait ainsi d'identifier certains phénomènes psychiques en mettant en lumière la similarité de leurs combinaisons.

47. Westphal C., « Über ein frühes Symptom der Tabes dorsalis », *Berliner Klinische Wochenschrift*, vol. 15, 1878, p. 2.

48. Westphal C., « Psychiatrie und psychiatrischer Unterricht », *op. cit.*, p. 25 [souligné dans l'original].

Pour que puisse être effectuée la fusion de la psychiatrie et de la neurologie, qui ne va nullement de soi et à laquelle Griesinger aspire, il n'est certes pas nécessaire que les patients relèvent précisément de l'une de ces deux disciplines, mais il faut que les signes cliniques soient visibles ⁴⁹.

En s'attachant au primat de la visibilité, la psychiatrie semble céder le pas à la neurologie. Cependant, la démonstration des symptômes neurologiques étant généralement plus difficile, la psychiatrie reste en fin de compte dépendante des descriptions fournies par les patients eux-mêmes. La *Psychiatrische und Nervenlinik* présente ainsi des avantages particuliers pour la formation des étudiants en médecine, « d'une part en raison de la richesse et de la diversité du matériel, du niveau d'instruction relativement élevé constaté auprès des habitants malades issus d'un milieu urbain qui permet une meilleure approche des mécanismes psychiques, d'autre part parce que chez nous, la clinique pour les maladies psychiques forme une unité homogène avec la clinique pour les maladies nerveuses, ce qui n'est le cas nulle part ailleurs » ⁵⁰. Par conséquent, la polyclinique ne sert pas uniquement à obtenir « du matériel humain » susceptible de présenter un intérêt immédiat pour la recherche et la poursuite des observations en milieu hospitalier : elle constitue également l'espace au sein duquel se matérialise le rapprochement avec la neurologie, rapprochement d'une nécessité absolue pour que puisse s'établir la discipline psychiatrique. L'ouverture de la psychiatrie, permise par cette institution, rend possible la diffusion des nouveaux savoirs acquis par la discipline. C'est en particulier la démonstration clinique, dans le cadre de l'enseignement pratique dispensé aux étudiants, qui marque la consécration de l'unité de la science neuro-psychiatrique.

La présentation de malades permettant d'illustrer et d'approfondir les enseignements théoriques est alors une tradition déjà relativement ancienne ⁵¹. Pendant les dix années où il enseigne à Tübingen, Wilhelm Griesinger procède à la présentation de malades mentaux qu'il considère comme un élément constitutif de la formation psychiatrique ⁵². A partir de 1864, elles ont également cours à la polyclinique neuro-psychiatrique ⁵³.

49. Foucault M., *Naissance de la Clinique*, Paris, PUF, 1963.

50. *Ibidem*, p. 24 [souligné dans l'original].

51. Michel Foucault décrit l'importance épistémologique de la démonstration clinique et l'art de la mettre en scène comme un élément important de l'activité spécifiquement médicale, qui marqua le début de l'évolution du « diagnostic absolu » vers la pratique du diagnostic différentiel. Voir : Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France (1973 - 1974)*, Paris, Seuil, p. 143. Concernant les techniques appliquées par Jean-Martin Charcot pour produire l'évidence, voir : Didi-Hubermann G., *Invention de l'hystérie. Charcot et l'iconographie photographique de la Salpêtrière*, Paris, Macula, 1982 ; Ralser M., *Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie : Kulturen der Krankheit um 1900*, München, Fink, 2010, pp. 39-44.

52. Griesinger W., *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende*, Stuttgart, Krabbe, 1868.

53. Westphal C., « Nekrolog. Nach einer Rede gehalten zur Gedenkfeier für Griesinger in der Medicinisch-Psychologischen Gesellschaft zu Berlin », *Archiv für Psychiatrie und*

