

Mémoire de Maîtrise en médecine No 308

Recherche historique sur les débuts de l'ethnopsychiatrie

Etudiante

Sarah Zenunaj

Tuteur

Professeur Vincent Barras

Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique,
IUHMSP

Expert

Professeur Friedrich Stiefel

Dpt. de psychiatrie de liaison, CHUV

Lausanne, novembre 2012

Table des matières

1) Introduction et méthodologie	4
2) Questions générales d'ethnopsychiatrie	6
2.1 Etymologie	6
2.2 Définition	7
2.3 Origine de l'ethnopsychiatrie : les ancêtres fondateurs.....	9
3) Kraepelin et la psychiatrie comparative.....	10
3.1 Bref détour dans la psychiatrie coloniale d'outre mer	11
3.2 Influence de la tradition psychiatrique allemande	12
3.3 Influence de la politique	14
4) Analyse thématique des sources primaires.....	17
4.1 Reisebriefe	17
4.2 Lebenserinnerungen	19
4.3 Les deux articles-clé : « Psychiatrisches aus Java »et « Vergleichende Psychiatrie »	23
4.4 Répercussions du voyage sur les travaux de Kraepelin.....	25
5) Kraepelin était-il le seul à s'intéresser à la psychiatrie exotique ?.....	29
5.1 Moreau de Tours.....	30
5.2 Gilmore Ellis	32
5.3 Van Brero	33
5.4 Meilhon	34
6) L'évolution de l'ethnopsychiatrie dans la période entre Kraepelin et la deuxième guerre mondiale ..	36
6.1 Evolution aux colonies françaises	36
6.1. a Le congrès des aliénistes à Tunis	36
6.1. b Antoine Porot.....	37
6.2 Evolution dans l'Asie du Sud -Est	39
6.3 Evolution dans les idéologies européennes et américaines	41

7) L'influence des travaux de Kraepelin sur l'ethnopsychiatrie contemporaine	42
7.1 Le développement des sous-groupes d'ethnopsychiatrie	42
7.2 Les deux courants majeurs de l'ethnopsychiatrie	44
7.2. a La psychiatrie transculturelle	44
7.2. b L'ethnopsychanalyse.....	44
7.3 L'ethnopsychiatrie dans la vision d'un anthropologue	47
8) Conclusions	50
Bibliographie.....	54
Sources primaires.....	54
Littérature secondaire	56

1. Introduction et méthodologie

Avant même d'entamer ma recherche de sujet pour le travail de maîtrise, j'avais déjà une certitude: je souhaitais choisir un thème qui m'intéressait, certes, mais surtout qui arriverait à me passionner, de façon à pouvoir y mettre toute mon énergie.

Le choix initial de m'orienter vers ma future spécialité, la psychiatrie, s'est vite confirmé, et un rayon de l'IUMG en particulier a très rapidement attiré ma curiosité: celui de l'ethnopsychiatrie.

Pour le choix du thème de ce travail, mon expérience de vie, suite à un mariage mixte, et mon intérêt pour les migrants, ont compté, ainsi que les nombreux stages effectués en milieux multiculturels et ma probable future orientation en psychiatrie systémique.

Face à l'augmentation de la migration et des déplacements des populations et des individus ainsi qu'aux mélanges interculturels qui en résultent, les recherches transculturelles connaissent, depuis quelques années, un développement important: ceci est valable en psychiatrie, en psychopathologie comme en psychothérapie.

Pendant mes stages, j'ai remarqué que l'accueil et la prise en charge des personnes étrangères sont une possibilité, pour les professionnels issus de tous les domaines, que ce soit d'un milieu médico-psychologique, social ou éducatif, de remettre en cause les méthodes théoriques et techniques habituelles. En effet, dès que l'on est amené à s'occuper de personnes d'une culture différente de la nôtre, une partie de nos théories, de notre manière d'intervention clinique et de nos principes de formation se trouve forcément remise en question.

Le choix de mieux connaître et proposer cette nouvelle discipline par un travail de master s'est basé également en fonction de l'ampleur du parcours historique que l'ethnopsychiatrie nous permettait d'explorer.

Par mon travail, j'ai donc essayé de retracer le parcours socio-historique de l'ethnopsychiatrie depuis ses origines. Cela n'a pas été facile car, même si théoriquement cette discipline s'est développée aux alentours du début du XXe siècle, entre l'Europe et les lieux où l'Occident élargissait son domaine, il n'y a pas unanimité sur un fondateur précis.

Cependant, à plusieurs reprises, Emil Kraepelin est cité comme le fondateur de cette discipline, et c'est pour cette raison que j'ai décidé de focaliser mon attention sur ce grand psychiatre, pour essayer de comprendre pourquoi plusieurs auteurs le considèrent comme le père de l'ethnopsychiatrie.

Pour ce faire, dans une première partie, ma recherche a donc consisté en une revue de la littérature médicale spécialisée.

Je me suis basée tout d'abord sur des sources primaires, en cherchant des articles écrits par Kraepelin lui-même, consultant principalement les revues germanophones et anglo-saxonnes susceptibles d'avoir publié ses articles. J'ai également consulté un choix de traités de psychiatrie qu'il a publié.

Dans la deuxième partie de mes recherches, j'ai passé en revue la littérature secondaire, en me basant sur des articles qui ont été écrits sur lui par différents auteurs, psychiatres et historiens. La thèse du Dr. Christoph Bendick a été utilisée en particulier: «Emil Kraepelin's Forschungsreise nach Java», a été un outil précieux pour retrouver aussi bien des récits primaires inédits du psychiatre que maintes sources de littérature secondaire.

En analysant cette littérature, j'ai essayé de dégager les principaux thèmes d'évolution entre le XIXe et le XXe siècle, en cherchant en parallèle d'éventuelles répercussions des travaux de psychiatrie comparée du médecin allemand sur la postérité, ainsi que sur la psychiatrie moderne.

En progressant dans mon travail, je me suis pertinemment posé la question suivante: Kraepelin était-il vraiment le premier qui se fut intéressé à une psychiatrie « exotique » ou, au contraire, l'ambition de comparer la folie occidentale à des peuples et civilisations étrangers avait-elle déjà commencé bien avant lui ?

Aurait-il apporté quelque chose de différent dans sa recherche, qui nous permettrait aujourd'hui de lui attribuer le statut de fondateur de l'ethnopsychiatrie ?

Afin d'essayer de répondre à cette réflexion, ma méthodologie a consisté en un dépouillement d'une célèbre revue de psychiatrie française, *Les annales médico-psychologiques*, depuis le premier numéro paru en 1843 jusqu'à l'aube de la deuxième guerre mondiale, à la recherche d'articles traitant de la folie exotique.

Pour accomplir cette tâche, un article de R. Collignon, psychologue-anthropologue travaillant sur l'histoire de la psychiatrie en Afrique, m'a été d'une aide très précieuse. Ce texte, paru dans la revue *Psychopathologie Africaine*, qui répertorie tous les articles traitants de la psychiatrie coloniale, m'a évité de devoir analyser personnellement toute la collection des A.M.P., ce qui a permis un gain de temps considérable.

Une analyse approfondie de cette littérature m'a permis de me forger une idée sur la question et de dégager en même temps, dans la troisième partie du travail, les principaux thèmes d'évolution en ethnopsychiatrie entre le XIXe et le XXe siècle.

Finalement, en disséquant les théories d'un autre auteur qui s'est passionné pour l'ethnopsychiatrie, le psychanalyste Georges Devereux, considéré également comme le fondateur de cette discipline, j'ai essayé de comprendre les changements qui se sont opérés dans ce domaine pendant la période qui les sépare. Un regard particulier a été porté sur les possibles répercussions de l'ancienne ethnopsychiatrie, de connotation coloniale, sur une ethnopsychiatrie plus « moderne », laquelle, suite aux travaux de Devereux, a évolué depuis quelques années surtout dans les domaines des études de la migration et de l'intégration.

Cette ethnopsychiatrie contemporaine inclut aujourd'hui des phénomènes uniques attribués à une origine culturelle qui, depuis 1995, sont regroupés dans le DSM IV sous le nom de *Culture-Bound Syndromes*.

Ce travail de master esquisse donc un double mouvement: Europe-Occident, Occident-Europe. Sur ce chemin, aux alentours de 1900, sont posés les premières grandes lignes et récits d'une ethnopsychiatrie, née en un premier temps entre l'Europe et ses colonies et ensuite entre l'Europe et le reste du monde.

Mots clés : Kraepelin, ethnopsychiatrie, culture, folie, psychiatrie coloniale

2) Questions générales d'ethnopsychiatrie

2.1 Étymologie

Le terme ethnopsychiatrie contient trois racines grecques:

Ethnos = peuple, race, famille, mais ce terme renvoie également au concept de lieu géographique, de territoire

Psyché = l'âme, l'esprit, le souffle vital

Iatreia = le traitement, l'art de soigner

Il s'agit d'une discipline qui pratique l'art de décrire les maladies et de proposer des traitements de la psyché de l'autre, d'un autre ethnos, d'un autre peuple... de soigner l'âme des peuples. L'ethnopsychiatrie est un territoire de frontière: frontière entre deux mondes, entre différentes disciplines, entre une multitude d'univers symboliques et culturels.

Elle se nourrit des disciplines les plus variées qui se rejoignent, non pas sans fractures et malentendus, dans la difficile tâche de construction d'un savoir plus ample qui puisse toutes les inclure.

A partir de l'étymologie, et afin de pouvoir affronter le sujet, on peut comprendre la nécessité d'une complémentarité entre un discours anthropologique, qui élabore une théorie générale de la culture et définit le rôle culturel dans le phénomène clinique, et un discours psychopathologique: qui traite de la théorie de la phénoménologie clinique au long d'un axe normalité-pathologie et de ses variations selon les différentes cultures.

Cette discipline regroupe à la fois des connaissances pluridisciplinaires, ethnologiques, anthropologiques et psychiatriques. C'est peut-être à cause de ces différentes disciplines, qui paraissent

quelquefois avoir du mal à définir leurs respectives limites, qu'il est difficile d'attribuer un sens précis à ce terme.

2.2 Définition

La définition du Larousse est la suivante:

Ethnopsychiatrie: nom féminin

Étude des désordres psychiques en fonction des normes du groupe culturel auquel appartient le sujet.

Synonyme: psychiatrie transculturelle

Pour pouvoir définir l'ethnopsychiatrie, il faut d'abord mentionner les termes qui lui sont associés, et, s'il y a un terme que l'on retrouve inmanquablement quand on s'y réfère, c'est le mot culture. Comprendre ce concept est donc très important, car cela nous aidera à nous positionner dans notre recherche.

La culture est définie par l'UNESCO comme:

« L'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances ¹ ».

Il s'agit donc d'un comportement, d'un style de vie qui caractérise un groupe de personnes qui est différent et unique parmi d'autres groupes: elle représente les connaissances, les habitudes, les croyances et les valeurs partagées par une communauté. En se transmettant de manière transgénérationnelle, elle ne constitue pas une notion statique mais quelque sorte abstraite, difficilement classable, et donc souvent identifiée avec un pays ou une ethnie.

Parmi les multiples définitions trouvées sous ethnopsychiatrie, celle de Tcheng la résume assez bien:

¹ Fabrizio/Desjeux/Dupuis 1994

Cette définition de culture est tirée du rapport final de la conférence mondiale sur les politiques culturelles, qui s'est tenue à Mexico City en 1982 : elle est devenue un classique et est reprise dans la déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle de 2001.

« La psychiatrie culturelle représente une branche spécifique de la psychiatrie et s'occupe principalement des aspects culturels du comportement humain, de la santé mentale, de la psychopathologie et de son traitement² ».

Qui fut l'inventeur de ce terme ?

Si, pour certains auteurs, le mot ethnopsychiatrie a été utilisé pour la première fois par J.C.D Carothers, psychiatre colonial anglais, dans son rapport pour l'organisation mondiale de la santé³, il est vrai que ce terme est généralement associé au psychanalyste Devereux, car il est habituellement admis que c'est autour de ses travaux que cette discipline s'est développée.

Pourtant, Devereux a toujours affirmé avoir repris ce terme de Louis Mars⁴, un psychiatre haïtien, qui, selon lui, fut le premier à l'avoir utilisé en 1953. Devereux, avant d'adopter ce terme, a appelé cette science d'abord «psychiatrie primitive» et ensuite «psychiatrie trans-culturelle», ne définissant d'ailleurs jamais clairement la dernière version définitive qu'il a fini par utiliser constamment.

Par ailleurs, pour se référer à cette discipline, une déclinaison variée de termes est encore fréquemment employée, comme par exemple psychiatrie transculturelle, psychiatrie comparée, psychiatrie sociale ou encore cross-cultural psychiatry... mais au-delà de l'inconstance des appellations employées et la grande variabilité de définitions utilisées, la conception de base entre différents auteurs est globalement la même: l'ethnopsychiatrie reste une science qui a pour but d'étudier le rapport qui existe entre une pathologie psychiatrique et la culture d'origine du patient.

Cette discipline, qui est donc l'objet de beaucoup de débats par rapport à son fondateur, fait néanmoins « partie des principaux courants actuels qui prennent en compte les variables sociales et culturelles de la maladie psychique. S'inspirant de l'anthropologie culturelle, de l'ethnopsychologie et de l'ethnopsychanalyse, elle étudie les rapport entre les conduites pathologiques et les cultures dans lesquelles elles s'inscrivent⁵ ».

D'un point de vue clinique, l'ethnopsychiatrie a pour tâche de s'occuper du traitement d'un désordre psychique qui atteint des personnes d'ethnies différentes ou avec un bagage culturel différent du nôtre, et d'un point de vue de recherche, l'ethnopsychiatrie étudie la façon dont les facteurs culturels influencent le comportement humain ainsi que la psychopathologie.

Enfin, d'un point de vue théorique, elle s'efforce d'effectuer la transmission des savoirs entre les différentes cultures, afin de faciliter le développement de théories valables universellement et applicables à chacune d'entre elles.

2 Tcheng 2001, 3

3 Carothers 1953

En 1953, la jeune Organisation mondiale de la santé confia à John Colin Crothers (1903-1989), alors directeur de l'hôpital de Nairobi, la rédaction d'une monographie où il faisait l'état des savoirs de l'époque sur la « psychologie normale et pathologique de l'Africain ».

4 Devereux 1998 [1951]

5 Laplantine 2007, 24

2.3 Origine de l'ethnopsychiatrie: les ancêtres fondateurs

Nous commencerons par développer l'historique de l'ethnopsychiatrie, car un retour sur l'histoire est indispensable pour comprendre la naissance de cette branche de la psychiatrie. Bien entendu, il est difficile de remonter à une première personne ou à une première civilisation ayant pratiqué un début de cette matière, car « il est toujours possible de trouver des précurseurs plus anciens⁶ ».

L'ethnopsychiatrie, qui peut apparaître comme une discipline neuve, possède pourtant des origines très anciennes, comme dit Laplantine:

« l'ethnopsychiatrie peut certainement être considérée comme aussi vieille que l'humanité⁷ ».

Si l'on prend des extrêmes, selon l'historien et spécialiste de la psychiatrie transculturelle Ellenberger⁸, Hippocrate déjà faisait de l'ethnopsychiatrie⁹ : en 460 avant J.-C., dans son «traité des airs, des eaux et des lieux», il décrit un culture bound syndrome: il s'agit de la « maladie des Scythes », qui frappait les populations nomades des steppes de l'Europe Orientale.

Il a dénommé cette maladie « Théleia nòsos », la maladie féminine, car les hommes de ces tribus devenaient impotents, se mettaient à parler avec une voix féminine et commençaient à se comporter comme des femmes¹⁰. Hippocrate attribua l'origine de cette maladie au climat austère de la Scythie et au mode de vie de ses habitants.

Pour d'autres auteurs, les racines de cette discipline se trouvent dans notre passé colonialiste: plus précisément, elle débute vers la fin du XIXe siècle, dans un contexte d'expansion coloniale où de nouvelles civilisations sont découvertes. Suite à cette extension territoriale, les médecins occidentaux commencent à s'intéresser aux «aliénés d'Orient», et un intérêt particulier est porté aux aspects sociaux et culturels de la folie.

