



HAL
open science

**La place du praecox Gefühl dans le diagnostic de la
schizophrénie en pratique clinique : une étude
qualitative multicentrique menée auprès de psychiatres
hospitaliers et libéraux**

Clara Hauck-Terver

► **To cite this version:**

Clara Hauck-Terver. La place du praecox Gefühl dans le diagnostic de la schizophrénie en pratique clinique : une étude qualitative multicentrique menée auprès de psychiatres hospitaliers et libéraux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01907770

HAL Id: dumas-01907770

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01907770v1>

Submitted on 29 Oct 2018

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

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

La place du *praecox Gefühl* dans le diagnostic de la schizophrénie en pratique clinique : une étude qualitative multicentrique menée auprès de psychiatres hospitaliers et libéraux.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 3 Novembre 2017

Par Madame Clara HAUCK-TERVER

Née le 25 octobre 1988 à Woippy (57)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur CERMOLACCE Michel

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

EBBO Mikael (MCU-PH)

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Je remercie mon Directeur de thèse le Dr Michel Cermolacce, pour ce sujet passionnant qu'il m'a confié, ses conseils et son soutien tout au long de ce travail. Cela a toujours été un grand plaisir et un grand honneur d'apprendre et de travailler à tes côtés Michel.

Je remercie le Professeur Jean Naudin, Président de mon Jury, dont la clinique et l'approche de la psychiatrie et de la relation au patient m'inspirent le plus profond respect.

Merci également aux Professeurs Christophe Lançon et Laurent Boyer, pour avoir accepté de faire partie de mon Jury de thèse.

Merci au Dr Tudi Gozé pour nos échanges stimulants sur le praecox Gefühl et la clinique de la schizophrénie. Merci pour ton accueil chaleureux lors de ce week-end studieux, bucolique dans la campagne du Tarn !

Merci au Dr Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, qui m'a aidée et encouragée dans les derniers jours de la rédaction de ce travail.

Au Dr Bogdan Livanu, merci de m'avoir enseigné dès le premier jour de mon internat le métier de psychiatre. Ce jour était un jour de chance, car j'ai de plus rencontré en toi un grand ami.

Au Dr Dominique Libes, merci pour ton accueil chaleureux et ton écoute. Merci au service du Mont-Serein à Carpentras, une équipe formidable qui m'a beaucoup appris et donné ;

Merci au Dr Françoise Veyrier, pour sa confiance, son soutien, et sa passion à m'enseigner la clinique du soin aux adolescents et à leurs familles.

A Vova, mon amour,

A Maman et Christian,

A ma sœur Caroline,

A Papa, Mamily, Jean-Paul, vous me manquez chaque jour, et demeurez pour toujours dans mon cœur.

A mes amis Laurène, Angèle, Sonia, Géraldine, Gabrielle, Angélique, Andrey, Venugopal(III), Cédric : vos rires et nos aventures illuminent ma vie.

Aux membres de l'équipe Oxalis que je rejoins avec une grande fierté et un immense plaisir : Aurore, Axelle, Clara, Chloé, Florian, Florine, Françoise, Julia, Julien, Ludivine, Marie, Matthieu, Véro J, Véro L, et à l'équipe de nuit que je vois trop peu ! A nos chères Martine Petit, et Christine Chabert.

A nos collègues, professionnels de santé, aux étudiants, qui méritent toute notre considération et notre soutien,

A nos patients.