Deux ans auparavant, Carl Westphal, l'assistant de Griesinger (qui, plus tard, serait amené à lui succéder) a en effet obtenu l'autorisation ministérielle « de présenter les différents malades dans le cadre de ses cours magistraux sur la psychiatrie »⁵⁴. À quelques détails près, ces cours, d'une durée de deux heures, sont dispensés de la même façon par chacun des deux psychiatres. La première partie consiste en une explication théorique des maladies, illustrée dans une seconde partie par un cas pratique présentant une pertinence particulière⁵⁵. Environ 80 à 90 malades font, chaque semestre, l'objet d'une démonstration clinique. Certains d'entre eux ne sont montrés aux étudiants que brièvement, pour illustrer des symptômes ou des signes cliniques bien particuliers. En revanche, d'autres sont observés plus en détail, notamment pour mettre en évidence les diagnostics différentiels. À cet effet, les patients sont en général amenés dans l'amphithéâtre. Il arrive cependant également que les étudiants se rendent à leur chevet, voire leur rendent visite dans le parc de la clinique afin de créer une situation de rencontre la plus naturelle possible⁵⁶.

L'institution de la *Psychiatrische und Nervenlinik* participe au développement de cette forme d'enseignement à maints égards. Premièrement, il y est plus aisé d'organiser l'enseignement pratique en convoquant, de façon ciblée, les patients qui suivent un traitement ambulatoire. Deuxièmement, le nombre de patients a significativement augmenté, ce qui permet de mieux sélectionner les cas susceptibles de se prêter aux démonstrations cliniques. Enfin, la position géographique de la polyclinique dans la ville, mais aussi la diversité des personnes à examiner doivent permettre au médecin débutant d'exercer son regard sur des patients qui, plus tard, constitueront « le pain quotidien du généraliste »⁵⁷. « Saisir rapidement ce qui doit l'être » et « tirer rapidement l'essentiel de l'anamnèse », tels sont les impératifs centraux de l'enseignement polyclinique, dont la maxime est de donner à comprendre « ce sur quoi l'examen clinique doit se concentrer »⁵⁸. Les jeunes médecins s'efforcent donc d'acquérir à la polyclinique les compétences qui leur permettent ensuite d'apparaître qualifiés pour exercer dans un cabinet médical pour les plus démunis ou auprès d'une caisse d'assurance maladie dans une grande ville.

Nervenkrankheiten, vol. 1, 1868-1869, pp. 760-782 (p. 769).

54. Siemering E., « Carl Westphal, Nekrolog », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 21, 1890, pp. 1-15.

55. Westphal continue à enseigner la théorie séparément des leçons illustrées par les démonstrations cliniques. Il décrit son enseignement en ces termes : « Le patient est introduit dans l'amphithéâtre et positionné de manière à voir au mieux son cas individuel afin que celui-ci puisse être soumis à l'étude et à l'examen [sic]. Suit un cours sur le cas pathologique. Suivant la situation du patient, je permets, souvent, qu'il assiste au cours. » Westphal C., « Psychiatrische Klinik », *Charité-Annalen*, vol. 1, 1874, pp. 453-499 (p. 463 sqq).

56. Auteur anonyme, « Miscellen », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 1, 1868-1869, pp. 232-233.

57. Rumpf H., « Die Aufgaben des poliklinischen Unterrichts », *Berliner Klinische Wochenschrift*, vol. 25, 1888, pp. 1037-1040 (p. 1039).

58. *Ibid.*

Les programmes des cours de la polyclinique mettent clairement en évidence l'importance attribuée aux démonstrations cliniques. Celles-ci ont lieu une fois par semaine, parallèlement aux horaires d'ouverture de la polyclinique. Les étudiants en médecine peuvent ainsi s'exercer, au-delà du simple diagnostic, à l'examen pratique du corps du malade, dans la foulée des consultations. Une salle d'examen prévue à cet effet est aménagée juste à côté de l'amphithéâtre, au premier étage de la polyclinique ⁵⁹. Comme nous l'avons déjà évoqué, les présentations de malades font, dès l'origine, partie intégrante de l'institution. Néanmoins, les dossiers ne conservent des traces écrites de ces présentations qu'à partir de la fin du siècle, sous la forme de notes plus ou moins détaillées ⁶⁰. Disposer d'un nombre de patients suffisant est la condition préalable à une « démonstration systématique » des acquis théoriques ⁶¹. Pourtant, même lorsque cette condition est remplie, la relation entre la théorie et la pratique reste complexe, car on ne peut résoudre sans difficultés – si toutefois, on y parvient – l'inéluctable écart entre le cas du malade présenté et une forme idéaltypique de signes cliniques ⁶². Les psychiatres sont tout à fait conscients de cette contradiction lorsque, comme Carl Wernicke, ils ne déduisent pas la pertinence de la théorie présentée de la seule « bonne sélection » des patients, mais surtout du fait qu'ils ont été présentés sous un angle permettant de confirmer la proposition théorique. L'objectif ambitieux de la démonstration clinique est de présenter les « signes cliniques » de manière à ce que l'on puisse les retenir aisément : « L'image instantanée qu'offrent les patients [...] est constatée par l'enseignant et ses assistants dans le cadre d'un travail collectif. Bien entendu, il ne s'agit pas ici de cas présentant une pathologie précise ; aucun matériel, même le plus abondant, n'est en mesure de fournir un tel cas de pathologie dans le court laps de temps d'un semestre universitaire » ⁶³.