Comme le note J.M.Begué:

« On peut dire, de manière lapidaire, que l'ethnopsychiatrie est née aux colonies, et s'est constituée comme discours dans le sillage de la psychiatrie coloniale. Son histoire est intimement liée à la psychiatrie coloniale¹¹ »

6 Fermi 2002, 335

7 Laplantine 2007, 23

8 Henri Ellenberger, psychiatre et historien, a exercé en Suisse après la deuxième guerre mondiale. Après avoir collaboré au *Traité de Psychiatrie* (1955) de l'«Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC)» il devient ensuite un chercheur très connu en Amérique du Nord.

9 Ellenberger 1959

10 Hippocrate 1844 dans Darenberg 1855

11 Begué 1997, 177

3) Kraepelin et la psychiatrie comparative

D'un point de vue historique, l'interrogation sur les rapports de culture à la maladie commence presque unanimement en 1904, avec le voyage trans-culturel du psychiatre allemand Emil Kraepelin (1856-1926), et c'est pour cette raison que j'ai décidé de lui porter une attention toute particulière et de lui consacrer une large partie de mon travail.

Emil Kraepelin, le père de la psychiatrie allemande, est né en 1856 à Neustrelitz, en Allemagne, où il entreprend des études de médecine et devient élève de Wilhelm Wundt, un des pionniers de l'ethnopsychologie et auteur de l'œuvre «Völkerpsychologie». Après une carrière psychiatrique à travers les grandes villes d'Allemagne, il devint professeur à Dorpat, Heidelberg et Munich et dirigea la Königliche Psychiatrische Klinik, où il poursuivit ses recherches jusqu'à sa mort, en 1926.

Lorsqu'en 1903, Kraepelin, alors en pleine rédaction de son septième manuel de psychiatrie, est invité à visiter l'établissement psychiatrique de Buitenzorg, hôpital fondé à Java par l'administration coloniale hollandaise en 1881, il n'hésite pas, car c'est une occasion pour lui de pouvoir examiner l'universalité des psychoses les plus importantes¹² et de vérifier le bien-fondé de ses travaux.

Kraepelin entreprend donc, en 1904, un périple de quatre mois à travers l'Indonésie et l'Asie du Sud-Ouest, avec l'intention de prouver l'existence des concordances entre les maladies mentales exprimées chez les Européens et les indigènes, afin de valider l'universalité des tableaux cliniques en faisant abstraction des spécificités propres à chaque peuple et de démontrer ainsi la validité universelle de sa nosologie.

Son voyage est souvent considéré comme l'une des premières tentatives de psychiatrie comparative.

En plus de son voyage en Asie, Kraepelin a effectué, toujours avec le même objectif, des voyages moins connus qui l'ont amené en Yougoslavie (1905), au Portugal (1906), aux États-Unis (1908) et finalement au Mexique et à Cuba (1925)¹³ : en parcourant les récits de ses voyages, on a l'impression d'un homme qui parcourt le monde, et qui ne manque jamais de visiter, pendant ses excursions, asiles et institutions psychiatriques, dans une recherche toujours vaine des formes inédites de folie.

12 Jilek 1995

13 Bendick 1989

3.1 Bref détour dans la psychiatrie coloniale d'outre-mer

Java fait partie, au XIXe siècle, d'une colonie appelée Indes Orientales (actuelle Indonésie) sous contrôle des Néerlandais, qui sont l'une des plus importantes puissances maritimes et économiques de l'époque. Cette période, pendant laquelle les Pays-Bas établirent des colonies à travers le monde est aussi connue sous le nom de « Siècle d'or néerlandais »¹⁴.

Dans les premiers temps de cette période historique, nous trouvons essentiellement les descriptions des missionnaires et des pionniers des premières colonisations.

Entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle, lorsque la colonie est mieux établie, la technologie occidentale s'installe dans le pays que l'on appelle aujourd'hui Indonésie, ce qui permet l'installation d'une communication entre Java et les différentes îles, ainsi qu'avec les Pays-Bas. La construction de nouvelles routes, d'une voie ferrée ainsi que l'élargissement de la voie maritime permettent un premier contact avec la population autochtone dans des régions difficilement accessibles au préalable.

Enfin, avec l'introduction de nouveaux moyens d'administration, comme par exemple les passeports ou les actes de naissance, le recensement des malades est facilité et l'administration va exporter ses techniques de soins et de contrôle avec l'institution psychiatrique : tous ces éléments contribueront à la naissance des premières tentatives de psychiatrie comparative d'Emil Kraepelin avec son fameux voyage à Java.

L'intérêt croissant pour la possibilité de maladies mentales particulières parmi les autochtones se développe inévitablement suite à la modernisation de la civilisation¹⁵ : la médicalisation de la folie débute donc véritablement au XIXe siècle, ce qui permet l'extension et la généralisation de la prise en charge et le traitement des fous conduits par les psychiatres.

Ceci est valable surtout suite à la prononciation de la *Loi sur les aliénés* du 30 juin 1838¹⁶, instaurée par le roi Louis-Philippe en France, et dont le premier article énonce que :

14 Rechtmann 2010

Le siècle d'or néerlandais est une période de l'histoire des Pays-Bas comprise entre 1584 et 1702, pendant laquelle la république des Provinces-Unies (actuellement Pays-Bas) devient la première puissance commerciale au monde.

15 Oda 2005

16 La loi du 1838, dite « loi des aliénés » traite des institutions et de la prise en charge des malades mentaux, et est promulguée sous le règne du Roi Louis-Philippe en son palais de Neuilly : elle comportait 40 articles répartis en 3 titres.

Cette loi est décrétée par la suite le 29 mai 1841 aux Pays-Bas et en 1850 en Belgique.

« Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ¹⁷ ».

Entre autre, ce document stipule qu'il existe désormais une obligation légale de recueillir des renseignements précis sur les aliénés déjà placés dans des établissements publics privés ou (et) de se faire rendre compte de leur état mental, afin de déterminer s'ils doivent ou non continuer à y être retenus¹⁸.

Grâce à cette nouvelle loi, des asiles réservés aux soins des aliénés s'ouvrent progressivement dans tous les états souverains, et l'Inde Orientale ne fait pas exception : depuis l'ouverture de la première clinique psychiatrique à Java, en 1881¹⁹, trois autres ont rapidement suivi, et les sauvages javanais, qu'on appelait aussi *Orang laut*²⁰ se sont retrouvés rapidement institutionnalisés en asile suite à des comportements anormaux aux yeux des Européens.

L'idée que l'on côtoyait auparavant, à savoir que la folie est en corrélation avec l'ère industrielle et le progrès, s'estompe progressivement, et quelques tableaux cliniques exotiques ont déjà commencé à paraître dans des revues scientifiques : ainsi, de l'expansion coloniale anglaise, hollandaise et française naît un intérêt marqué pour la folie exotique, et les travaux de Kraepelin sont en quelque sorte une réponse logique à cette tendance.

3.2 Influence de la tradition psychiatrique allemande

Du moment que dans la première moitié du siècle, tous les psychiatres prenaient part au débat autour de la présumée relation qui existait entre les troubles mentaux et la civilisation moderne²¹, les travaux de Kraepelin doivent être placés dans le contexte de la psychiatrie allemande qui régnait dans la deuxième moitié du XIXe siècle.

A l'époque régnait la conviction d'une incidence extrêmement rare de la folie parmi les peuples « sauvages », ainsi qu'une augmentation proportionnelle des troubles psychiatriques avec le progrès de la civilisation, ce qui a amené les psychiatres à réfléchir quant à l'influence de la civilisation sur le développement de la folie.

17 Loi sur les aliénés 1838, article 1

18 Loi sur les aliénés 1838

19 Pols 2006

20 Les Orang Laut, en malais « gens de la mer », sont actuellement une minorité ethnique d'Indonésie vivant sur des bateaux et menant un mode de vie nomade. Pendant l'époque précoloniale, ils ont été les premiers à s'installer sur les côtes de l'île de Singapour.

20 Roelke 1997

L'idée d'une folie considérée comme une réaction logique face à une civilisation de plus en plus corrompue par ses dérapages et ses excès²², formulée initialement par le neurologue américain George Miller Beard²³, avait trouvé un terrain particulièrement fertile en Allemagne²⁴.

Pourtant, avec une expansion coloniale croissante, la volonté d'une vérification personnelle de cette théorie prend le dessus, et Kraepelin, en invoquant

« La nécessité de recueillir des informations sur la survenue et la spécificité des troubles mentaux parmi des populations qui vivent dans des circonstances climatiques et culturelles totalement différentes, d'autant plus que la fréquence de la folie semble être nettement mineure parmi les peuples primitifs »²⁵,

en illustre bien la nouvelle tendance.

Dans la huitième édition de son traité de psychiatrie²⁶, éditée après son voyage, Kraepelin note que:

« Là où les maladies psychiques sont les mieux connues parmi la race blanche, il semble que l'on en trouve le plus fréquemment, tandis que l'on rapporte que la folie est extrêmement rare dans les populations «primitives», [...] on doit recueillir ces renseignements avec la plus grande prudence²⁷ ».

Kraepelin est aussi influencé, comme plusieurs psychiatres français, italiens et allemands de l'époque, par la théorie de dégénérescence développée par Morel²⁸ en 1857.

Cette théorie, exposée par le psychiatre français dans son *Traité des dégénérescences*, affirme que:

« La dégénérescence est une déviation de type primitif. Cette déviation enferme des éléments de transmissibilité dont la nature fait que celui qui en porte le germe devient progressivement incapable de remplir sa fonction dans l'humanité; le progrès intellectuel, déjà compromis dans sa personne, se trouve encore menacé dans ses descendants²⁹ ».

22 Beard 1881

23 George Miller Beard, (1839-1883), neurologue qui a utilisé pour la première fois le terme psychopathologique de neurasthénie

24 Beard 1884

25 Kraepelin 1903 retrouvé dans Bendick 1989, 169

26 Le traité de psychiatrie d'Emil Kraepelin connaît huit éditions entre 1883 et 1915

27 Kraepelin 1909, 153

Traduction du texte original allemand: „Dort, wo die Geisteskrankheiten am besten bekannt sind, bei den weissen rassen, scheinen sie auch bei weitem am häufigsten zu sein. Dagegen wird von allen so genannten naturvölkern berichtet, das seelenstörungen überaus selten seien[...] So bestimmt diese Angaben vielfach auftreten, werden wir die doch mit grösster Vorsicht aufzunehmen haben“.

28 Bénédict Augustin Morel (1809 -1873) psychiatre franco-autrichien qui fut un des tout premiers à théoriser les notions de dégénérescence

29 Morel 1857, 5

Morel interprète ainsi les maladies, l'alcoolisme et autres intoxications comme un effet de désordres héréditaires qui, en s'accumulant, mènent à l'imbécillité, la stérilité et à l'extinction de populations entières dans l'espace de quelques générations.

L'idée d'une dégénérescence présumée de la civilisation est reprise par Kraepelin, et cette conviction le suivra dans toutes ses œuvres, dans lesquelles il cherchera à donner un rôle aux influences sociologiques susceptibles d'influencer cette dégénérescence, en analysant entre autres les effets de l'hygiène, de la nutrition, de la culture ou encore du climat.

Ainsi, selon lui, chez les Juifs apparaissent, probablement à cause de leur propension aux mariages consanguins, des troubles que l'on peut faire remonter à une dégénérescence génétique: la maniaque-dépression, la nervosité, les phobies, mais aussi la démence précoce et des formes sévères d'idiotie³⁰.

Une autre variante responsable de dégénérescence est la consommation de stupéfiants: elle est à interpréter comme le résultat d'un « Volkscharakter », lequel détermine:

« La propension à l'alcoolisme des populations germaniques, au haschisch chez les populations orientales, à l'opium chez les Chinois »³¹

et donc l'expression diversifiée des pathologies psychiatriques parmi les peuples du monde.

Dans son *Traité de dégénérescence*, qui date de 1908, Kraepelin continuera à utiliser quelques-unes des observations recueillies au cours de son voyage en Indonésie, comme la rareté de l'alcoolisme et la paralysie générale parmi les populations autochtones³², pour expliquer sa théorie personnelle sur le sujet.

Les grands courants de la psychiatrie de l'époque ont donc certainement contribué à une représentation de la maladie mentale dans la société, avec la mise en place d'un modèle médical de la psychiatrie moderne qui a, à son tour, influencé la pratique de cet homme public et privé qu'était Kraepelin.

3.3 Influence de la politique

Une citation de Fearnley, éminent historien de la médecine, énonce que

« Pour la plupart des historiens, la connaissance de la maladie mentale est façonnée par le contexte social et politique pendant lequel elle se développe³³ » :

30 Kraepelin 1909

31 Kraepelin 1909, 155

32 Kraepelin 1908

33 Fearnley 2008, 245

ceci est particulièrement vrai pour les théories psychiatriques de Kraepelin.

Le psychiatre allemand a en effet vécu pendant l'époque Wilhelmine, une période pendant laquelle l'Allemagne était une grande puissance militaire et se trouvait à l'avant-garde de l'histoire intellectuelle européenne: son travail ne peut donc être compris que s'il est situé dans le contexte particulier de cette période³⁴. Si la psychiatrie clinique a continué à évoluer pendant la deuxième moitié du XIXe siècle, en Allemagne, où on essayait de démontrer sa suprématie nationale et raciale par des thèses scientifiques, les médecins avaient le rôle de Führer du peuple, et les psychiatres en particulier jouaient un rôle majeur dans ce mouvement.

Kraepelin lui-même illustre le rôle important détenu par les psychiatres dans la société, en les décrivant comme des chefs absolus, autorisés à intervenir dans la condition de vie des gens pour espérer obtenir, en peu de temps, une baisse de la folie au sein de leur patrie.³⁵

Certains auteurs, en allant aux extrêmes, le décrivent même comme étant typiquement Wilhelmin: c'est-à-dire patriotique, patriarcal, autoritaire, antisémite, militariste et appartenant à la droite conservatrice³⁶.

Kraepelin, fervent admirateur de Bismarck et de l'Allemagne, admet facilement que ses théories pouvaient parfois être influencées par ses idéologies, et comme il le dit lui-même:

« J'ai, tout de même, un fort sentiment pour la race [...] Mon cœur entier appartient à ma patrie, et j'accepte volontiers de céder à la froideur de l'objectivité du jugement quand il s'agit de défendre la spécificité de l'Allemagne³⁷ ».

A l'époque de Kraepelin, la communauté académique était de plus en plus préoccupée par les notions de génétique humaine, d'eugénisme et d'hygiène raciale, dans le but d'accroître la pureté de la race³⁸, et la vision d'un peuple allemand de race pure, saine d'un point de vue biologique était devenue un des discours-clé de la communauté scientifique.

L'augmentation de la folie et du nombre d'aliénés sous l'influence néfaste de l'alcoolisation est également un thème constant au sein du discours antialcoolique du XIXe siècle, et beaucoup d'observateurs ont noté que le voyage du psychiatre à Java coïncida avec l'émergence en Allemagne de visions d'eugénisme de plus en plus explicites³⁹.

34 Berrios/ Hauser 1988

35 Kraepelin 1918

„Dennoch hatte ich ein sehr ausgeprägtes rassengefühl [...] mein ganzes Hertz gehörte dem Vaterlande, und ich gab gern die kühle Sachlichkeit des Urteils in den Kauf, wenn es galt, Deutsche Eigenart zu verteidigen“.

36 Mader 2000

37 Kraepelin 2000

38 Shepherd 1995

39 Engström 2007

Parti avec l'intention d'expliquer le faible taux de pathologies psychiatriques parmi les populations indigènes⁴⁰, le médecin défend les discours courants de l'époque et remarque que les indigènes de Java, ne consommant pas d'alcool, ne présentent aucun cas de pathologie mentale dus à l'alcoolisme. En particulier, il n'a pu répertorier pendant son voyage aucun cas de « paralysie progressive ou de syphilis cérébrale »⁴¹, maladies qu'il associait à la consommation d'alcool.

Kraepelin rentre donc en Europe avec le renforcement de son intime conviction, qu'il défendait déjà avant son voyage, à savoir que:

« La bataille contre l'alcool et la syphilis, ainsi qu'une hygiène raciale raisonnable, sont les éléments essentiels déjà connus pour prévenir les effets de la dégénérescence⁴² ».