Sommaire

Introduction	3
Historique du diagnostic de la schizophrénie : précautions et enjeux	5
1) Le XIXe siècle : les premières descriptions de sémiologie psychiatrique et le concept de schizophrénie	6
2) Début du XXe siècle : psychanalyse et relativisation des diagnostics en psychiatrie	10
3) Les années 1950 et la formalisation de la recherche en psychiatrie : le DSM-I	11
4) Les années 1960 à 1980 : deux mouvements distincts dans la psychiatrie internationale	13
4.1) L'effort d'unification des classifications internationales: le DSM-II et la CIM-8	13
4.2) L'évaluation des pratiques en psychiatrie : le US/UK Diagnostic Project	16
4.3) L'année 1980 : retour à l'approche catégorielle, le DSM-III	18
4.4) La période post-DSM-III : d'importantes questions subsistent	19
Le <i>praecox Gefühl</i> et la place de la subjectivité du psychiatre dans le diagnostic de la schizophrénie	23
1) Historique du contexte de <i>praecox Gefühl</i>	23
2) Le diagnostic de la schizophrénie selon Rümke : description du <i>praecox Gefühl</i>	24
2.1) <i>Praecox Gefühl</i> et terminologie	24
2.2) La rencontre ordinaire	25
2.3) La spécificité de la rencontre avec le patient schizophrène et le <i>praecox Gefühl</i>	27
2.4) <i>Praecox Gefühl</i> , comportement moteur et diagnostic rapide	29
2.5) Conceptions de Rümke sur l'étiopathogénie de la schizophrénie	29
2.6) Limites du concept de <i>praecox Gefühl</i> chez Rümke	30
2.7) Résumé des caractéristiques du <i>praecox Gefühl</i>	31
3) Le <i>praecox Gefühl</i> dans la pensée des psychiatres contemporains de Rümke ou ultérieurs	32
4) Actualité du concept de <i>praecox Gefühl</i> : une revue de la littérature	34
5) Le processus de typification : un lien entre le <i>praecox Gefühl</i> et les classifications internationales	37
Rencontre avec le patient atteint de schizophrénie : le cas de Pierre, 19 ans	42
1) Contexte clinique	42
2) Récit du cas	42
3) Discussion du cas clinique	54
La place du <i>praecox Gefühl</i> dans le diagnostic de la schizophrénie: une étude qualitative multicentrique menée auprès de psychiatres hospitaliers et libéraux	61
1) Présentation de l'étude	61
2) Matériel et méthodes	62
3) Résultats	65
3.1) Caractéristiques de la population	65
3.2) Résultats sur les critères de jugement principaux	67
3.3) Résultats sur les critères de jugement secondaires	69
3.4) Analyse statistique des résultats	71
3.5) Comparaison avec les autres études publiées (Irle 1962 / Sagi & Schwartz 1989)	74
4) Discussion	74
Conclusion	77
Bibliographie	79
Annexe	83
Résumé	84

INTRODUCTION

La sémiologie complexe de la schizophrénie a donné naissance à la psychiatrie, discipline médicale qui emprunte à la fois aux sciences naturelles, et aux sciences humaines. Aujourd'hui encore, le mystère de la schizophrénie, étroitement lié à celui du champ de la psychiatrie, est bel et bien d'actualité.

A propos du diagnostic en psychiatrie, une partie des auteurs signalent que les tentatives actuelles pour rendre la psychiatrie plus scientifique et médicale se heurtent au risque de l'appauvrissement de la clinique, et de la réification du patient en même temps que de sa maladie^{7, 25, 33}. Par ailleurs, les classifications internationales des troubles mentaux, au premier rang desquelles le DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5^e édition) et la CIM-10 (Classification Internationale des maladies, 10^e édition) décrivent les maladies psychiques comme des entités fixes, aux frontières nettes. Elles visent l'objectivité maximale dans le diagnostic psychiatrique, mais il est certaines questions qu'elles laissent en suspens.

Quels sont les ressentis du psychiatre dans la rencontre avec un patient schizophrène ? Dans quelle mesure peut-on les décrire, et que nous apprennent-ils indirectement sur la schizophrénie ? Dans quelle mesure influent-ils sur le diagnostic ?

Notre travail de recherche va tenter d'apporter des réponses à ces questions, quelque peu passées sous silence actuellement, dans une recherche de scientificité maximale qui semble reléguer les émotions et sentiments du médecin au rang d'événements secondaires, pour ne pas dire d'artéfacts du diagnostic médical.