Les notes consignées dans les dossiers mettent en évidence trois différents types de raisons justifiant une sélection des patients : d'abord, les cas particulièrement rares ; ensuite, ceux qui permettent de stimuler une discussion portant sur l'élaboration d'un diagnostic différentiel et pour lesquels l'examen

59. Voir à ce sujet les programmes de cours de l'Université Friedrich Wilhelm à Berlin datés de ces années-là.

60. Cette observation est à mettre en rapport avec la pratique du suivi documenté qui, à l'époque, devint plus détaillée. À partir de 1898, soit parallèlement à cette évolution observée à la polyclinique, les notes relatives aux démonstrations cliniques sont également consignées dans les dossiers des patients hospitalisés.

61. Cette façon de disposer des patients est contestée. Voir : UAHUB, Charité-Direktion 1038, p. 76. Plaintes (de l'année 1897 ou 1898) émanant du directeur de la Clinique, Friedrich Jolly (1890-1904), parce que la Clinique n'a alors pas suffisamment de possibilités lui permettant de recourir aux patients pour procéder à des démonstrations cliniques. La direction en charge des personnes les plus démunies adresse cette plainte directement à Dalldorf.

62. Ruchatz J., Willer S., Pethes N., « Zur Systematik des Beispiels », in Ruchatz J., Willer S., Pethes N. (eds.), *Das Beispiel. Epistemologie des Exemplarischen*, Berlin, Kadmos, 2007, pp. 7-59.

63. Wernicke C., *Krankenvorstellungen aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau (Psychiatrische Abhandlungen, 10/11)*, Breslau, 1899, p. 1. De 1876 à 1878, Carl Wernicke est médecin-assistant à la Charité. À partir de 1885, il enseigne la psychiatrie et l'étude des maladies des nerfs à Breslau et est nommé à Halle en 1904.

collectif donne lieu à une présentation systématique de chacun des symptômes en fonction de l'étiologie et de son importance pour l'établissement du diagnostic ; enfin, ceux qui présentent des signes cliniques neurologiques et auxquels la démonstration clinique accorde le plus d'importance – dans la logique performative de sa mise en scène. En font partie les nombreux cas ayant fait l'objet d'un suivi documenté, présentant par exemple un trouble de la fonction d'un nerf ou de la racine d'un nerf : l'utilisation du courant électrique (faradisation ou galvanisation) permet de diagnostiquer ce trouble d'une manière particulièrement efficace, sans laisser place au moindre doute.

Ce seuil de visibilité est beaucoup moins important lorsqu'il s'agit de signes cliniques neurologiques que dans le cas d'une symptomatologie psychiatrique. Il est en effet plus aisé de reconnaître les signes cliniques neurologiques à l'aide « d'une méthode d'examen objective », comme le souligne alors Karl Bonhoeffer, qui devient plus tard directeur de la *Psychiatrische und Nervenlinik* (1912-1938), lors de la conférence qu'il tient à l'occasion de sa prise de fonction. En revanche, les caractéristiques propres aux signes cliniques psychiatriques ne peuvent être identifiés « qu'au terme d'un regroupement judicieux » des symptômes subjectifs⁶⁴. Ainsi, il est plus aisé de démontrer le « comportement paralytique »⁶⁵ d'une infection syphilitique au stade avancé que les troubles affectifs ou cognitifs de la mémoire⁶⁶. Si la patientèle de la polyclinique pour les maladies des nerfs ne se limite en aucun cas à des malades présentant des pathologies du système nerveux, l'institution de la polyclinique, et notamment l'enseignement qui y est dispensé, pose donc la question de la relation entre neurologie et psychiatrie d'une manière radicalement nouvelle.