De retour de son voyage, il s'active donc dans la politique de la santé, militant pour l'abstinence de l'alcool et plébiscitant par ailleurs la théorie de l'involution, une altération délétère du matériel génétique qui provoque une détérioration progressive des gènes de génération en génération.

A ce sujet, il écrit un article en 1908, *Zur Entartungsfrage*, publié dans le journal allemand *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, dans lequel il s'attarde en particulier sur le rôle majeur que jouent l'alcool et la syphilis dans la dégénérescence du matériel génétique en tant qu'agents toxiques⁴³.

Kraepelin s'est également engagé activement dans la vie politique, en particulier dans la période entre 1914 et 1917: à Munich il participe à l'activité de l'UAdF (*Unabhängigen Ausschusses für einen deutschen Frieden*) et adhère aussi à la *Deutsche Vaterlands Partei* (DLVP), un parti d'extrême droite qui s'est constitué pendant la première guerre mondiale.

Parmi les adhérents du parti se trouvait aussi Alfred Ploetz, le fondateur de l'eugénisme en Allemagne, et Kraepelin devient membre, en 1905, de la «Société d'hygiène raciale» qu'il a créée.

Jusqu'à la fin de la première guerre mondiale, les scientifiques se concentrent sur la théorie de l'eugénisme positif, c'est-à-dire la continuité des individus génétiquement intacts, mais après la capitulation de 1918, les médecins et biologistes revendiquent une promotion des individus sains et utiles, moyennant un repérage des faibles afin d'en empêcher leur reproduction ultérieure. Cette idée est justifiée par la sélection négative de la guerre, qui avait voué à la mort les meilleurs éléments de la société tout en préservant les maillons faibles qui bénéficiaient d'une aide financière considérable de l'Etat : la *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*⁴⁴ fondée par Kraepelin, aura d'ailleurs une fonction non négligeable dans l'orientation ultérieure vers une hygiène raciale de la psychiatrie.

40 Bendick 1989

41 Kraepelin 1904, traduction française dans Huffschnitt 1992, 69

42 Kraepelin 1904, 69 dans Huffschnitt 1992, 69

43 Kraepelin 1908

44 Institution publique créée par le Roi Ludwig III en 1917 sous la direction de Kraepelin, qui regroupait la psychiatrie clinique avec la neuropathologie, la neurophysiologie, la génétique et la psychologie expérimentale.

4) Analyse thématique des sources primaires

Emil Kraepelin, le fondateur de l'ethnopsychiatrie... Est-il légitime de le considérer ainsi ?

Son voyage, à priori innovateur, qui l'a conduit pendant quatre mois à travers l'Indonésie, y est certainement pour quelque chose... mais quel était le but effectif de ce voyage, quelles étaient ses réelles motivations?

Nous allons essayer de retracer le chemin de son voyage à travers des récits parmi des lettres écrites à sa femme, des observations personnelles retrouvées dans son autobiographie, ainsi que des articles publiés sur le sujet. Finalement, nous allons comparer les notes éditées dans les traités de psychiatrie avant et après son voyage à Java, afin d'y déceler des éventuels changements dans les théories émises concernant le sujet de la psychiatrie transculturelle.

4.1 Reisebriefe

Grâce à la dissertation de Christoph Bendick, *Emil Kraepelins Forschungsreise nach Java im Jahre 1904*, un nombre considérable de documents inédits du psychiatre ont pu être retrouvés et mis à disposition du grand public.

Parmi ces documents, on retrouve des correspondances écrites par Kraepelin pendant son voyage à travers l'Asie et destinées à sa femme.

Dans l'ensemble, il a rédigé neuf lettres appelées par lui-même *Brieftagebuch*⁴⁵, récits particulièrement intéressants car ils fournissent, de manière inédite et authentique, à la fois des descriptions objectives ainsi que des ressentis plus personnels du psychiatre.

Cette lecture nous a permis de cerner un peu mieux l'importance qu'a eu cet important voyage sur ses convictions futures.

On y apprend, par exemple, quelques données administratives de l'établissement psychiatrique de Buitenzorg visité par Kraepelin: l'asile comptait environ 600 individus, et le psychiatre a pu examiner en l'espace de dix jours 225 patients, 100 indigènes, 100 Européens et 20 Chinois, soit une moyenne de 12 patients par jour.⁴⁶

Kraepelin nous explique avoir travaillé sous la supervision du Dr Djawa, un médecin javanais qui a été formé en Indonésie, et qui lui a été d'une aide indispensable en ce qui concerne la traduction des

45 Traduction de l'allemand en français par moi-même : journal intime sous forme de lettres

46 Kraepelin, lettre du 8.3.1904, dans Bendick 1989

différentes langues parlées par les patients. De plus, afin de se faire une idée précise de l'état des patients qui lui étaient présentés, il a pu disposer également de l'aide de deux traducteurs supplémentaires⁴⁷.

Cette révélation remet en cause, en tout cas à mon avis, le commentaire de Postel, lequel a écrit de Kraepelin qu'il

« pense que l'ignorance de la langue du malade est, en médecine mentale, une excellente condition d'observation⁴⁸ »

Prétendre que le médecin estimait inutile d'écouter véritablement les malades n'est pas tout à fait correct, en tout cas pas pour ce qui concerne ce voyage.

Dans ses lettres, on ressent la conscience de Kraepelin au sujet de la difficulté de son projet, en particulier le fait de devoir juger « un peuple tellement inconnu et primitif »⁴⁹ ... cette phrase illustre bien la conception régnant à l'époque d'une infériorité cérébrale innée chez les indigènes, avec la notion du cerveau sous développé anatomiquement du sauvage encore bien ancrée dans l'esprit de la population occidentale.

D'autres annotations nous renseignent sur le fait que Kraepelin était convaincu d'avoir fait le bon choix en se rendant en Indonésie pour tester la validité de sa nosologie.

Prenons par exemple cet énoncé:

« Pendant mes travaux, j'ai pris de plus en plus conscience de l'importance de m'être rendu dans cet endroit précis. Je suis convaincu que nulle part ailleurs j'aurais pu atteindre ce que j'ai atteint ici⁵⁰ ».

Ses objectifs, résumés dans la demande de congé pour effectuer le voyage envoyée par Kraepelin au ministère de la culture, qui sont essentiellement :

« constater si les pathologies mentales principales rencontrées dans nos institutions se manifestent sous la même forme et à la même fréquence dans d'autres conditions de vie et parmi d'autres peuples »⁵¹

ont donc été atteints.

47 Kraepelin 1904 , lettre n8 dans Bendick 1989, 141

48 Postel /Allen 1994, 402

49 Kraepelin 1904 dans Bendick 1989, 141

„den sachlichen Schwierigkeiten, die die Beurteilung eines völlig fremden und so primitiven Volkes mit sich bringt“.

50 Kraepelin 1904 dans Bendick 1989, 141

„Dass mir während der Arbeit immer klarer geworden ist, wie wichtig es war, gerade hierher zu gehen. Ich bin überzeugt, dass ich nirgends sonst im entferntesten das hätte erreichen können, was ich hier erreicht habe“.

51 Kraepelin 1903 dans Bendick 1989, 167

On note aussi qu'il est satisfait des résultats obtenus:

« Je peux maintenant conclure mes travaux et continuer mon voyage en toute bonne conscience. La conclusion principale est que les psychoses des patients européens correspondent tout à fait à celles rencontrées en Europe, tandis que les patients indigènes présentent une forme clinique qui s'en différencie par plusieurs aspects⁵² ».

Kraepelin retrouve donc la démence précoce aussi en Orient, quoique avec des symptômes bien moins développés : dans sa description, il illustre la rareté de la psychose maniaco-dépressive et des actes suicidaires, ainsi que l'absence absolue d'alcoolisme et de paralysie générale.

On remarque également, dans les lettres écrites à sa femme, qu'il utilise pour la première fois, même avant la parution de son fameux article, le terme de *psychiatrie comparée*⁵³ :

« En tout cas, mis à part beaucoup de détails intéressants, mes enquêtes offrent assez de matière pour une réflexion ultérieure et peuvent être considérées comme point de départ pour une psychiatrie comparée⁵⁴ ».

Il y décrit donc sa volonté de continuer par la suite les travaux entamés à Java, loin d'être terminés à son avis, et prédit avec une grande lucidité l'importance de ses travaux pour le futur de l'ethnopsychiatrie.

4.2 Lebenserinnerungen

Les mémoires de Kraepelin, un texte de 219 pages qui couvre des événements depuis sa naissance jusqu'à environ 1919, sont publiées en 1983 sous le nom de *Lebenserinnerungen*: on y découvre un homme passionné par des pays étrangers, qui a entrepris de nombreux voyages, pour la passion comme pour le travail.

52 Kraepelin 1904 dans Bendick 1989, 148

“Ich kann daher nun so ungefähr abschliessen und mit gutem Gewissen weiterreisen. Das wesentliche Ergebnis ist, dass die psychosen der Europäer hier ganz genau unseren Erfahrungen in Europa entsprechen, während das Bild bei den Eingeborenen in vieler Beziehung wesentlich abweicht.“

53 ou comparative si on se tient à la traduction exacte

54 Kraepelin 1904 dans Bendick 1989,148

“Jedenfalls bieten meine Untersuchungen, abgesehen von sehr vielen interessanten Einzelheiten, Stoff genug zum Nachdenken und können wohl als erster sicherer Ausgangspunkt für eine vergleichende Psychiatrie angesehen werden“.

Pendant ses excursions, quoique majoritairement à but touristique, il profitait souvent de faire une petite escapade dans les asiles du coin afin de se faire une idée de la prise en charge psychiatrique du pays qu'il était en train de visiter.

Ainsi, on remarque que, même avant son voyage à Java, il avait déjà pu visiter les hôpitaux psychiatriques d'Italie (1883), de Suède (1887), d'Espagne (1896) et même d'Égypte (1899).⁵⁵

Pendant sa visite à l'asile du Caire, qu'il dit être « bien géré, même s'il y avait naturellement des différences avec notre asile en ce qui concerne les installations »⁵⁶, il s'intéresse plus particulièrement aux pathologies psychiatriques mises en relation avec la consommation de haschisch, drogue couramment consommée en Orient:

« On nous a montré des patients qui, à cause d'une consommation persistante de haschisch, seraient tombés dans un état de torpeur psychique ... une forte envie de me renseigner sur les effets de cette drogue m'a conduit à visiter une haschischkneipe⁵⁷, et même à en rapporter au pays un morceau de cette substance, afin d'effectuer des expériences psychologiques, qui malheureusement n'ont donné aucun résultat notable⁵⁸ ».

On reconnaît ici sa volonté de comprendre si des facteurs extérieurs pourraient influencer une pathologie psychiatrique ; il est ainsi prêt à se rendre parmi la population locale, afin d'y faire des expériences personnelles et recueillir des informations importantes à ses yeux.

Après le voyage en Égypte, Kraepelin envisageait déjà un autre voyage avec son frère, cette fois dans les tropiques, mais ce fut en 1902, en pleins travaux d'écriture du septième manuel de psychiatrie, que ce voyage commence à prendre forme, car le médecin souhaitait, comme il l'écrit dans ses mémoires:

« Poursuivre une question qui me tracassait depuis longtemps... je voulais recueillir mes propres informations concernant la rareté de la paralysie générale aux tropiques, car les informations reçues à ce sujet ne me paraissaient pas assez fiables, et je ne pouvais donc pas croire aveuglement en un fait tellement inattendu⁵⁹ ».

Fait encore plus important, il voulait se convaincre de l'existence de la démence précoce au sein d'autres peuples, vivant dans des conditions climatiques totalement différentes, pour découvrir si le climat et le mode de vie particulier d'une culture pouvaient être responsables de cette maladie⁶⁰.

Pour terminer, Kraepelin avoue aussi qu'une idée lui était venue à l'esprit, à savoir que la fréquence et la forme clinique des différents types de folie pourraient éventuellement être influencées par les particularités d'un peuple.

55 Bendick 1989, 167

56 Kraepelin 1983, 106

57 Littéralement "taverne à haschisch"

58 Kraepelin 1983, 106

59 Kraepelin 1983, 106

60 Kraepelin 1983

Sa psychiatrie comparative, en permettant de regarder à l'intérieur de l'âme des peuples, pourrait ainsi contribuer à la connaissance de l'origine des pathologies mentales⁶¹.

En lisant ses réflexions, on ne retrouve pas forcément le psychiatre tel qu'il est habituellement présenté, à savoir totalement convaincu de ses théories de nosologie universelle : on ressent un léger doute, certes minime, mais tout de même présent avant le début de son voyage et avant la possibilité de voir les choses par lui-même.

Ainsi, j'ai aussi un peu de mal avec la phrase de Patrick Fermi qui affirme de Kraepelin que, dans sa psychiatrie comparée,

« faisait complètement abstraction des théories indigènes et ne s'intéressait pas du tout au relativisme culturel⁶² ».

Même si Kraepelin prépare son voyage en déclarant avoir comme objectif de vérifier l'universalité de sa classification nosologique, il envisage tout de même la possibilité que des variables extérieures, par exemple l'environnement ou la culture, puissent avoir une influence sur la maladie.

C'est en consultant un rapport annuel rédigé en allemand que Kraepelin prend connaissance de l'asile psychiatrique de Java.

Il se rend vite compte qu'il y régnait des conditions particulièrement européennes, ce qui aurait facilité la concrétisation de son projet, en évitant en partie les difficultés inhérentes à l'examen d'un nombre d'aliénés étrangers parlant une langue étrangère⁶³.

Nous ne nous attarderons pas, dans ce chapitre, sur les conclusions détaillées que Kraepelin tira de son voyage, car nous y reviendrons dans le commentaire des articles qu'il a édités à ce propos.

De ses mémoires nous ne reproduirons ici qu'une dernière phrase, particulièrement représentative de l'impression générale que le médecin a eue sur l'impact de son voyage sur ses futurs travaux:

« Grâce à cette expérience, j'étais parvenu à la conviction que mes essais dans les débuts d'une psychiatrie comparative auraient certainement rencontré un certain succès, et je m'étais promis de continuer ces travaux dès que possible⁶⁴ ».

Kraepelin, en effet, ne s'arrêtera pas à ce seul voyage.

Un an après, il se rend en ex-Yougoslavie, pour se convaincre personnellement de l'absence de paralysie générale en Bosnie, pays avec une prévalence importante de syphilis, qu'on jugeait à

61 Kraepelin 1983

62 Fermi 2001, 40

63 Kraepelin 1983

64 Kraepelin 1983, 132

“Ich gewann aus diesen und anderen Erfahrungen die Ueberzeugung, dass mein Versuch, eine vergleichende Psychiatrie anzubahnen, wohl auf gewisse Erfolge hoffen durfte, und nahm mir vor, ihn, sobald es mir möglich sein werde, weiter zu verfolgen“.

l'époque responsable de cette maladie psychiatrique. Il notera par la suite qu'il n'y a aucun patient souffrant de cette pathologie « dans l'hôpital plutôt petit et mal au point de Sarajevo⁶⁵ ». En 1906, il se rend au Portugal, où il est très déçu des soins prodigués aux malades, et en 1908, il visite les Etats-Unis.

Même s'il ne visite pas ces pays avec l'intention d'effectuer des études psychiatriques comparées, comme c'était le cas pour son voyage à Java, il profite tout de même de visiter les aliénés et les asiles de ces pays dès qu'il en a la possibilité.

Son engagement comme directeur à la clinique psychiatrique de Munich l'empêche de planifier des voyages de longue durée⁶⁶, pourtant, comme il dit dans ses mémoires, après la publication de son huitième traité de psychiatrie il avait l'intention de reprendre ses travaux de psychiatrie comparée et de prendre pour cela des vacances prolongées.

Il comptait traverser la Sibérie, continuer par le Japon et visiter enfin la Chine, où il s'était assuré une nouvelle fois la collaboration du Dr.Ellis⁶⁷.

Selon ses dires, il aurait surtout aimé explorer les maladies mentales de la population indienne et particulièrement celle de religion bouddhiste, qu'il pensait très douée intellectuellement et spirituellement et qui devait donc être, à son avis, une source très intéressante pour ses études.

Dans la huitième édition de son traité, nous retrouvons une réflexion importante, qui atteste du fait que son voyage à Java n'a fait qu'accroître son envie de comparer les folies de différents pays:

« Ce sera certainement un travail gratifiant que de rechercher d'une manière structurée les différences psychiatriques parmi un maximum de populations différentes⁶⁸ ».