Nous faisons l'hypothèse que le diagnostic en psychiatrie, et en particulier le diagnostic de la schizophrénie, est non pas un processus objectif en premier lieu, mais un processus subjectif objectivable, et qui se doit d'être objectivé. C'est aussi le point de vue de Schwartz et Wiggins dans leur article sur la typification⁴⁶.

Si nous nous intéressons au ressenti du psychiatre dans le diagnostic de la schizophrénie, une notion voit le jour dans les années 1920 et est décrite par le psychiatre néerlandais H.C. Rümke : il s'agit du *praecox Gefühl*.

Le *praecox Gefühl* se rapproche d'un sentiment du bizarre difficilement définissable, mais qui semble faire partie intégrante du tableau clinique de la schizophrénie. Chaque psychiatre en formation l'expérimente. Mais sa nature tacite et peu conceptualisée en fait un phénomène qui peut passer inaperçu. C'est la répétition de son occurrence qui peut mettre le clinicien sur la voie de son identification comme signe diagnostique en tant que tel. C'est ce phénomène qui est désigné par le terme de *praecox Gefühl*. Nous allons nous intéresser à cet instant de la rencontre avec le patient souffrant de schizophrénie. Pour reprendre les termes de Tudi Gozé, qui étudie le *praecox Gefühl* dans sa thèse sur la bizarrerie de contact dans la schizophrénie, l'objet de notre étude est « une sensation étrange qui semble apparaître en un éclair et s'effacer aussitôt. Instant d'acointance terrible, c'est une sensation bouleversante parfois quand celle-ci nous *semble* faire apercevoir l'angoisse catastrophique ou l'isolement forcené, moment sans durée où nous apparaîtrait comme en esquisse le drame de la folie ¹⁵.

Tout au long de ce travail nous nous intéresserons à ce moment singulier de la rencontre avec le patient schizophrène, qui est marqué par le phénomène de *praecox Gefühl*, et nous tenterons de montrer en quoi son importance est réelle dans les questions relatives diagnostic en psychiatrie.

La première partie présente un historique du diagnostic en psychiatrie, afin de situer les contextes d'émergence des principales méthodes diagnostiques en psychiatrie. La deuxième partie est consacrée au concept de *praecox Gefühl*, et à la description qu'en fait Rümke. Elle comprend une revue de la littérature sur le *praecox Gefühl*, et une ouverture sur le lien possible entre la subjectivité du clinicien et les méthodes diagnostiques critériologiques, via le processus de typification. La troisième partie consiste en l'exposé et la discussion d'un cas clinique, une rencontre avec un jeune patient schizophrène de 19 ans. La quatrième et dernière partie consistera en la présentation de notre étude qualitative multicentrique sur la place du *praecox Gefühl* dans le diagnostic de la schizophrénie.

HISTORIQUE DU DIAGNOSTIC DE LA SCHIZOPHRENIE :

PRECAUTIONS ET ENJEUX

La psychiatrie en tant que spécialité médicale naît au début du XIXe siècle, lorsqu'un médecin français, Philippe Pinel, publie en 1801 le « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie », qui pour la première fois présente les pensionnaires des asiles psychiatriques, - alors appelés « aliénés »- comme une population de patients à part entière.

Dès lors, les médecins des asiles de France, d'Allemagne et de Grande-Bretagne en majorité, commencent à décrire les symptômes et syndromes que leurs patients présentent : il s'agit des premières descriptions de sémiologie psychiatrique, dans ce qu'elle a de plus proche de celle que l'on connaît aujourd'hui. Ces médecins s'organisent, échangent entre eux, et commencent à s'appeler mutuellement « psychiatres ».

Les premières descriptions de sémiologie psychiatrique amènent progressivement à comprendre l'organisation de certains symptômes en syndromes. Les psychiatres cherchent également à comprendre l'étiopathogénie des troubles qu'ils observent chez leurs patients. Nous verrons que la psychiatrie d'aujourd'hui, malgré la découverte et les progrès remarquables de la psychopharmacologie, de la biologie, de la neuro-imagerie fonctionnelle et de la génétique notamment, est aux prises avec le même type de problématiques que celles qui occupaient les tout premiers psychiatres, notamment en ce qui concerne l'étiopathogénie des maladies mentales, et en particulier de la schizophrénie.