Avec la notion d'hétérotopie⁶⁷, Michel Foucault définit certains emplacements réels comme utopies situées. Les institutions psychiatriques sont un exemple paradigmatique d'hétérotopies de déviation, où sont admises les personnes dont le comportement dévie de la norme exigée. Les hétérotopies sont

64. Bonhoeffer K., « Über die Bedeutung der psychiatrischen Unterrichtsmethodik für die allgemeine ärztliche Ausbildung », *Berliner Klinische Wochenschrift*, vol. 49, 1912, pp. 925-927 (p. 926).

65. BA NPK (1899), n° 374. La patiente est venue à la polyclinique le 21 juillet de cette année-là et a fait l'objet d'une démonstration clinique cinq jours plus tard.

66. Cette observation correspond aux démonstrations cliniques effectuées dans les associations professionnelles, ce qui est plus souvent le cas en neurologie qu'en psychiatrie. Voir à ce propos : Schmiedebach H.-P., *Psychiatrie und Psychologie im Widerstreit : die Auseinandersetzung in der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft, 1867-1899* (= *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, Bd. 51), Husum, Matthiesen Verlag, 1986, p. 27 sqq ; Wolter M., « Neurologie im Spiegel der 1876 gegründeten Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie », in Holdorff B., Winau R. (eds.), *Geschichte der Neurologie in Berlin*, Berlin-New York, de Gruyter, 2001, pp. 71-83 (p. 73 sqq).

67. Voir Foucault M., « Des espaces autres », in *Dits et écrits 1954-1988*, t. IV (1980-1988), Paris, Éditions Gallimard, coll. « Bibliothèque des sciences humaines », 1994 [1984], pp. 752-762 (p. 755-756).

toujours délimitées et représentent plusieurs espaces réels, qui, en tant que tels, sont considérés comme incompatibles. À cet égard, l'institution toute nouvelle qu'est la polyclinique psychiatrique à la fin du XIX^e siècle revêt un intérêt multiple. Elle constitue l'appendice d'une institution traditionnelle hermétiquement fermée, l'hôpital, mais s'en distingue également, en tant qu'espace nouvellement constitué entre ce dernier et la ville. Elle se situe ainsi à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution psychiatrique. Le temps des consultations proposées par la polyclinique, on peut franchir les murs de l'institution psychiatrique habituellement infranchissables sans que, pour autant, la consultation ne conduise nécessairement à un internement.

La création de la *Psychiatrische und Nervenlinik* de Berlin ne relève aucunement d'une entreprise stratégique des cliniciens visant à garantir un nombre suffisant de cas pathologiques intéressants pour la recherche et l'enseignement, mais bien plutôt d'un processus d'inclusion d'un « savoir en devenir ». Ce n'est qu'en interaction avec les patients que cette ouverture a évolué en un espace entièrement nouveau de production du savoir de la psychiatrie. Le système de suivi documenté de la polyclinique montre que cet espace hétérotope s'est constitué en tant que tel de façon progressive, mais surtout en interaction avec son environnement, au fur et à mesure que s'estompe la frontière entre la ville et l'Hôpital et que psychologie et neurologie se rapprochent. La patientèle radicalement nouvelle et en augmentation constante que permettent d'attirer tant la gratuité des soins que l'accessibilité des nouvelles offres thérapeutiques rend possible l'observation et la comparaison de maladies se trouvant à un stade précoce de leur évolution et jusqu'alors inconnues des services hospitaliers d'internement. Ces manifestations, décrites comme des troubles générés par la ville, sont alors, dans le nouvel espace de la polyclinique, constituées en objets de savoir avec le concours des patients. La polyclinique, en tant qu'espace hétérotope, parvient ainsi à une double rupture – non seulement avec la classification traditionnelle qui distinguait un « à l'intérieur » d'un « à l'extérieur » de la psychiatrie mais aussi, plus largement, avec la dichotomie institutionnelle entre *santé* et *maladie* psychique – ouvrant ainsi un champ de connaissances encore vierge.