Beaucoup de voyages ont été planifiés précisément dans ce but, mais n'ont pourtant pas pu avoir lieu, à cause de circonstances toujours différentes:

- Le tour du monde planifié pour 1915 n'a pas abouti à cause de la deuxième guerre mondiale;
- Un retour à Java, prévu pour 1921, s'est révélé impossible à cause de la situation politique;
- Enfin, le décès du psychiatre, en 1926, a mis fin à ses projets de voyage imminents en Inde⁶⁹.

65 Kraepelin 1983, 132

66 Bendick 1989, 75

67 Kraepelin 1983

68 Kraepelin 1909, 159

"Es wird gewiss eine dankbare Aufgabe sein, derartigen Untersuchungen bei möglichst vielen Völkern planmässig nachzugehen".

69 Bendick 1989, 76

4.3 Les deux articles-clé: « Psychiatrisches aus Java » et « Vergleichende Psychiatrie »

De retour de son fameux voyage, Kraepelin rédige, en 1904, deux articles, dans lesquels nous retrouvons les informations qu'il a recueillies à Java ainsi que les conclusions qu'il en a tirées.

Le premier article, *Psychiatrisches aus Java*, est présenté au cours du congrès annuel de l'association des psychiatres de Bavière ; le deuxième, *Vergleichende Psychiatrie*, est publié dans la revue *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. Dans ses observations, il atteste de la rareté de la psychose maniaco-dépressive ainsi que de la présence fréquente de la démence précoce. De cette dernière, il reporte toutefois l'existence de formes cliniques sensiblement différentes par rapport à ce que l'on connaît en Occident:

« Malgré toutes similitudes, chaque tableau clinique présente des différences très appréciables [...] parmi les nombreuses formes de démence au sens de notre démence précoce, il ne manquait finalement pas un seul des symptômes qui nous sont familiers, mais leur expression était beaucoup moins riche que chez nous⁷⁰ ».

Kraepelin attribue ces différences à des particularités raciales des malades ainsi qu'à des facteurs individuels qui jouent un rôle non négligeable dans la formation des tableaux psychiques⁷¹.

L'absence de paralysie générale est décrite, mais le médecin n'avance pas encore de théorie sûre pour la raison de cette absence.

Il attribue ce manque éventuellement à des différences raciales, mais il n'exclut pas des lésions cérébrales présentes chez les Européens qui les rendraient moins résistants que les indigènes à l'effet des lésions syphilitiques sur le cerveau et les vaisseaux cérébraux⁷².

La question initiale, très répandue dans l'Europe de l'époque, de savoir si le climat tropical pourrait avoir une influence essentielle sur les symptômes cliniques est très rapidement écartée par Kraepelin, car il remarque que les Européens soignés à Buitenzorg présentent en gros des tableaux cliniques identiques à ceux qu'il connaissait en Europe⁷³.

Des pathologies spéciales, comme l'*Amok* et le *Latah*, traditionnellement retrouvées parmi les peuples malais et javanais, sont aussi discutées dans ses articles.

70 Kraepelin 1904

Traduction française dans Hufschmitt 1992, 74

71 Kraepelin 1904

72 Kraepelin 1904

73 Kraepelin 1904

L'*Amok*⁷⁴, un comportement inconnu en Occident et observé en Malaisie, en Inde et en Sibérie, est une forme distincte de trouble dissociatif qui frappe généralement les individus de sexe masculin. Dans un brusque accès de folie meurtrière, la personne atteinte agresse et tue tout ce qu'elle rencontre, hommes et animaux, jusqu'à ce qu'elle-même soit mise à mort.

Le *Latah*, observé également uniquement en Asie du Sud-Est, est une hypersensibilité à une frayeur soudaine, souvent avec echopraxie et écholalie, suggestibilité, et comportement dissociatif ou état ressemblant à des conditions de transe⁷⁵.

Bien sûr, des descriptions de ces syndromes exotiques existaient déjà avant la visite de Kraepelin sur l'île, et, comme nous le verrons dans un chapitre réservé à ce propos, plusieurs psychiatres travaillant aux colonies avaient publié auparavant des articles sur le sujet.

Pourtant, ces articles offrent pour la première fois une interprétation complètement différente de ces pathologies. Considérés jusque-là comme des syndromes spécifiques aux pays orientaux, l'*Amok* et le *Latah* sont assimilés ici à une variation de deux syndromes fréquemment retrouvés en Europe, « de formes particulières de maladies qui nous sont également connues⁷⁶ » à savoir respectivement l'épilepsie et l'hystérie.

Le psychiatre termine son article avec la conclusion suivante:

« Il n'y a pas de raison d'admettre l'existence de formes entièrement nouvelles, et à ce jour inconnues de nous, de maladies mentales parmi la population indigène de Java. [...] Cependant, il faut dire que les tableaux cliniques classiques présentent à Java des modifications qui peuvent être attribuées avec une certaine pertinence aux particularités raciales. [...] Si le caractère d'un peuple est reflété dans sa religion et dans ses coutumes, dans ses productions spirituelles et artistiques, dans ses actions politiques et dans son développement historique, alors il trouvera également son expression dans la fréquence et la configuration de ses désordres mentaux⁷⁷ ».

Poussé par sa curiosité de savoir si l'on pouvait retrouver les mêmes pathologies mentales autant en Europe que dans des pays aux conditions de vie totalement différentes, Kraepelin parvient donc à la conclusion que les pathologies psychiatriques sont retrouvées au niveau international, tandis que leurs raisons, leurs symptômes et leurs fréquences dépendent des différences culturelles.

Des examinations cliniques méticuleuses amènent désormais le champ de la psychiatrie à s'élargir vers le domaine de la société et de la culture, ouvrant la voie à une recherche qui étudie les rapports de la pathologie mentale à la culture.

74 Introduit dans la langue française vers 1830, le terme *amok* provient du mot malais *amuk* qui signifie « rage incontrôlable » : ce terme peut désigner aussi bien la personne atteinte que l'accès lui-même.

75 DSM IV 2003, 1019

76 Kraepelin 1904, traduction française dans Hufschmitt 1992, 75

77 Kraepelin 1904

traduction française dans Hufschmitt 1992, 75

4.4 Répercussions du voyage sur les travaux de Kraepelin

Pour se faire une idée de l'impact qu'a eu le voyage de Kraepelin sur ses futurs travaux, j'ai décidé de décortiquer les traités de psychiatrie qu'il a écrits avant et après son voyage, afin de repérer les changements par rapport à sa vision en matière d'ethnopsychiatrie.

Le traité de psychiatrie est l'œuvre la plus complète du psychiatre. : en tout, elle connaît huit éditions, mises régulièrement à jour, qui ont été écrites entre 1883 et 1915.

Déjà dans la première édition de son traité, parue en 1883, et qui se nommait à l'époque *Compendium der Psychiatrie*, on remarque que la race et la nationalité d'un patient sont pour Kraepelin des facteurs influençant l'évolution d'une maladie.

Dans les éditions suivantes, il n'y a pas de changements considérables, et le médecin continue à évoquer la responsabilité de ces facteurs pour le développement de la maladie mentale et c'est à partir de la septième édition que le chapitre est élargi et enrichi avec les observations faites à Java par Kraepelin⁷⁸.

J'ai décidé ici de comparer deux éditions: La sixième édition, parue en 1899, et la huitième édition, parue en 1909, donc après le retour de son voyage.

Dans la première édition, une ébauche de psychiatrie transculturelle est esquissée sous forme de deux chapitres dans lesquels Kraepelin traite le sujet sur une longueur de cinq pages.

Un premier chapitre, nommé *Volkscharackter und Klima*, explique qu'en matière de maladie mentale:

« Les différences non seulement parmi les différents peuples, mais également entre petits groupes d'un même peuple excluent une origine due uniquement à des conditions de vie différentes⁷⁹ ».

Il remarque, par exemple, que dans certaines régions d'Allemagne, les taux de suicides sont particulièrement élevés, tandis que dans d'autres, c'est la prévalence des hétéro-agressions qui domine. Il est donc intéressant de noter que Kraepelin, avant de se rendre dans des pays lointains, a essayé de résoudre les questions essentielles de l'ethnopsychiatrie en comparant des ethnies différentes au sein même de son pays.

78 Bendick 1989

79 Kraepelin 1899, 87

"Die Unterschiede nicht nur der grossen Volksstämme, sondern auch der einzelnen kleinen Gruppen untereinander sind so beträchtliche, dass sie schlechterdings nicht allein oder auch nur hauptsächlich auf die verschiedenen Lebensbedingungen zurückgeführt werden dürfen".

Pour ce qui concerne l'influence du climat, jugé responsable par les médecins de l'époque pour les désordres psychiques survenus aux colonies, le psychiatre estime que cette variable joue probablement un rôle dans la fréquence et la forme de la pathologie, mais qu'il ne dispose pas de connaissances plus précises à ce sujet pour l'instant⁸⁰.

Dans le deuxième chapitre, appelé *Lebensverhältnisse*, il reprend une idée courante du XIXe siècle, à savoir la rareté de la folie parmi les peuples primitifs, et l'augmentation des maladies mentales dans les grandes villes.

S'il est assez sûr du fait que, suite à une urbanisation croissante, à la péjoration des conditions de vie et aux nombreuses tentations qui en résultent, une augmentation de la folie est survenue en Europe, il reste néanmoins assez sceptique en ce qui concerne l'absence présumée de folie chez les peuples primitifs, conscient du manque d'informations fiables à ce sujet, et il appelle par conséquent à la plus grande prudence dans le traitement de ses renseignements⁸¹.

Tout au long de ce chapitre, Kraepelin parle donc en termes de supposition, et il faudra attendre la septième édition de son traité pour qu'il y impose des certitudes.

Dans la huitième édition, la partie qui traite de l'«ethnopsychiatrie» s'est considérablement allongée, et compte désormais bien dix-sept pages.

Kraepelin a changé la définition de ses chapitres, qui se dénomment désormais « Volksart », « Klima » et « Allgemeine Lebensverhältnisse ».

Pour la première fois, il admet que des facteurs extérieurs pourraient avoir une influence majeure sur la folie, peut-être de manière nettement plus prépondérante que la nature innée d'une population : il reconnaît qu'il existe une multitude de facteurs prédisposant à différentes formes de folie, et que, pour expliquer ces différences, l'on se doit de considérer les variables comme un ensemble, et non pas de manière séparée.

En ce qui concerne la rareté de la folie au sein des populations primitives, Kraepelin reste toujours sceptique, car il s'est rendu compte que la méthodologie de recensement est douteuse et biaisée.

Il note que, du moment que le comptage des malades mentaux est douteux dans la majorité des pays, on ne peut pas constituer des tableaux comparatifs fiables, et les données doivent donc être considérées avec la plus grande prudence⁸². Alors, comment explique-t-il la moindre fréquence de l'aliénation mentale parmi les peuples primitifs ?

Le psychiatre propose, dans la huitième édition du traité, une théorie nouvelle et intéressante.

Après exposition des statistiques détaillées du nombre de cas en asile par nombre d'habitants pour un grand nombre de pays différents, il arrive à la conclusion qu'il y a eu indéniablement une aug-

80 Kraepelin 1899

81 Kraepelin 1899

82 Kraepelin 1909

mentation du nombre de malades mentaux en institution parmi les populations avancées, ce qui n'a pas été le cas pour l'Inde, l'Érythrée et Java⁸³.

Il explique que, toutefois, tous ces chiffres nous renseignent tout au mieux sur l'augmentation du nombre de malades institutionnalisés, mais pas sur l'augmentation de la maladie mentale en soi, car la croissance des aliénés en asile est en relation avec une meilleure connaissance de la folie et l'amélioration des conditions en asile, ce qui diminue les réticences à un internement.

L'institutionnalisation est favorisée aussi par les transports, la croissance de la population et le progrès de l'industrie⁸⁴.

Au fond, si l'on résume avec ses propres mots, s'il existe un plus grand nombre de fous dans les pays industrialisés, c'est parce que:

« Plus il y a d'asiles, et plus ces asiles sont joignables rapidement, plus l'idée d'un internement est suggéré tout naturellement aux proches d'un aliéné⁸⁵ ».

Il attribue donc l'augmentation du nombre de malades hospitalisés au «grand renfermement» des aliénés, à la mise en place de structures asilaires inspirées des idées du XIXe siècle et à la médicalisation de leur prise en charge.

Qu'en est-il enfin de la cause physique, du climat ?

En se référant à la présumée corrélation entre les variations climatiques et l'éclosion de la folie, Kraepelin stipule désormais que les influences climatiques n'ont pas d'influence considérable sur la fréquence et la forme de la maladie psychique : il existe d'autres variables, comme par exemple le style de vie, qui sont beaucoup plus influentes⁸⁶.

En ce qui concerne sa quête des folies exotiques inconnues, de retour de son voyage, si Kraepelin a maintenant la certitude que des dissemblances considérables existent dans la forme de la folie parmi les différentes populations, il a toutefois l'intime conviction que:

« L'on ne peut trouver nulle part ailleurs des formes entièrement nouvelles de folie⁸⁷ ».

Avec l'attestation formelle de la présence de démence précoce, de l'épilepsie et de l'hystérie même dans les endroits les plus isolés du monde, Kraepelin est dans l'obligation de s'avouer que toutes ces

83 Kraepelin 1909

84 Kraepelin 1909

85 Kraepelin 1909,163

"Je mehr Irrenanstalten es gibt, je rascher sie erreichbar sind, desto näher wird den Angehörigen eines Kranken der Gedanke seiner Unterbringung daselbst gerückt".

86 Kraepelin 1909

87 Kraepelin 1909, 167

„Dass gänzlich neue Formen anderswo nicht zu finden sind“.

maladies ont une origine qui remonte à très loin dans l'histoire du progrès de l'humanité⁸⁸ : avec cette réflexion, il instaure désormais une nouvelle ère, celle de l'universalité innée de certaines maladies.

La théorie de dégénérescence de Morel, selon laquelle la folie, quoique acquise, peut être transmise en vertu d'une hérédité de prédisposition, n'est toutefois pas totalement désavouée, car cette théorie universaliste est valable uniquement pour les pathologies dont on ne peut attribuer de causes extérieures. La syphilis par exemple, provoquée selon lui par l'alcool, ne rentre bien sûr pas dans ce raisonnement, pas plus que les psychoses particulières provoquées par des conditions particulières, exotiques, comme le Bériberi ou la Malaria.

Nous avons remarqué que, dans cette dernière édition, Kraepelin a réservé une page entière à la description de ceux qu'on appelle aujourd'hui «culture-bound syndromes»: le latah, l'Amok et le Koro⁸⁹. Selon les expériences qu'il a personnellement menées, il considère le latah comme une forme d'hystérie, l'amok comme de l'épilepsie et le Koro comme une forme de dépression : ces pathologies aussi ont donc une trame universelle et ne diffèrent que par leur aspect, métamorphosé par la culture.

88 Kraepelin 1909

89 Le *koro*, mot d'origine malaise, est un syndrome observé principalement en Asie, consistant en une anxiété massive liée à la conviction que le pénis est en train de se rétracter dans l'abdomen et de disparaître. Le koro peut apparaître de manière sporadique, touchant isolément un individu, ou bien sous forme épidémique, causant alors des effets de panique collective.

5) Kraepelin était-il le seul à s'intéresser à la psychiatrie exotique?

Bien que le sujet de ce master se consacre particulièrement aux travaux de Kraepelin, un de mes objectifs était de découvrir si d'autres contemporains du psychiatre s'étaient éventuellement déjà lancés dans les mêmes recherches que lui, en dessinant les débuts de la psychiatrie transculturelle.

Comme déjà mentionné auparavant dans le chapitre «méthodologie», l'article de René Collignon, *Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée* a été une pierre angulaire dans ma recherche. Avec la rédaction de son article, il m'a livré, comme il le dit si bien dans la préface du même texte:

« Des matériaux pour la mise en perspective historique des différents temps de confrontation des psychiatres avec la question de l'altérité et la présence, ou non, des fous ou des malades mentaux dans d'autres sociétés extra-européennes⁹⁰ ».