C'est d'ailleurs la schizophrénie qui semble être l'exemple de maladie psychiatrique le plus approprié pour comprendre les enjeux complexes du diagnostic en psychiatrie, de la fin du XIXe siècle à nos jours.

1) LE XIXE SIECLE : LES PREMIERES DESCRIPTIONS DE SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE ET LE CONCEPT DE SCHIZOPHRENIE

L'avancée majeure à retenir du XIXe siècle se situe en 1883, lorsqu'un psychiatre allemand, Emil Kraepelin, publie une description clinique qui réunit l'hébéphrénie, la catatonie et le délire paranoïde dans un syndrome qu'il appelle dementia praecox, et qui sera renommé par Bleuler en 1911, schizophrénie.

Kraepelin est un psychiatre dont l'approche est très médicale, en ce sens qu'elle décrit de la façon la plus objective possible les signes cliniques présents, leur évolution et le processus pathologique supposé sous-jacent. Ses descriptions cliniques se fondent sur le modèle « étiologie-symptôme-pronostic/évolution-traitement », description qui, en médecine, permet d'établir un diagnostic.

Au contraire de ses contemporains, il ne pensait pas qu'un signe psychiatrique soit caractéristique d'une maladie psychiatrique. Pour lui, il n'y avait qu'une combinaison spécifique de symptômes, mis en relation avec l'évolution du trouble observé, qui permettait d'établir le diagnostic d'une maladie psychiatrique¹¹.

C'est cette façon d'appréhender les troubles psychiatriques qui a permis à Kraepelin de décrire le concept de dementia praecox, appelée aujourd'hui schizophrénie. A cet égard, il faut préciser plusieurs choses.

Tout d'abord, il nomme ainsi cette maladie car pour lui, elle est caractérisée en grande partie par son évolution : elle se déclare à un âge jeune, d'où le terme de praecox, et conduit inmanquablement, dans son évolution à une dégénérescence des fonctions cognitives du sujet, d'où le rapprochement qu'il en fait d'un processus dementiel.

Kraepelin développe ses descriptions cliniques et postule que la dementia praecox et le trouble bipolaire, alors appelé « folie maniaque-dépressive », sont deux maladies psychiatriques distinctes, la première menant à une dégradation irréversible des fonctions cognitives, quand la seconde est résolutive et permet, une fois passée la crise délirante maniaque, une restitution ad integrum des capacités cognitives du patient.

Malgré des nuances à apporter à cette théorie, Kraepelin pose donc avec elle à la fois les fondements de la sémiologie et de la nosologie psychiatrique, qui sont encore en vigueur

aujourd'hui, et introduit une démarche catégorielle en psychiatrie qui s'accompagne d'une remarquable rigueur médicale basée sur les signes objectivables des maladies psychiatriques.

Il pose également l'hypothèse d'une origine endogène de la *dementia praecox*, qu'il suppose reliée à un probable processus toxique ou à une anomalie anatomique. De façon plus générale, Kraepelin est l'un des pionniers des théories organicistes des troubles psychiques, qui donneront plus tard naissance à différents courants, la psychiatrie biologique n'étant qu'un aspect de cet héritage, qui a surtout beaucoup influencé la recherche clinique en psychiatrie.

Kraepelin a également créé une des premières classifications des troubles psychiques. En effet, dans la cinquième édition de son manuel de psychiatrie, Kraepelin a établi une classification des troubles mentaux basée sur le modèle catégoriel, où il développe des critères d'inclusion et d'exclusion pour le diagnostic de la *dementia praecox* et de la folie maniaque-dépressive²⁹.

L'approche kraepelinienne des troubles psychiatriques est encore influente de nos jours, nous le verrons par la suite.

En 1911, Eugen Bleuler reprend le concept de *dementia praecox*, mais le nuance. Il se focalise davantage sur certains de ses symptômes, qu'il considère comme « fondamentaux » ou « primaires », que sur les processus évolutifs de la maladie pour en poser le diagnostic. Il avance que pour lui ce syndrome n'a rien d'une démence, malgré l'absence de restitution ad integrum des processus de pensée et leur aspect évolutif, mais qu'il est pour lui plutôt à considérer comme la conséquence d'un signe clinique qu'il considère comme majeur : le trouble des associations, ou dissociation (*Spaltung*). Bleuler décrit la dissociation comme la perte des associations dans les processus de pensée des patients atteints.

C'est cette description qui lui fait renommer la *dementia praecox* « schizophrénie », terme que l'on connaît aujourd'hui, et qui signifie « esprit divisé ». Par ailleurs, Bleuler différencie deux types de symptômes: les symptômes primaires et les symptômes secondaires. Cette classification qu'il propose est basée sur l'hypothèse étiopathologique que le trouble des associations est responsable de la schizophrénie. Les symptômes primaires devraient alors être considérés comme constitutifs ou organiques, alors que les symptômes secondaires, eux, seraient la conséquence d'une tentative d'adaptation du psychisme au trouble des associations, qui constituerait le processus pathogénique primaire. Les symptômes

secondaires décrits par Bleuler comprennent la dissociation de la pensée, l'émoussement affectif, l'autisme, l'ambivalence, les troubles de la mémoire et de l'orientation, les altérations de l'appréhension de la réalité, comprenant les idées délirantes notamment et les hallucinations, et les symptômes catatoniques.

Karl Jaspers est un psychiatre qui a beaucoup étudié la schizophrénie. Il est le premier à avoir fait la différence, dans son ouvrage « La méthode phénoménologique en Psychopathologie », publiée en 1912, entre les symptômes objectifs et les symptômes subjectifs que peut percevoir le clinicien au cours du diagnostic.

Dans la description de Jaspers, un symptôme objectif correspond à la définition actuelle de ce que l'on appelle un signe diagnostique. Il est observé directement par le clinicien, lors de l'entretien psychiatrique, ou via des outils diagnostiques tels que des questionnaires, c'est-à-dire hors de tout processus impliquant le clinicien du point de vue subjectif.

Les symptômes subjectifs, eux, ne sont observables selon Jaspers que lors de leur transfert du patient au médecin, médié par le phénomène d'empathie : « Ils ne peuvent que devenir une réalité interne pour l'observateur par sa participation à l'expérience du patient, et non par un quelconque effort intellectuel ²³ ». C'est là un des principaux thèmes développés par Jaspers, qui a introduit d'une certaine façon la démarche phénoménologique en psychiatrie.

Philosophe autodidacte, Jaspers décrit les troubles psychiques et une méthode pour les diagnostiquer qui implique le clinicien d'un point de vue subjectif. Au cours de l'entretien, le clinicien est supposé, selon la méthode de Jaspers, tenter de comprendre les processus de pensée qui mènent son patient à développer un état psychique pathologique, c'est-à-dire au minimum un symptôme. Cette compréhension des symptômes du patient n'est possible que via une démarche médiée l'empathie.

Comment l'empathie peut-elle aider un psychiatre à comprendre ce que vit son patient ? Et dans quelle mesure peut-elle donner des pistes pour le diagnostic psychiatrique ?

Jaspers décrit deux façons de procéder pour la recherche des signes subjectifs pour le diagnostic psychiatrique : la compréhension statique et la compréhension génétique.

La compréhension statique dans la conception de Jaspers n'est possible que dans la rencontre, en présence du patient, d'où le terme de statique. Elle est médiée par l'empathie, le

clinicien étant censé éprouver *de l'intérieur* les pensées de son patient, en tenant compte par exemple des événements de vie aversifs qu'il a traversés, ou de son état mental actuel¹⁸. Elle implique donc le psychiatre dans sa subjectivité, en dehors de tout a priori que constituerait un préjugé ou un quelconque présupposé théorique. La compréhension statique fait davantage appel aux éprouvés du clinicien et moins à sa logique³⁴.