En tout, Collignon a répertorié, entre 1843 et 1940, une centaine d'articles qui traitent de psychiatrie coloniale. Évidemment, ne pouvant pas en commenter l'intégralité, j'en ai choisi cinq que j'estime être intéressants pour ce qui concerne mon travail.

J'ai choisi l'article de Moreau de Tours car c'est le premier article retrouvé dans la revue par Collignon, celui de Gilmore Ellis car il a rencontré Kraepelin pendant son voyage à Java.

Van Brero a été préféré puisqu'il est cité dans l'article d'Ellis et Meilhon retenu car il a utilisé le terme de psychiatrie comparée dans le titre de l'article.

Enfin, je me suis penchée sur Porot car il a été le fondateur de l'école d'Alger, laquelle a marqué profondément la psychiatrie coloniale Algérienne.

90 Collignon 1996, 265

5.1 Moreau de Tours

Dès la parution du premier numéro des AMP, qui date de 1843, on retrouve un premier article intéressant, rédigé par Moreau de Tours, psychiatre français et élève d'Esquirol.

Le papier, intitulé « Recherche sur les aliénés en Orient », rapporte les observations faites pendant un voyage d'accompagnement de trois ans par un riche patient aliéné au Moyen-Orient. Ce voyage devait avoir un but à la fois thérapeutique pour le patient et instructeur pour le médecin.

En visitant les asiles du Caire, de Constantinople, de Smyrne et de Malte, Moreau de Tours remarque tout d'abord:

« Le manque d'organisation médicale et administrative des établissements dans lesquels les lunatiques étaient enfermés [...] science, administration, tout fait défaut à la fois [...] celui qui veut se livrer à des recherches se sent arrêté à chaque pas⁹¹ ».

Pour cette raison, et contrairement à Kraepelin, Moreau de Tours se dit « Dans l'impossibilité d'arriver à des données statistiques », et il se limite donc à de simples déductions.

De même que le psychiatre allemand, Moreau de Tours visite personnellement de manière approfondie grand nombre de malades. Comme lui, il retrouve en Orient des cas de démence, des manies, des épilepsies et de l'hystérie, mais aucun cas de paralysie générale. Il remarque que le nombre d'aliénés en Orient est supérieur à ce qu'il avait attendu, mais cependant toujours plus bas qu'en Occident.

Pour Moreau de Tours :

« Si les fous sont infiniment moins nombreux qu'en Europe, cela s'explique par l'influence du climat, des institutions sociales, des mœurs islamiques⁹² ».

Selon lui, ces facteurs agissent en quelque sorte comme agents protecteurs sur la population orientale, car en étant relativement invariables ils ne risquent pas de stimuler outre-mesure les fonctions cérébrales indigènes et donc de provoquer la folie : parmi la population orientale il existerait ainsi un engourdissement habituel des fonctions du système nerveux, une demi-hébétude des facultés intellectuelles, et la torpeur des puissances actives de l'être moral⁹³.

Afin de justifier tout de même le nombre, si petit soit-il, d'aliénés rencontrés, le psychiatre français s'explique par l'effet néfaste de la consommation de haschich, fréquente parmi la population orien-

91 Moreau de Tours 1843, 2

92 Moreau de Tours 1843, 24

93 Moreau de Tours 1843

tale et, encore plus important que la drogue, par l'influence de la religion islamique admise comme cause principale et presque unique de la folie chez les Musulmans⁹⁴.

Sur la base de son article, paru bien avant celui de Kraepelin, peut-on donc considérer Moreau de Tours comme *le* précurseur dans le domaine de l'ethnopsychiatrie ?

Beaucoup d'auteurs sont de cet avis et Collignon en particulier pense que

« Cette contribution, tenue pour la plus ancienne sur les peuples extra-européens, constitue le texte fondateur d'une réflexion psychiatrique sur le monde arabo-musulman⁹⁵ ».

Pour Begué aussi, Moreau de Tours détient le rôle précurseur dans ce domaine, en tout cas en ce qui concerne l'histoire de la psychiatrie française⁹⁶.

Raimundo Oda qui reconnaît l'importance des travaux de Kraepelin tout en ne le considérant pas comme le précurseur de l'ethnopsychiatrie, qualifie par contre le voyage de Moreau de Tours comme étant « probablement la première expédition ethnopsychiatrique⁹⁷ ».

Pour Moreau de Tours, comme pour Kraepelin, l'aliénation mentale possède un caractère unitaire, mais pour lui ce sont les rapports aux conditions d'émergence de la folie qui permettent une distinction entre l'Orient de l'Occident :

« La folie étant un désordre des fonctions cérébrales, plus les causes d'excitation seront nombreuses et variées, plus ces fonctions seront exposées à être jetées en dehors de l'état normal. Autant ces causes sont fréquentes en Europe, autant elles sont rares en Orient⁹⁸ ».

La civilisation n'exerçant aucune influence sur le processus de la folie, mais uniquement sur la probabilité de son émergence, le grand partage entre Orient et Occident ne trace donc pas une ligne de démarcation entre deux types de folie mais entre deux milieux favorisant, ou non, son développement.

Le souci de Moreau de Tours est moins de comprendre les spécificités d'une folie orientale que de démontrer par une méthode comparative que la civilisation constitue un facteur causal de la folie.

94 Moreau de Tours 1843

95 Collignon 1996, 270

96 Begue 1997

97 Oda/Banzato/Dalgarrondo 2005, 157

98 Moreau de Tours 1843, 23

5.2 Gilmore Ellis

Deux articles sur le sujet de la folie exotique, qui ont paru avant ceux de Kraepelin, et qu'on a retrouvés dans les annales, ont attiré mon attention : il s'agit de textes rédigés par Gilmore Ellis, psychiatre hollandais et directeur de l'asile de Singapour de 1888 à 1909.

Il est intéressant de noter ici que Kraepelin, pendant son voyage en Asie, a rencontré le Dr Ellis, qui lui a servi de guide pour visiter l'asile local et a qui a discuté longuement avec lui des cas d'amok et de latah, les deux maladies exotiques locales.

Le premier article, "l'amok des Malais" paru pour la première fois en langue anglaise dans le *Journal of Mental Science* en 1893, est traduit en français dans les AMP par le Dr Pons.

Ellis y décrit un syndrome bien connu en Asie, *l'amok*, qu'il définit comme

« un trouble mental très commun dans l'Inde et la Malaisie [...] une impulsion violente, irrésistible et transitoire à l'homicide⁹⁹ ».

Ce trouble dissociatif peut, selon lui, survenir à la suite d'agents déclenchants les plus divers, comme par exemple un affront public, une infidélité conjugale ou une perte d'argent, il est propre à la race malaise et aux individus de sexe masculin, et il n'est à son avis pas le produit de l'alcoolisme ni de l'épilepsie : son avis diverge donc passablement de celui de Kraepelin, qui, dans son article de 1904¹⁰⁰, assimile l'amok à une forme d'épilepsie et non pas à un syndrome inconnu propre au peuple malais.

Ceci est particulièrement étonnant car le psychiatre allemand restitua à sa femme¹⁰¹ une représentation détaillée de la maladie décrite par son collègue hollandais, lequel, mise à part une ressemblance au niveau de l'amnésie postcritique, n'aurait jamais pu observer d'autres signes communs entre l'épilepsie et l'amok.

Dans le deuxième article, «Le latah, une maladie mentale des Malais», Ellis s'attaque à un deuxième trouble dissociatif typiquement malais, survenant cependant presque exclusivement chez les femmes. Après avoir fait une description de quelques cas typiques, il parvient à la conclusion qu'il s'agit là de

99 Ellis 1883, 116

100 Kraepelin 1904

101 Kraepelin 1903 dans Bendick 1989, 41

« Phénomènes d'agitation paroxystique associés à la coprolalie [...], avec comme caractère prédominant une mimique involontaire et irrésistible¹⁰² ».

Encore une fois son opinion diffère donc de celle de son confrère allemand, lequel assimile le latak à une forme d'hystérie.

5.3 Van Brero

Un autre médecin des Indes Orientales s'intéressait à la même époque aux formes de folie exotique qu'il observait: il s'agit du psychiatre Van Brero, qui exerçait également à l'asile de Buitzeborg et qui publie en 1896 l'article "Sur l'amok", dans lequel il remet en cause l'opinion d'autres psychiatres contemporains, entre autre d'Ellis Gilmore. En effet, il considère l'amok non pas comme

« Un trouble morbide spécifique à la race malaise [...] mais plutôt comme le symptôme d'une aliénation mentale transitoire »¹⁰³,

l'expression d'une aliénation mentale retrouvée fréquemment dans la psychose dégénérative : à la place de le voir comme un trouble d'ordre social, il faut donc le considérer comme une pathologie mentale.

Ce syndrome pourrait, cependant, survenir de manière sporadique aussi chez les personnes qui ne sont pas frappées de folie. Il explique cela par le fait que:

« L'indigène possède un système nerveux très sensible, qui, dans beaucoup de cas, présente les caractères d'une faiblesse irritable [...] de légères indispositions donnent naissance à une exaltation ou à une apathie qui font croire à une maladie grave¹⁰⁴ ».

L'autochtone Malais, quoique remarquablement tolérant à la souffrance physique, serait par contre hypersensible face à des situations de stress psychique ou d'humiliation... par rapport à la maladie mentale, l'amok peut donc être déchiffré par la fragilité psychique excessive des indigènes.

Le latak, autre syndrome indigène fréquent, est décrit par l'auteur dans un autre article, *Die Nerven- und Geisteskrankheit in den Tropen*. et peut selon lui être élucidé également par cette même sensibilité disproportionnée.

Van Brero remarque que dans le Latak il n'y a pas d'amnésie et que l'intelligence est intègre. Une situation de peur ou un rêve se révèlent souvent être les éléments déclenchant, mais il y a probablement une prédisposition héréditaire dans cette maladie, qui ressemble beaucoup à l'hystérie et a une

102 Collignon 1996, 280

103 Van Brero 1896

104 Van Brero 1896

neurose car la suggestion joue un rôle important : pour le médecin hollandais, ce syndrome affecte la race malaise probablement à cause d'une constitution mentale particulière a cette race¹⁰⁵.

5.4 Meilhon

Si l'on se réfère une nouvelle fois à la psychiatrie française, après le rapport de Moreau de Tours de 1843, il faudra attendre la fin du XIXe siècle pour retrouver des articles qui traitent de psychiatrie exotique : il faut dire que l'assistance psychiatrique aux colonies était pratiquement inexistante sur place, et que les aliénés, européens comme indigènes, étaient internés dans un petit nombre d'asiles français.

Meilhon, médecin adjoint à l'asile d'Aix-en-Provence, un hôpital psychiatrique qui accueillait les patients des colonies françaises du Sénégal et d'Algérie, publia en 1896 un texte intitulé « L'aliénation mentale chez les Arabes », dans lesquels il essaie de réaliser, à l'instar de Kraepelin, les premières « études de nosologie comparées ».

Il est intéressant de noter que le psychiatre français a choisi, dix ans avant son collègue allemand, d'utiliser le terme *comparé* pour le titre de son article : Kraepelin utilisera presque exactement le même mot allemand, c'est-à-dire *vergleichend*¹⁰⁶.

Se basant sur des statistiques tenues dans son établissement, qui compte seulement 83 indigènes, soit un pourcentage de 0,1 /1000 de toute la population algérienne, ainsi que sur les observations faites précédemment par Moreau de Tours, Meilhon affirme que:

« On peut dire, sans crainte d'être taxé d'optimiste, que la folie chez les Arabes est infiniment moins fréquente que dans nos pays d'Europe [...] cela nous amène à rechercher à quoi tient cette différence et par la suite à envisager la question de l'étiologie¹⁰⁷ ».

Dans son article, Meilhon explique donc les formes de folie différentes des Arabes par le biais de la race, de la civilisation et de l'hérédité.

Pour ce qui concerne les facteurs favorisant la folie, le psychiatre évoque le fatalisme de ces patients, leur tendance à la violence et essaie de trouver une explication scientifique à l'impulsivité marquée dont ils font preuve : cette dangerosité impulsive est pour lui simplement le signe d'un état

105 Van Brero 1905 dans Mense 1914

106 La traduction exacte de *vergleichend* est comparative

107 Meilhon 1896, 22

d'infériorité cérébrale native, inhérent à la race et qui, chez les malades européens, n'est retrouvée que parmi les dégénérés les plus inférieurs¹⁰⁸.

La culture est également utilisée pour expliquer la rareté de la folie chez les Arabes. C'est dans la civilisation de l'indigène qu'il compte trouver l'explication de sa partielle immunité en face de l'aliénation mentale¹⁰⁹.

Dans la religion musulmane, Meilhon voit à la fois une question d'étiologie et de prophylaxie, car,

« Si c'est entre leurs mains un instrument de préservation sociale par les règles d'hygiène très salutaires¹¹⁰ »,

notamment en dictant l'abstinence d'alcool, cette religion peut aussi être responsable d'un déclenchement d'une crise de folie :

« Il est certain que ce fatalisme religieux peut, dans certaines circonstances, devenir chez les prédisposés l'occasion de troubles intellectuels [...] l'indigène voit parfois se rompre son équilibre cérébral et tombe de plain-pied dans la folie¹¹¹ ».

Pour conclure, dans son article, Meilhon explique les formes de folie différentes des Arabes par le biais de la race, de la civilisation et de l'hérédité, en affirmant que c'est dans la culture qu'il faut chercher l'explication de la différence de l'aliénation mentale indigène:

« Les mœurs, les habitudes, l'éducation, le genre de vie, la civilisation en un mot, marquent d'une couleur particulière les déviations de l'état normal de nos facultés mentales. Dès lors, nous ne serons pas surpris de voir l'Arabe délirer d'une tout autre manière que l'Européen ».

On retrouve ici un vrai début dans le sens d'une ethnopsychiatrie « moderne », telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, soucieuse de placer le malade et les symptômes dans leur contexte culturel.

Comme Berthelie le résume très bien,

« Elle met en place le thème de la communication nécessaire, celui du respect de la culture originale du malade et de la nécessité de concevoir à travers elle les modalités thérapeutiques, donc, implicitement au moins, l'obligation pour le thérapeute de modifier son système de références –; cette thématique, assez nouvelle pour l'époque, préfigure d'ores et déjà le mode d'abord actuel des phénomènes pathologiques par l'ethnopsychiatrie [...] ¹¹² ».

On peut donc considérer Meilhon comme l'un des pionniers de cette discipline, en tout cas en ce qui concerne la psychiatrie française.

108 Meilhon 1896

109 Meilhon 1896, 23

110 Meilhon 1896, 27

111 Meilhon 1896, 27

112 Berthelie 1994, 142

6) L'évolution de l'ethnopsychiatrie dans la période entre Kraepelin et la Deuxième Guerre Mondiale

6.1 Évolution aux colonies françaises

6.1. a Le congrès des aliénistes à Tunis

En 1912, un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes de France, présidé par deux psychiatres éminents, le Dr Reboul et le Dr Regis, se tient à Tunis.

Dans le rapport qui clôture cet événement, intitulé "*L'assistance des aliénés aux colonies*", est résumé l'état des lieux de l'assistance psychiatrique coloniale française. On y remarque par ailleurs qu'elle a beaucoup de progrès à faire en ce qui concerne la prise en charge de ses malades.

En effet, contrairement à l'infrastructure des colonies anglaises et hollandaises, il n'existe aucune législation, aucun asile pour soigner les aliénés sur place, lesquels sont par conséquence tous transférés en France métropolitaine.

L'organisation de l'assistance psychiatrique aux territoires d'outre-mer établit une liste de priorités, qui comporte notamment:

- la formation de psychiatres coloniaux militaires et civils;
- la construction de locaux et établissements constituant un réseau d'assistance psychiatrique;
- la cessation complète du transport des aliénés indigènes dans les asiles de France¹¹³.

On y trouve un changement par rapport aux anciennes publications de psychiatres français, car on évoque pour la première fois, et à l'instar de Kraepelin, l'universalité de la maladie mentale:

« En vain oppose-t-on que la folie est rare chez les peuples neufs de nos colonies. C'est là une profonde erreur. La folie est aussi ancienne que le monde. C'est un mal humain, qui a existé de tout temps et en tous lieux, dans toutes les races et dans tous les pays et sur lequel la civilisation, par les excès, le surmenage, la complexité de vie qu'elle entraîne, n'agit que de façon toute relative et seulement pour le multiplier et le compliquer¹¹⁴ ».