La compréhension génétique est la compréhension logique des liens de pensée amenant un patient à un état psychique pathologique. Elle n'implique pas le psychiatre dans sa subjectivité mais nécessite tout de même que le clinicien imagine le point de vue de son patient et comprenne les subtilités de son raisonnement et de l'enchaînement de ses idées. Par exemple : un patient présente un symptôme dépressif à type d'autodépréciation parce qu'il a toujours manqué de confiance en lui-même, qu'il a récemment fait l'objet d'un licenciement et qu'il s'attribue l'entière responsabilité de cet événement de vie difficile et en conclut qu'il n'est pas et ne sera jamais à la hauteur, cette dernière pensée constituant le processus pathologique.

Dans la conception de Jaspers, ces deux modes de compréhension procèdent d'une volonté d'approcher les éprouvés du patient au plus proche de son ressenti en première personne. Bien que critiqué par la suite pour sa conception du délire schizophrénique comme « incompréhensible » du point de vue phénoménologique, la méthode de Jaspers concernant le diagnostic en psychiatrie présente un intérêt dans ce qu'elle amène de la dimension subjective à l'œuvre dans le processus diagnostique.

Son élève Kurt Schneider, bien qu'ayant largement relayé ses travaux, considère qu'une méthode pour le diagnostic en psychiatrie doit être davantage pratique et objective que celle proposée par Jaspers. Par ailleurs, il rejoint Bleuler dans le fait qu'il considère que le diagnostic en psychiatrie, et notamment le diagnostic de schizophrénie, doit se baser uniquement sur les signes cliniques, et non sur l'évolution des troubles. En 1939, il formalise le diagnostic de schizophrénie, le basant sur 11 symptômes de premier rang qui seraient pathognomoniques de la schizophrénie, à la condition qu'une affection organique ait été préalablement écartée. Ces symptômes « de premier rang » sont pour Kurt Schneider, équivalents les uns aux autres et interchangeable. Ils correspondent aux critères secondaires définis par Bleuler.

Kurt Schneider propose donc, à la suite de Kraepelin notamment, une approche diagnostique critériologique de la schizophrénie. Il décrit onze symptômes « de premier

rang » qu'il considère comme nécessaire au diagnostic de la schizophrénie, et décrit une méthodologie de catégorisation des troubles psychiques où la présence d'un seul symptôme de premier rang suffit à établir le diagnostic de schizophrénie, après avoir éliminé une étiologie organique au trouble.

Ces symptômes de premier rang sont : l'énonciation ou écho de la pensée, les hallucinations auditives où des voix conversent entre elles, les hallucinations auditives où des voix commentent les activités du sujet, des sensations corporelles imposées, le vol de la pensée, l'imposition de la pensée, la divulgation de la pensée, la présence d'une perception délirante, un sentiment imposé ou contrôlé, une impulsion imposée ou contrôlée, ou une volonté imposée ou contrôlée.

Les critères de Schneider ont servi de fondement aux systèmes diagnostiques opérationnels et critériologiques qui sont encore en vigueur à l'heure actuelle. Ils furent considérés comme constituant la première classification des troubles psychiques indépendante de toute conception étiopathogénique, c'est-à-dire qualifiable d'athéorique.

2) DEBUT DU XXE SIECLE : PSYCHANALYSE ET RELATIVISATION DES DIAGNOSTICS EN PSYCHIATRIE

Au cours de la première moitié du XXe siècle, la pratique de la psychiatrie est dominée par le courant psychodynamique. Celui-ci, fortement inspiré des travaux de Sigmund Freud sur la Psychanalyse, a entraîné un progressif glissement de la psychiatrie vers des pratiques moins descriptives et classificatrices, laissant une part grandissante à la relation thérapeutique, supposée infléchir de manière significative le pronostic des maladies mentales.

Il était alors communément admis qu'il ne fallait pas formuler à un patient de diagnostic fiable et définitif, sous peine de gêner le processus psychothérapeutique.

De plus, ce mouvement suppose que les facteurs environnementaux ont un rôle prépondérant dans l'émergence d'une maladie psychiatrique. Celles-ci étaient volontiers vues comme un défaut d'adaptation à une série d'événements extérieurs négatifs, une « réaction » pathologique. La maladie psychique n'est plus identifiée comme une entité clinique en elle-même comme dans les descriptions de Kraepelin, mais elle est davantage considérée comme

un point sur un axe virtuel qui représenterait un continuum entre santé mentale et maladie, reflet d'un phénomène dynamique, qui serait potentialisé par une intervention de psychothérapie psychodynamique, ou d'inspiration analytique, visant la guérison complète du trouble.

Ces pratiques, et notamment la raréfaction des diagnostics en psychiatrie, ont pu avoir pour effet collatéral de rendre plus difficile la recherche clinique en psychiatrie pendant plusieurs années, notamment dans les domaines de l'épidémiologie et de la recherche thérapeutique, puisqu'il n'y avait alors pas de diagnostics psychiatriques fiables et valides sur lesquels s'appuyer pour développer les études cliniques³⁸.

La théorie psychodynamique, nettement inspirée des travaux de Sigmund Freud en Europe, et de Meyer aux Etats-Unis, décrit largement les désordres psychiques « légers » qui sont qualifiés de « névroses ». Les techniques de psychothérapie qui se proposent de traiter ces désordres psychiques mineurs ont peu à peu pour conséquence qu'une partie de la communauté internationale des psychiatres se détourne de la patientèle psychiatrique classique, c'est-à-dire aux troubles les plus sévères et invalidants, et se met à soigner majoritairement des troubles discrets du comportement et des émotions qui se retrouvent chez la majorité des personnes bien-portantes qui composent la société occidentale de l'époque.

A la fin des années 1940, la théorie psychodynamique avait acquis une telle notoriété dans la communauté des psychiatres, à la fois en Europe et aux Etats-Unis, qu'elle fut reconnue comme école de pensée majoritaire en 1946 par l'American Board of Psychiatry and Neurology²⁴.

3) LES ANNEES 1950 ET LA FORMALISATION DE LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE : LE DSM-I

Il résulte de cette période « a diagnostique » que la recherche clinique en psychiatrie s'est retrouvée fortement entravée par l'absence d'un cadre nosologique fiable et unificateur pour la communauté internationale des psychiatres. Beaucoup de critiques sont faites à cet égard à la psychiatrie de l'époque, par des psychiatres mais aussi par des non-psychiatres.

Les associations psychiatriques constatent la diversité des pratiques inspirées des théories psychodynamiques, ainsi que l'absence de référentiel théorique permettant de les évaluer, handicap majeur de la recherche clinique en psychiatrie qui voit ses fonds se tarir. Ce constat double fait émerger la nécessité d'une cohérence internationale des pratiques psychiatriques notamment sur la question du diagnostic, ce qui conduit l'American Psychiatric Association (APA), via le Comité de Nomenclature et de Statistique, à éditer en 1952 un nouveau système de classification des troubles psychiatriques : il s'agit du DSM-I, pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders.

Ce manuel a au départ pour vocation de formaliser la question du diagnostic en psychiatrie afin de constituer un cadre de référence à la recherche clinique, en permettant via ces catégories diagnostiques de constituer des groupes de patients suffisamment homogènes³⁹. Il comporte 102 catégories nosologiques et diagnostiques. On peut y retrouver également des explications sur l'étiologie des troubles psychiques décrits, basée en grande partie sur les héritages de la théorie psychodynamique.

Cette même année 1952 voit également la naissance de la psychopharmacologie, que l'on peut relier à la découverte par Delay et Deniker, à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, de l'action antipsychotique de la chlorpromazine (Largactil). Suite à cette avancée majeure, de nouvelles molécules sont synthétisées, telles que les antidépresseurs tricycliques, puis les benzodiazépines, ce qui dote la psychiatrie d'un panel de possibilités thérapeutiques nouvelles par la chimiothérapie. Ces découvertes entraînent nombre de recherches sur les mécanismes d'action de ces médicaments, qui s'intéressent aux neurotransmetteurs, et réexaminent l'organicité dans l'étiopathogénie des troubles psychiques comme la schizophrénie. La théorie dopaminergique voit le jour dans ce contexte.