113 Reboul/Regis 1912

114 Reboul/Regis 1912, 11

Ce texte est historiquement très important car il « définit une politique dont sont examinées les difficultés de mise en place et les réalisations jusqu'au moment des indépendances et l'émergence d'un savoir "ethnopsychiatrique" » sur le colonisé¹¹⁵ : malgré la reprise de certains sujets du rapport de 1838, il peut donc être considéré comme l'un des textes fondateurs d'une psychiatrie coloniale progressiste, soucieuse d'apporter les avantages de la civilisation à un peuple encore considéré comme « primitif ».

La Première Guerre mondiale interrompt momentanément la réalisation de ces projets, mais avec la fin du conflit armé, les premières démarches commencent à voir le jour.

6.1.b Antoine Porot

L'histoire de la psychiatrie dans les colonies françaises est écrite par la suite par des psychiatres coloniaux qui suivent les enseignements du professeur Antoine Porot (1876-1965). Médecin-chef du Centre neurologique de la Région militaire et professeur agrégé de neuropsychiatrie à la faculté de médecine, Antoine Porot est théoricien d'une psychiatrie comparée. Il a inauguré en Tunisie, en 1912, le premier service psychiatrique du Maghreb.

En 1918, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, Antoine Porot publie un texte intitulé *Notes de psychiatrie musulmane*.

Dans ce texte, essentiellement descriptif, il présente sa théorie sur le fonctionnement mental des indigènes, développée grâce à des observations collectées sur des jeunes recrues indigènes dans la guerre.

Voici un extrait du manuscrit :

« L'importante contribution militaire demandée à l'Afrique du Nord, les levées de classes entières [...] nous ont mis en présence de la véritable masse indigène, bloc informe de primitifs profondément ignorants et crédules pour la plupart, très éloignée de notre mentalité et de nos réactions, et qui n'avait jamais pénétré le moindre de nos soucis moraux, ni la plus élémentaire de nos préoccupations sociales, économiques et politiques¹¹⁶ ».

Contrairement à ce qu'on imagine en lisant le titre, plutôt qu'une description de pathologies psychiatriques, il s'agit ici d'une esquisse de la mentalité indigène:

« Fixer, même à grands traits, la psychologie de l'indigène musulman est malaisé tant il y a de mobilité et de contradiction dans cette mentalité développée dans un plan si différent du nôtre et que régissent à la fois les instincts les plus rudimentaires et une sorte de métaphysique reli-

115 Collignon 2006

116 Porot 1918, 377

gieuse et fataliste qui pénètre tous les actes de la vie individuelle et de la vie collective. [...] Retenons simplement quelques lignes de cette complexion psychologique¹¹⁷ ».

Porot poursuit avec une description du « fatalisme », du « puérilisme mental », d'absence d'«appétit scientifique», d'« immodération », de « suggestibilité », de soumission aux « instincts » de ce « bloc informe de primitifs profondément ignorants et crédules pour la plupart »¹¹⁸.

Cette crédulité et suggestibilité de l'indigène l'amène donc, selon lui, à des formes de folie particulières, différentes de celles européennes, notamment :

« À la production de formules grossières, véritable hystérie de sauvage, crises violentes et brutales, rythmées de la tête et du cou, persévération indéfinie d'attitudes caricaturales, faisant penser à la simulation, le tout entremêlé d'idées de possession (par les esprits, par les d'jenouns), sans véritable concept délirant¹¹⁹ ».

Il trouve dans la population indigène une constitution pré-morbide, et la pathologie se réduit en fin de compte à une exacerbation de cet état d'esprit qui est inné chez eux.

Même si, dans son article, Porot fait le constat d'une différence entre Orient et Occident, il utilise sa découverte pour déclarer scientifiquement la supériorité de son peuple et pour en justifier la domination coloniale.

Cet article marque le début des recherches faites par l'école de psychiatrie d'Alger, que le psychiatre français a fondée en 1918 : Quoique ses idées soient qualifiées aujourd'hui de franchement racistes, le but de cette école était au contraire de comprendre la pathologie de l'indigène, en étudiant ses coutumes et sa mentalité.

Vingt ans plus tard, en 1939, dans un texte intitulé *Le primitivisme des indigènes nord-africains* , Porot développe cette thématique, en donnant une connotation scientifique aux théories avancées préalablement:

« L'indigène nord-africain, dont le cortex cérébral est peu évolué, est un être primitif dont la vie essentiellement végétative et instinctive est surtout réglée par le diencephale¹²⁰ [...] L'Algérien n'a pas de cortex, ou, pour être plus précis, il est dominé, comme chez les vertébrés inférieurs, par l'activité du diencephale»¹²¹.

117 Porot 1918, 378

118 Porot 1918, 377

119 Porot 1918, 381

120 Intervention au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française - Bruxelles, 1935

121 Porot/Sutter 1939, 18

Porot formera, selon les directives du congrès de Tunis, toute une génération de psychiatres qui adopteront comme lui la théorie du primitivisme, plaçant l'indigène à mi-chemin entre « l'homme primitif » et « l'occidental évolué ».

Dans un article écrit par A. Porot et J. Sutter, paru en avril 1939, les deux auteurs y décrivent le primitivisme comme étant

« L'ensemble des dispositions d'esprit retrouvées constamment parmi les collectivités et les peuples les moins évolués [...] ce n'est pas seulement une manière d'être, résultant d'une éducation spéciale; il a des assises beaucoup plus profondes et nous pensons même qu'il doit avoir son substratum dans une disposition particulière sinon de l'architecture, du moins de la hiérarchisation «dynamique» des centres nerveux. Nous avons d'ailleurs émis l'hypothèse qu'il pourrait s'agir d'une certaine fragilité des intégrations corticales, laissant libre jeu à la prédominance des fonctions diencéphaliques. Ainsi pourrait s'expliquer la fréquence de l'épilepsie, de l'hystérie, des syndromes mimiques grossiers, des états d'agitation psychomotrice...¹²² ».

Leur thèse scientifique, qui se fonde dans la neurologie, croyait l'indigène privé de lobe pré-frontal, et par conséquent dépourvu de morale, d'intelligence abstraite et de personnalité.

Si cette théorie est indiscutablement fautive, voire raciste, selon les connaissances actuelles, on se doit néanmoins de reconnaître que Porot a joué un rôle capital dans l'établissement d'un système d'assistance psychiatrique en Algérie, inexistant jusqu'à son engagement.

En effet, en 1938 voit le jour le premier hôpital psychiatrique algérien à Blida-Joinville, et plusieurs autres établissements suivirent dans les années à venir, en Tunisie, au Maroc, ou plus loin comme à Madagascar ou en Indochine.

Bien que la psychiatrie coloniale de son temps servait certes à justifier l'ordre social régnant entre colonisateurs et colonisés, il ne faut pas oublier que le but de l'école d'Alger et de son fondateur était de soigner les aliénés indigènes, d'en étudier la mentalité pour essayer de comprendre la pathologie et pouvoir les aider d'une façon efficace.

6.2 Évolution dans l'Asie du Sud-Est

Comme en Afrique du Nord, la médecine et la psychiatrie se sont développées dans l'Asie du Sud-Est (à l'époque sous domination néerlandaise), dans un contexte politique et culturel dominé par le colonialisme.

122 Porot/Sutter 1939, 18

La psychiatrie a commencé à se développer vers la fin du XIXe siècle, avec l'arrivée du colonialisme néerlandais qui a amené dans le pays les connaissances scientifiques européennes : avant l'arrivée des colonisateurs, tant que la pathologie ne se révélait pas dangereuse pour la société, les aliénés indigènes étaient surtout soignés à domicile, par les proches.

Dans les cas plus graves, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, les fous étaient séparés de la société et reclus avec d'autres déviants et les pauvres, sans volonté particulière de thérapie pour les soigner¹²³ et la possibilité d'hospitaliser leurs proches aliénés a donc fourni à la population indigène une alternative en ce qui concerne la gestion de la maladie mentale.

En 1882 voit le jour le premier hôpital psychiatrique pour indigènes de Buitenzorg, en Indonésie, et d'autres établissements suivront dans différentes villes dans les Indes Orientales, notamment à Lawang et Magelang¹²⁴.

Ces nouveaux asiles rejetaient les anciennes formes d'organisation, dans lesquelles il existait des hôpitaux séparés pour différents groupes d'individus, à savoir pour les Européens, les Chinois et les indigènes : les patients étaient désormais traités en faisant abstraction de leur provenance ethnique, raciale ou culturelle. Exposés à la modernisation de la civilisation due au système colonial, ils disposaient enfin d'un système médical équitable.

Si l'on considère que, au sein des colonies françaises, le premier asile de ce type fut construit en 1938, donc presque un demi-siècle après, on peut dire que les Néerlandais ont été des précurseurs en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des aliénés de leurs colonies.

On note également, en épluchant les différentes revues psychiatriques, que la majorité des descriptions anciennes de ceux que l'on appelle aujourd'hui «culture-bound syndromes» proviennent essentiellement de médecins travaillant dans les colonies d'Inde Orientale.

Selon mes recherches, les premiers récits des folies exotiques en Asie du Sud-Est remontent à 1867 par un médecin hollandais, Van Leent¹²⁵, qui aurait décrit pour la première fois des tableaux cliniques inédits observés dans les Indes Orientales.

Peu après, les psychiatres F.H. Bauer et W.M. Smit ont rédigé des rapports sur le même sujet sur ordre du régime hollandais en 1868, et à ces premières descriptions de psychopathologies exotiques feront suite, en un laps de temps relativement rapproché, une quantité d'autres récits faits essentiellement par des médecins ou militaires néerlandais : Metzger (1887) et Rasch (1895) ont décrit la syndrome de l'Amok (1887), Gilmore Ellis (1893 et 1897) et Breitenstein (1897) se sont penchés sur le très médiatisé phénomène dissociatif du latah, et enfin Blonk (1895) a livré les premières descriptions du Koro.

123 Shorter 1997

124 Kline 1963

125 Winzeler 1984

Ces travaux sont, avec les bulletins annuels édités par les directeurs des asiles indonésiens, les documents les plus anciens retrouvés sur le sujet des maladies mentales propres aux pays exotiques.

Comment peut-on expliquer la multitude de descriptions dans ce coin particulier du monde?

Peut-être était-ce dû au fait que, contrairement aux psychiatres français, qui envoyaient les malades indigènes en France métropolitaine, les psychiatres néerlandais s'occupaient sur place de leur patients : étant plongés au cœur de la culture étrangère et confrontés aux conditions de vie des malades, ils avaient donc une vision rapprochée et presque quotidienne des pathologies locales.

On peut probablement trouver aussi une raison dans la politique de la santé néerlandaise, car pratiquer la médecine aux colonies signifiait avant tout servir la patrie.

À l'époque, la médecine dans l'archipel était sous la responsabilité militaire, et les médecins qui œuvraient dans les Indes Orientales étaient tenus à envoyer des rapports détaillés de leur activité au pays : face à la quantité croissante d'aliénés dans ses colonies, le gouvernement ordonna un premier recensement officiel sur la santé mentale aux colonies.

Après les chiffres alarmants du rapport, deux médecins, Dr F. Bauer et Dr W. Smith, ont été envoyés aux Indes Orientales pour rapporter les conditions locales et chercher des solutions pour améliorer la situation¹²⁶.

Tous ces éléments ont probablement contribué à faire en sorte que les colonies néerlandaises se retrouvaient à l'avant-garde de celle que l'on appelle aujourd'hui psychiatrie transculturelle.

6.3 Évolution dans les idéologies européennes et américaines

Avec les travaux de Geza Roheim, le père fondateur de l'anthropologie psychanalytique, commence une orientation marquée vers une «dissection» psychanalytique de la culture.

Si, dans la première partie du XXe siècle, les idéologies de domination de la plupart des pays européens colonisateurs étaient encore bien présentes, l'idée de la reconnaissance d'une diversité des cultures commence petit à petit à s'affirmer, marquant un profond changement dans l'idéologie de l'époque.

C'est à ce moment de l'histoire, à partir des années 20, que les théories d'anthropologie culturelle commencées par Franz Boas¹²⁷ (1858-1942) vont vivre un vrai essor :

126 Schoute 1937

127 Anthropologue américain d'origine allemande et fondateur de l'anthropologie culturelle

« On ne saurait oublier, à cet égard, que le culturalisme nord-américain, à ses débuts, était, pour Franz Boas et Melville Herskovitz notamment, une réplique scientifique au radicalisme scientifique en pleine expansion, à cette époque, dans des États-Unis en proie à un retour de la violence raciste¹²⁸ ».

Quelques élèves de l'anthropologue américain, qui a formé plusieurs générations d'anthropologues, vont se regrouper et donner naissance à un courant de pensée appelée culturalisme, et les travaux de Ruth Benedict seront particulièrement décisifs dans le développement de cette nouvelle sous-discipline de l'anthropologie psychologique.

Benedict s'attaque à la pensée raciste car, pour elle, la culture est radicalement étrangère à tout fondement biologique : les idées culturalistes, en introduisant la relativité et la diversité culturelles quelle que soit par ailleurs leur validité scientifique, s'opposent donc aux idéologies évolutionnistes et surtout remettent en discussion les justifications colonialistes.

La psychiatrie comparée se cache momentanément dans les dossiers médicaux, dans les rapports hospitaliers et dans les lois de l'époque, avant de réapparaître dans un contexte scientifique, au début des années 50, d'abord avec les théories de Devereux et ensuite au sein de la «Zürcher Schule¹²⁹» sous forme d'ethnopsychanalyse.

7) L'Influence des travaux de Kraepelin sur l'ethnopsychiatrie contemporaine

7.1 Le développement des sous-groupes de l'ethnopsychiatrie

L'étude de la relation entre culture et maladie a commencé à la fin du XIXe siècle, et elle s'est divisée par la suite en différents courants théoriques qui forment aujourd'hui des sous-disciplines ayant différentes appellations :

« Psychiatrie comparée » (Kraepelin 1904), « Culture et Psychopathologie » (Engelsmann 1980), « Ethnopsychiatrie » (Devereux 1974; Wulff 1978), « Transkulturelle Psychiatrie » (Wittkower 1972; Pfeiffer 1971; Peters 1977), « Comparative Psychiatry » (Murphy 1982), « Cross Cultural Psychiatry » (Kleinman 1977).

128 Fassin 2000, 257

129 L'époque de l'école de Zurich commence aux alentours de 1900, sous la supervision de Bleuler et Jung

Si Devereux, en 1977¹³⁰, définit la psychiatrie transculturelle ou métaculturelle comme une science qui étudiait la relation entre psychopathologie et culture, d'autres, comme J.M. Murphy et Leighton¹³¹ ont préféré utiliser le terme de psychiatrie interculturelle pour accentuer les caractéristiques comparatives de la discipline : le scientifique canadien E.D. Wittkower¹³², quant à lui, fut le premier à voir la psychiatrie culturelle comme une discipline devant tenir compte de la fréquence, l'étiologie et la nature du désordre mental.

En 1964, l'American Psychiatric Association (APA) a établi un Comité de psychiatrie transculturelle, en définissant la psychiatrie transculturelle comme l'étude comparative de la santé de la maladie mentale auprès des différentes sociétés, nations et cultures, ainsi que la relation entre les désordres mentaux et l'ambiance culturelle : ceci a permis le développement de la recherche comparée en psychiatrie et la naissance d'importantes études comparatives internationales.

En voici quelques exemples:

La World Health Organisation mène deux études à grande échelle, nommées « The international pilot study of schizophrenia » en 1973 ainsi que « The cross national study of depression » en 1983 ; quelques années après, en 1986, Sartorius et al. mènent « The determinants of outcomes study ».

H.B.M. Murphy¹³³ et P.M. Yap¹³⁴, s'inspirant de la tradition Kraepelinienne, recommenceront à utiliser par la suite le terme de psychiatrie comparée : pour eux, cette science doit s'occuper de l'étude des relations entre pathologies mentales et caractéristiques psychologiques qui différencient les nations, les peuples et les cultures afin d'identifier, de vérifier et d'expliquer les liens existants entre désordres mentaux et caractéristiques psychosociales.

En résumé, voilà une réflexion de Jilek, éminent professeur de psychiatrie: la mort inattendue de Kraepelin ne lui a pas permis de poursuivre ses travaux de psychiatrie comparée, mais ses disciples ont continué cette opération en créant trois catégories différentes dans ce domaine : la psychiatrie comparative, la psychiatrie transculturelle et l'ethnopsychiatrie¹³⁵.

Cela montre bien que Kraepelin a eu une influence importante sur les théories de la postérité ainsi que sur l'ethnopsychiatrie moderne.

130 Devereux 1977

131 Murphy/Leighton 1965

132 Wittkower 1964

133 Murphy 1982

134 Yap 1974

135 Jilek 1995

7.2 Les deux courants majeurs de l'ethnopsychiatrie

7.2. a La psychiatrie transculturelle

Le premier courant abordé, nommé « psychiatrie transculturelle », désigne une pratique qui se fonde sur l'universalité de la pathologie mentale, tout en reconnaissant l'existence de manifestations spécifiques d'une maladie dues à la culture dans laquelle le sujet a été élevé : même si la psychiatrie transculturelle fait l'effort de s'adapter à la culture des patients, les modalités d'intervention thérapeutiques restent celles de la psychiatrie.

Dans cette branche, on compare donc différentes variantes entre cultures diverses, en cherchant à démontrer une théorie fondamentale, c'est-à-dire l'éventuelle universalité des pathologies psychiatriques.

Ce courant a connu une popularité particulière au Canada, où, en 1955, Eric Wittkower (psychiatre) et Jack Fried (anthropologue) ont créé la section d'études psychiatriques transculturelles de l'Université de Mc Gill, à Montréal.

Pour ces scientifiques:

«Il s'agissait de réaliser systématiquement des comparaisons interculturelles basées aussi bien sur des études épidémiologiques fiables que sur des impressions individuelles de psychiatres cliniciens travaillant dans différentes sociétés. Ces études ont ainsi prolongé les premiers travaux de Kraepelin»¹³⁶.

7.2. b L'ethnopsychanalyse

Le deuxième courant, l'ethnopsychiatrie et l'ethnopsychanalyse, est indissociablement lié au nom de Georges Devereux, considéré comme le fondateur de cette discipline : cette branche considère la différence socioculturelle

« comme le fondement même de l'ethnopsychiatrie, faisant de celle-ci une science autonome, même si elle doit rester pluridisciplinaire¹³⁷ ».

136 Bibeau 1987, 8

137 Postel 1988, 219

Dans l'ethnopsychanalyse, la dimension culturelle est l'élément prioritaire pour une prise en charge optimale du patient, et sa particularité est de faire appel à une collaboration pluridisciplinaire, psychologique et anthropologique. En essayant de repérer un lien entre psychiatrie et anthropologie, Devereux trouve un compromis entre les deux selon un principe qu'il dénomme complémentarisme :

« associant systématiquement à la clinique, les données provenant de l'anthropologie sous toutes ses formes, l'ethnopsychiatrie est une discipline pluridisciplinaire et complémentariste¹³⁸ ».

Ainsi, pour lui, l'ethnopsychanalyse ne veut pas forcément opposer l'approche classique et l'approche transculturelle, et il préfère aborder les deux approches dans une complémentarité.

S'il est vrai qu'on ne peut pas expliquer toutes les manifestations de la souffrance psychique avec des données culturelles, lorsque la psychiatrie et la psychothérapie classiques butent sur la compréhension d'une maladie mentale, l'apport de l'ethnopsychanalyse peut se révéler quand même d'une grande richesse.

Un des premiers termes utilisé par l'anthropologue George Devereux pour décrire la psychiatrie culturelle, dans les années quarante, a été celui de *psychiatrie primitive*¹³⁹, faisant référence à l'étude des pathologies psychiatriques ainsi qu'aux méthodes de soin dans les cultures pré-lettrées. Par la suite, dans les années cinquante, il utilise le terme de *psychiatrie transculturelle*, avec le but d'en accentuer l'applicabilité au-delà des frontières culturelles.

Il s'oppose de cette façon au terme de psychiatrie interculturelle qui s'occupe au contraire de comparer les aspects différents des pathologies dans les différentes cultures.

Devereux, convaincu que les facteurs culturels ont un impact certain sur l'évolution de la maladie et de la thérapie, insiste donc sur la nécessité de se documenter sur la culture à laquelle le patient appartient avant de commencer une thérapie, ... une science peut être pure, c'est-à-dire non dépendante du contexte culturel, pour une courte période, mais par la suite elle acquiert inévitablement des caractéristiques culturelles¹⁴⁰.

Avec la théorie des caractéristiques culturelles, qu'il appelle *modèles d'inconduite*¹⁴¹, il rejette clairement un quelconque lien entre les désordres ethniques et les catégories nosographiques occidentales : ainsi, si l'on prend l'exemple de l'amok et du latah, les deux pathologies décrites auparavant par Kraepelin, on peut comprendre que les deux psychiatres ont une vision complètement différente sur leur étiologie.

Dans l'œuvre de Devereux, «Essais d'ethnopsychiatrie générale», nous trouvons un chapitre intitulé « Désordres ethniques: Amok, Latah, Windigo », dans lequel le psychiatre affirme qu'

138 Devereux 1972

139 Devereux 1940

140 Devereux 1996

141 Devereux 1977

« il existe dans le monde une grande variété de désordres ethniques [...] chaque aire culturelle, et peut être chaque culture, possède au moins un et souvent plusieurs désordres caractéristiques de ce genre¹⁴² ».

Pour Devereux, contrairement à Kraepelin, ni l'*amok* ni le *latah* ne peuvent être assimilés à des maladies occidentales et

« Si les deux pathologies peuvent ressembler à un cas classique, dignes de prendre place dans un manuel de psychiatrie, [...] c'est parce qu'autour de 1880 l'hystérie était la névrose typique du monde occidental¹⁴³ ».

Le psychiatre indique sans ambiguïté que la crise d'*amok* chez le Malais est une psychose type d'une société relativement simple, déterminée par un type de structure sociale,

« Car dans chaque désordre ethnique, la structure du comportement de l'individu anormal est-conforme aux attentes de la société [...] ce qui rend le comportement du malade très prévisible et en fonction du cadre de référence culturel¹⁴⁴ » :

la société dictant les catégories nosologiques, toute nosologie universelle est exclue.

Ce qui diffère de l'ancienne ethnopsychiatrie de Kraepelin, c'est qu'il n'y a pas de prédilection pour la connaissance occidentale, toutes les connaissances sont à égalité et on abandonne alors l'ancienne définition de l'ethnocentrisme :

« Ethnopsychiatrie et ethnopsychanalyse ne sont pas seulement deux termes différents, ils renvoient aussi à deux ensembles distincts possédant un sous-ensemble d'intersection. La psychiatrie et la psychanalyse sont deux disciplines à part entière. Leurs histoires, leurs concepts, leurs méthodologies et leurs pratiques sont distincts et n'ont pas le même statut épistémologique¹⁴⁵ ».

Ceci est peut-être vrai, mais l'un des buts que je voulais atteindre au début de mon enquête était de trouver une éventuelle influence de Kraepelin sur les futurs travaux de Devereux.

Malgré le fait de ne pas avoir trouvé de citations qui commentent directement les idées de Kraepelin, et malgré le fait d'avoir trouvé plus de différences que de similitudes entre les deux psychiatres, on trouve dans les théories de Devereux des points importants avec celles du médecin allemand, comme la croyance en l'application de la psychiatrie à tous les peuples, ainsi que l'intérêt pour ce qui est invariant et ce qui ne l'est pas... Ce noyau d'intérêts, comme nous l'avons déjà commenté, aboutit par la suite à des théories fondamentalement contraires.

142 Devereux 1977, 32

143 Devereux 1970, 51

144 Devereux 1977, 61

145 Fermi 2002, 335

A titre d'exemple, en ce qui concerne leur vision de la schizophrénie, Kraepelin arrive à la conclusion que oui, on la retrouve partout dans le monde, même dans les populations primitives, tandis que Devereux considère la schizophrénie comme étant une psychose exclusivement retrouvée dans la société occidentale.

On retient comme conclusion une phrase de Devereux, retrouvée dans la préface de la revue *Perspectives psychiatriques*:

« La psychiatrie exotique ne date pas d'hier. Le voyage psychiatrique de Kraepelin autour du monde ne date pas d'hier. Cette psychiatrie exotique continue d'être pratiquée, d'innombrables publications lui sont consacrées chaque année. Mais l'exotisme n'est pas une ethnopsychiatrie au sens propre du mot, tout comme un guide de musée n'est pas un traité d'archéologie ou d'histoire de l'art. Il ne peut y avoir une ethnopsychiatrie authentique sans une épistémologie, une méthodologie, une technique, une théorie qui lui appartiennent en propre¹⁴⁶ ».

On y retrouve une allusion importante à Kraepelin et on ressent que, même pour Devereux, les travaux du psychiatre allemand ont marqué une sorte de début, même loin d'être parfait, de l'actuelle ethnopsychiatrie.

7.3 L'ethnopsychiatrie dans la vision d'un anthropologue

J'ai choisi de consacrer un chapitre à la vision, en ce qui concerne l'argument choisi, d'Arthur Kleinman, un éminent psychiatre trans-culturel et professeur d'anthropologie médicale auprès de l'université d'Harvard, car ce qui m'intéressait était justement sa vision anthropologique sur les théories absolument scientifiques de Kraepelin.

Dans l'article « Anthropology and psychiatry, the role of culture in cross cultural research », Kleinman affirme que la psychiatrie transculturelle ne devrait pas s'arrêter à la pure comparaison entre différentes cultures, mais devrait essayer à la place de comprendre les processus socioculturels qui règnent dans le pays qu'il décide de comparer¹⁴⁷ : il critique ainsi les principales études internationales de psychiatrie comparée, en les accusant d'importants biais en ce qui concerne la méthodologie de la recherche.

Ainsi, « L'étude pilote internationale de la schizophrénie », conduite en neuf pays afin de standardiser les procédures diagnostiques entre pays différents, a été menée dans une optique universaliste, plaidant l'existence de symptômes au fond biologique et invariable au cœur même de la pathologie schizophrénique, constituant le noyau commun de la maladie.

146 Devereux 1975, 253

147 Kleinman and Good, 1985

Seules les formes secondaires de la maladie, comme par exemple le contenu des délires et des hallucinations, sont modelées par les conséquences pathoplastiques ou compensatoires des différentes cultures. On retrouve donc des différences interculturelles dans la forme, l'intensité et la durée de la maladie avec un meilleur pronostic dans les pays en voie de développement.

Ces théories correspondent tout à fait à la thèse de Kraepelin, qui plaidait en faveur de l'universalité des maladies psychiques, et pour lequel:

« Les symptômes présentés par le malade ne jouent qu'un rôle accessoire, ils ne sont que la manifestation superficielle du processus pathologique¹⁴⁸ ».

La démarche partant des critères et des syndromes de la psychiatrie occidentale et vérifiant leur présence ou leur absence dans des populations non-occidentales, cette approche se double généralement d'enquêtes épidémiologiques qui étudient la prévalence et l'incidence de ces différents troubles.

L'intérêt de ces études est de mieux documenter la répartition de la pathologie mentale à travers le monde et de proposer des programmes de santé mentale dans des pays sous-développés du point de vue pharmacologique, tout en tenant compte des particularités propres à ces régions.

D'autres célèbres études comparatives, la plupart des grandes enquêtes internationales réalisées par l'OMS ou encore l'élaboration de la CIM 10 et du DSM IV vont s'inspirer ensuite de ce modèle.

Si, pour certains scientifiques, il s'agit essentiellement d'une accumulation de données empiriques qui permet de dresser un panorama transculturel de la pathologie mentale¹⁴⁹, Kleinman juge ce type d'études biaisées.

A son avis, avec cette méthode, les médecins occidentaux sont à même de considérer à tort comme symptômes psychotiques un certain nombre de comportements simplement dus aux croyances locales dans certaines cultures : il nomme ce phénomène "misdiagnosis" et « category fallacy »¹⁵⁰.

De cette façon, l'orientation biomédicale qui prévaut dans ces études laisse nécessairement de côté toutes les manifestations psychologiques et les désordres « sociaux » qui n'entrent pas dans les catégories préétablies.

A part la récente adjonction des syndrome liés à la culture (Culture Bound Syndroms) ainsi que des troubles de transe et de possession dans le DSM IV, il faut reconnaître, selon lui, que tout ce qui fait la spécificité de l'expression culturelle de la pathologie mentale, ou plus exactement de la souffrance psychique, n'est pas considéré dans ce type de classification : les comparaisons cross culturelles

148 Geraud 2007, 564

149 Murphy 1994

150 Kleinman 1980

dérivées des critères occidentaux sont en conclusion inadéquates, et toutes les sortes de croyances locales doivent toujours être explorées avant d'entreprendre une quelconque comparaison¹⁵¹.

L'anthropologue critique l'idéologie professionnelle médicale qui exagère la dimension universelle des désordres psychiatriques tout en délaissant la dimension culturelle et en même temps, il reproche à l'anthropologie d'être éloignée de la réalité clinique, et de ne pas développer des approches interdisciplinaires¹⁵².

Afin de résoudre ce problème, car

« Le réductionnisme culturel n'est pas meilleur que le réductionnisme biomédical quand il s'agit de comprendre l'influence de la relations entre les deux aspects sur la maladie et la guérison »,

il préconise une collaboration entre les deux disciplines.

Cette coopération, selon lui, nécessite le

« développement d'une méthode interdisciplinaire, ou multidisciplinaire, préférable pour l'investigation des interactions cruciales entre le côté socioculturel et psychobiologique des phénomènes cliniques [...] pour une orientation clinique dans les études¹⁵³ ».

Pour ce faire, il faut savoir utiliser les données anamnestiques cliniques récoltées, les analyser tout en intégrant les valeurs et les croyances du malade, afin d'interpréter au mieux la symptomatique des comportements pathologiques.

Ainsi naît l'anthropologie médicale clinique, représentée par l'École d'Harvard d'Arthur Kleinman, qui place la compréhension anthropologique au cœur d'une investigation biomédicale, laquelle avait pour objectif

« d'assurer un meilleur développement des aspects les plus performants de la biomédecine, tout en relativisant ses visées hégémoniques et universalisantes afin d'améliorer la qualité des soins et la relation médecin/malade¹⁵⁴ ».

151 Kleinman 1980

152 Kleinman 1987

153 Kleinman 1980, 376

154 Rechtman 1998

8) Conclusions:

Emil Kraepelin, qui nous a transmis en 1904 les conclusions de ses recherches à Java, est effectivement considéré par plusieurs scientifiques et historiens comme le fondateur de la psychiatrie transculturelle... voilà quelques-unes des citations de littérature secondaire qui attestent notre conclusion:

« Nous trouvons le point de départ de [la psychiatrie transculturelle] dans le voyage que Kraepelin effectua à la fin de sa vie au tout début du siècle pour vérifier si les critères nosologiques de l'Europe de son époque étaient universels ou non¹⁵⁵ ».

« Au début de ce siècle, Kraepelin publie, après un voyage à Java, les premières observations transculturelles et définit les fondements d'une «psychiatrie comparative»¹⁵⁶.

« Nous arrivons presque à la date centenaire du voyage de Kraepelin à Java. Cette année-là, en 1904, la psychiatrie européenne rencontrait officiellement la «folie» des autres [...]»¹⁵⁷.

« Kraepelin est d'autre part l'un des fondateurs de la psychiatrie aujourd'hui dite transculturelle. Il n'est pas présomptueux de dire que sa mort inattendue, en 1926, a retardé de trente ans la prolifération de la psychiatrie culturelle comparée dont il avait semé les graines en 1904¹⁵⁸ ».

S'il est vrai que d'autres, avant lui, se sont livrés à la description de pathologies exotiques, dans son voyage de 1904, Kraepelin interprète les troubles javanais et malais d'une façon complètement différente, et les représentations locales et culturelles de l'amok et latah, désormais assimilés à l'épilepsie et l'hystérie, trouvent une nouvelle utilisation.

A partir de ses propres constatations, ainsi que sur la base de récits indigènes et à travers les rapports des voyageurs européens et des officiers coloniaux, ces syndromes se trouvent désormais catalogués dans une base de données originale inventée par Kraepelin, les Zählkarten, des dossiers cliniques où le psychiatre allemand note scrupuleusement status et anamnèse du patient, utilisant toujours la même méthodologie et en suivant le même ordre d'annotation.

155 Laplantine 1988, 29

156 Leboyer/Lévy-Leboyer/Gorwood 1994, 823

157 Baubet/Moro 2003, 1

158 Geraud 2007, 565

Pour chaque patient on retrouve les dates, une anamnèse et un status concis, avec pour finir un diagnostic présumé : c'est donc la première fois que ces syndromes sont traités sous un angle scientifique, psychiatrique et médical.

De manière générale, tous les patients rencontrés par le psychiatre sont catalogués dans ce système, et commence donc un mode d'enregistrement (et explication de la vie en Asie) qui diffère totalement des rapports coloniaux préalables.

Les différentes pathologies sont classifiées selon des registres, des tableaux et des statistiques, la folie exotique est comparée à la folie européenne de façon soi-disant administrative : l'ordre et la logique envahissent la vie des malades, les faisant rentrer dans un système de classification préalablement réservé uniquement à ses patients occidentaux.

Ce mélange de la folie orientale et occidentale permet donc à Kraepelin de réorganiser les frontières entre soi-même et l'autre, de réordonner, d'un point de vue psychiatrique, son savoir en lui permettant, de cette manière, de comparer ses connaissances au-delà de toute différence culturelle.

Kraepelin, qui ne s'intéressait pas à la compréhension de la culture de l'autre, n'avait certainement pas l'intention de faire de la psychiatrie transculturelle comme on la pratique aujourd'hui, en tenant compte des variations sociales et culturelles de la maladie mentale : par contre, si

« Le voyage d'Emil Kraepelin à Java n'avait pas d'autre ambition scientifique à part de rechercher d'éventuelles variations morbides¹⁵⁹ »,

il faut aussi reconnaître que, comme écrit Patrick Fermi, psychologue et ethnologue.

« Kraepelin fait de la psychiatrie comparée et c'est là son *réel* et non moindre mérite »¹⁶⁰.

« Ses travaux sont une pierre angulaire dans la recherche scientifique, car elle a été la première étude systématique dans la comparaison interculturelle des troubles psychiatriques »¹⁶¹

écrivait plus tôt W. Pfeiffer, élève de Kraepelin et son successeur dans le domaine de la psychiatrie culturelle allemande.

Orient et Occident trouvent, en quelque sorte, un point commun dans la folie, et grâce à cette comparaison culturelle il y a un remaniement des frontières entre les deux mondes qui rend possible le rapprochement du point de vue psychiatrique entre la science et le savoir de l'homme, en faisant abstraction de toute différence culturelle.

Kraepelin, pour la première fois dans l'histoire de la psychiatrie coloniale, s'efforce de retrouver des similitudes et non des différences entre les peuples, et ses essais ont ouvert la voie, par la suite, à d'autres interrogations et réflexions dans le domaine de l'ethnopsychiatrie:

159 Bendick 1989

160 Fermi 2001, 336

161 Pfeiffer 1994

« La recherche de Kraepelin a inspiré des actions similaires chez des médecins et psychiatres des Indes Orientales¹⁶² ».

D'ailleurs, depuis la réalisation et les résultats des grandes études comparatives internationales, on ne peut, à mon avis, plus défendre les théories relativistes qui préconisent l'incomparabilité des maladies psychiques dans les différentes cultures.

Même Devereux, pourtant d'orientation culturaliste, reconnaît tardivement que,

« En ce qui concerne les psychoses schizophréniques, les investigations transculturelles ont prouvé que Kraepelin avait raison dans sa supposition que la démence précoce est retrouvée partout dans le monde [...] et ont donné tort à ceux qui la croyaient être une psychose ethnique de la société occidentale¹⁶³ ».

Malgré son intérêt pour la nosologie et la biologie, Kraepelin n'était pas seulement intéressé par cet aspect purement scientifique, et dans les conclusions de son article phare, il prédit, à juste raison, une tout autre destinée à sa « psychiatrie comparée »:

« On trouve là-bas une foule d'observations de psychiatrie comparée qui méritent considération bien au-delà du domaine purement médical. Si la spécificité d'un peuple se manifeste au travers de sa religion et de ses coutumes, au travers de ses réalisations intellectuelles et artistiques, au travers de ses faits politiques et de son développement historique, alors elle s'exprimera finalement aussi par la fréquence et la forme clinique de ses troubles mentaux [...] il nous est permis d'espérer également que les particularités psychiatriques d'un peuple soient capables d'aider notre compréhension de l'ensemble de sa spécificité psychique. C'est dans ce sens que la psychiatrie comparée peut être appelée à devenir un jour une importante science auxiliaire de la psychologie des peuples"¹⁶⁴.

Cette psychologie des peuples, comme il l'appelle, n'est rien d'autre qu'un terme différent pour désigner l'actuelle ethnopsychiatrie, qui fait désormais appel à une collaboration entre psychiatrie et anthropologie.

On peut dire que nous avons rencontré des opinions divergentes pendant notre recherche car pour certains auteurs¹⁶⁵, Kraepelin est le fondateur de l'ethnopsychiatrie et pour d'autres certainement pas : à mon avis, Emil Kraepelin peut être considéré, non pas comme le fondateur, mais plutôt comme le précurseur de cette discipline.

En conclusion, j'aimerais terminer mon travail avec une citation de Dieter Friessem, psychiatre et neurologue et fondateur de la revue interculturelle *Curare*, qui reflète exactement mon point de vue:

162 Pols 2012

163 Devereux 1980, 235

164 Kraepelin 1904, traduction française par Huffscmitt 1992

165 Boroffka 1988 et Jilek 1995

Beaucoup d'autres scientifiques du XIXe siècle, ont reporté des observations psychiatriques faites parmi les populations non européennes... pourtant, ces auteurs n'ont pas formulé des tâches et des objectifs en vue d'une comparaison internationale et interculturelle comme Kraepelin l'a fait, ni n'ont entrepris de voyages dans des pays lointains avec l'unique intention d'une recherche psychiatrique comparée.

Ni Van Brero ni d'autres auteurs préalables de rapports anecdotiques ne peuvent donc être cités pour se disputer le rôle de Kraepelin comme initiateur de la psychiatrie transculturelle¹⁶⁶.

166 Friessem 1980

Bibliographie

Sources primaires :

Beard, George, Miller, *American nervousness, its causes and consequences: a supplement to nervous exhaustion* (New York 1881)

Beard, George Miller/ Alphonso David Rockwell, *Sexual neurasthenia (nervous exhaustion) : Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment* (New York 1884)

Carothers, John, Colin, *The African Mind in Health and Disease. A Study in Ethnopsychiatry* WHO Monograph Series n. 17 (Genève 1953)

Devereux, Georges, *Basic problems of ethnopsychiatry* (Chicago 1980)

Devereux, Georges, *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (Paris 1977)

Devereux, Georges, *Ethnopsychiatrie complémentariste* (Paris 1972)

Devereux, Georges, *Ethnopsychiatrie des indiens Mohaves* (Paris 1996)

Devereux, Georges, « Primitive psychiatry », *Bulletin of the History of Medicine* 8 (1940), 1194-1213

Devereux, Georges, « Préface au numéro Ethnopsychiatrie », *Perspectives psychiatriques* 53 (1975), 251-253

Devereux, Georges, *Psychothérapie d'un Indien de plaines* (Paris 1998 [1951])

Ellis, Gilmore, « L'Amok des malais », *Annales médico-psychologiques* 4 (1893), 116

Hippocrate, *Traité des airs, des eaux et des lieux*, 1844 dans : Daremberg, Charles Victor (éd.), *Oeuvres choisies d'Hippocrate* (Paris 1855), 296-389

Kleinman, Arthur, « Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross cultural research of illness », *British Journal of Psychiatry* 151 (1987), 447-454

Kleinman, Arthur, *Patients and healers in the context of culture* (Berkeley 1980)

Kraepelin, Emil, *Lebenserinnerungen* (Berlin 1983)

Kraepelin, Emil, *Persönliches* (Munich 2000)

- Kraepelin, Emil, *Reisebriefe*, dans Christoph Bendick, *Emil Kraepelins Forschungsreise nach Java im Jahre 1904* (Cologne 1989)
- Kraepelin, Emil, *Urlaubsgesuch an die medizinische fakultät*, dans Christoph Bendick, *Emil Kraepelins Forschungsreise nach Java im Jahre 1904* (Cologne 1989)
- Kraepelin, Emil, « On the Question of Degeneration », *History of Psychiatry* 18 (2007), 399-404
- Kraepelin, Emil, «Psychiatrisches aus Java», *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* 27 (1904), 468-469
- Kraepelin, Emil, «Psychiatrie comparée», 1904, traduction dans Luc Huffschmitt, « Kraepelin à Java », *Synapse* 86 (1992) 69-76
- Kraepelin, Emil, «Zur Entartungsfrage», *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* 31 (1908), 745-751
- Kraepelin, Emil, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Berlin 1899⁶)
- Kraepelin, Emil, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Berlin 1909⁸)
- Texte de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838*, consultable sur www.ascodocpsy.org/IMG/textes-officiels/Loi_30juin1838.pdf (consulté le 15 mai 2012)
- Meilhon, Abel-Joseph, « L'aliénation mentale chez les arabes: études de nosologie comparée », *Annales médico-psychologiques* 3 (1896), 17-32
- Moreau (de Tours), Jaques- Joseph, «Recherches sur les aliénés en orient », *Annales médico-psychologiques* 1 (1843), 103-132
- Morel, Bénédicte Augustin, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes, qui produisent ces variétés malades* (Paris 1857)
- Porot, Antoine, «Notes de psychiatrie musulmane », *Annales médico-psychologiques* 74 (1918), 377-384
- Porot, Antoine/ Jean Sutter, *Le primitivisme des indigènes nord-africains. Ses incidences en pathologie mentale* (Marseille 1939)
- Reboul, Henry/ Emmanuel Régis, *L'assistance des aliénés aux colonies, Rapport au XXIIème congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Tunis 1-7- avril 1912)* (Paris 1912)
- Van Brero, Pieter Cornelis, « Nerven und Geisteskrankheiten in den Tropen », dans Carl Mense (éd), *Handbuch der Tropenkrankheiten* (Leipzig 1914), 679-726
- Van Brero, Pieter Cornelis, «Sur l'amok», *Annales médico-psychologiques* 4 (1896), 364-371

Littérature secondaire :

American psychiatric association, *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Version internationale avec les codes CIM-10* (Paris 2003⁴)

Baubet, Thierry/ Marie Rose Moro, «Introduction », dans Baubet Thierry Marie Rose Moro (eds.), *Psychiatrie et migrations. Rapport de psychiatrie au congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française* (Paris 2003), 1-2

Begue, Jean-Michel, «Genèse de l'ethnopsychiatrie : un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française: le rapport de Reboul et Regis au congrès de Tunis en 1912», *Psychopathologie Africaine* 28 (1997), 177–220

Bendick, Christoph, *Emil Kraepelins Forschungsreise nach Java im Jahre 1904* (Cologne 1989)

Berrios, German / Richard Hauser, «The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history», *Psychological medicine* 18 (1988), 813-821

Berthelie, Robert, «Psychiatres et psychiatrie devant le musulman algérien », *Psychopathologie africaine* 16 (1980), 343-369

Berthelie, Robert, *L'homme Maghrébin dans la littérature psychiatrique* (Paris 1994)

Bibeau, Gilles, «Repères pour une approche anthropologique en psychiatrie», dans Corin Ellen, Suzanne Lamarre (éds.), *Regards anthropologiques en psychiatrie* (Montréal 1987), 7-13

Boroffka, Alexander, « Emil Kraepelin (1856–1926) and transcultural psychiatry: a historical note », *Transcultural Psychiatric Research Review* 25 (1988), 236-239

Collignon, René, « Contributions à la psychiatrie coloniale et à la psychiatrie comparée parues dans les annales médico-psychologiques. Essai de bibliographie annotée. De la création de la revue jusqu'à la veille de la deuxième guerre mondiale (1843-1939) », *Psychopathologie africaine: sciences sociales et psychiatrie en Afrique* 27 (1996), 265-326

Ellenberger, Henri, «Cultural aspects of mental disease», *Canadian Psychiatric Association journal* 4 (1959), 26-37

Engstrom, Eric, «On the Question of Degeneration by Emil Kraepelin», *History of Psychiatry* 18 (2007), 389-398

Fassin, Didier, « Les politiques de l'ethnopsychiatrie », *L'Homme*, 153 (2000), 231-250

- Fearnley, Andrew, «Primitive Madness: Re-Writing the History of Mental Illness and Race», *Journal of the history of medicine and allied sciences* 63 (2008), 245-57
- Fabrizio, Claude/ Dominique Desjeux/ Xavier Dupuis, *La dimension culturelle du développement : vers une approche pratique* (Paris 1995)
- Fermi, Patrick, «Ethnopsychanalyse: esquisse d'un roman familial», *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés* 3 (2002), 329-344
- Fermi, Patrick, « Remaniements cliniques face à la diversité culturelle », *Nervure* 14 (2001), 39-42
- Geraud, Marc, «Emil Kraepelin : un pionnier de la psychiatrie moderne (à l'occasion du cent cinquantième anniversaire de sa naissance) », *L'Encéphale* 33 (2007), 561-567
- Friessem, Dieter, « Emil Kraepelin und die vergleichende Psychiatrie. Marginalien zu einer Wiederveröffentlichung », *Curare* 3 (1980), 250-255
- Laplantine, Francois, *Ethnopsychiatrie Psychanalytique* (Paris 2007)
- Laplantine Francois, *L'ethnopsychiatrie*, dans la collection Que sais-je (Paris 1988)
- Leighton, Alexander, «Some notes of preventive psychiatry», *Canadian Psychiatric Association Journal* 12 (1967), 43-52
- Jilek, Wolfgang, «Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry», *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 245 (1995), 231–238
- Kline, Nathan, «Psychiatry in Indonesia», *American Journal of Psychiatry* 119 (1963), 809-815
- Leboyer, Marion/ Claude Lévy-Leboyer / Philip Gorwood, « Psychopathologie sociale », dans Daniel Wildlöcher (éd.), *Traité de psychopathologie* (Paris 1994), 823-861
- Mader, Rolf, « Rezensionennotiz zu Emil Kraepelin's persönliches », *Süddeutsche Zeitung* 05.08.2000
- Oda, Ana Maria Raymundo, «Some origins of cross-cultural psychiatry», *History of Psychiatry* 16 (2005), 155–169.
- Pfeiffer, Wolfgang , *Transkulturelle Psychiatrie* (Stuttgart et New York 1994²)
- Pols, Hans, « The Psychiatrist as Administrator: The Career of W. F. Theunissen in the Dutch East Indies », *Health and history* 14 (2012), 143-164
- Pols, Hans, «The development of psychiatry in Indonesia: From colonial to modern times», *International Review of Psychiatry* 18 (2006), 363–70
- Postel, Jaques, *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique* (Paris 1998)

Postel, Jaques David/ Allen, *La psychiatrie* (Paris 1994)

Rechtman, Richard, «La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité : Perspectives historiques et enjeux actuels», dans Didier Fassin (éd.), *Les nouvelles frontières de la société française* (Paris 2010), 101-128

Rechtman, Richard, «Anthropologie médicale et psychiatrie : des nouveaux paradigmes de recherche », *Pour la recherche* 17 (1998) consultable sur <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>, consulté le 20 mai 2012

Roelke Voelker, «Biologizing Social Facts: An early 20th Century Debate on Kraepelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration», *Culture, Medicine and Psychiatry* 21 (1997), 383-403

Shoute, Dieter, *Occidental Therapeutics in the Netherlands East Indies during Three Centuries of Netherlands Settlements (1600-1900)* (Batavia 1937)

Shepherd, Michael, «Two faces of Emil Kraepelin», *British Journal of Psychiatry* 167 (1995), 174-183

Shorter, Edward, *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac* (Oxford 1997)

Tseng, Wen-Shing, *Handbook of cultural psychiatry*, (San Diego 2001)

Winzeler, Robert, «The study of Malayan Latah » *Indonesia* 37 (1994), 77-104