Ces découvertes ravivent peu à peu le courant de la psychiatrie biologique, ainsi que l'espoir de trouver une étiologie organique aux troubles psychiques. Elles instaurent un double mouvement dans la pensée psychiatrique de l'époque, l'un étant l'héritage des théories psychodynamiques –certains n'hésitent pas à parler ici d'idéologie⁴², et l'autre davantage enclin à creuser la question de l'étiopathogénie et de l'organicité des maladies psychiatriques au moyen d'études cliniques valides, cheminant de concert avec les progrès de la science et de la médecine, notamment dans le domaine de l'infiniment petit.

4) LES ANNEES 1960 A 1980 : DEUX MOUVEMENTS DISTINCTS DANS LA PSYCHIATRIE INTERNATIONALE

4.1) L'EFFORT D'UNIFICATION DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES: LE DSM-II ET LA CIM-8

Le DSM-II, paru en 1968, est une édition revue et augmentée du DSM-I, et se place dans la ligne directe des objectifs de la précédente édition, à savoir de créer un référentiel utile à la recherche médicale en psychiatrie, et accessoirement de tenter d'unifier les théories psychodynamiques et une approche plus scientifique, médicale de la pratique psychiatrique, qui se voit obligée de s'affirmer à nouveau en tant que spécialité médicale.

Une autre classification notable est la CIM, la Classification Internationale des maladies, publiée par l'OMS, l'Organisation Mondiale de la santé. D'un point de vue historique, sa première édition est parue en 1893, elle s'appelait alors « Classification internationale des causes de décès », et a été adoptée par l'Institut Statistique International, dans le but de recueillir et de formaliser des données épidémiologique utiles à la recherche médicale au niveau international. Lors de la création de l'OMS en 1948, celle-ci s'est vue confier la responsabilité de la mise à jour de la CIM.

La première version que nous lui connaissons sous l'égide de l'OMS est la CIM-6, publiée en 1949, qui contenait alors pour la première fois non plus seulement les causes de mortalité mais également davantage de données sur la morbidité²⁰.

Il est intéressant de noter qu'au contraire du DSM-I, édité par l'APA (*American Psychiatric Association*) et la section dédiée aux maladies psychiatriques de la CIM-6, (la Classification Internationale des Maladies éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS) qui comportaient nombre de différences, le DSM-II et la CIM-8, publiés la même année en 1968, sont nettement plus alignés dans leurs contenus. Ceci témoigne de l'effort fait par les psychiatres des comités de rédaction au niveau international afin de proposer une classification des maladies psychiatriques la plus fiable possible, et d'ainsi maximiser la cohérence de la démarche diagnostique en psychiatrie.

Néanmoins, le DSM-II reste pour beaucoup de psychiatres une réponse partiellement satisfaisante, d'autant que sa publication est concomitante du déclin de la théorie psychodynamique²⁴.

L'un des psychiatres impliqué dans la rédaction du DSM-II est américain et s'appelle Robert Spitzer. Il fait partie, ainsi que ses collaborateurs Eli Robins, George Winokur et Samuel Guze, d'une équipe de psychiatres chercheurs basée à L'Université Washington de Saint-Louis, et dont la pensée peut être qualifiée de « néo-kraepelinienne », dans le sens où ils considèrent les maladies psychiatriques comme des entités nosologiques bien distinctes entre elles, malgré leur pathogenèse inconnue. Ils sont, de plus, en faveur d'une affirmation et d'un renforcement de la psychiatrie comme discipline médicale et scientifique. Enfin, ils se montrent critiques vis-à-vis de la psychanalyse, de la psychothérapie et de la psychiatrie sociale²¹.

Spitzer et ses collaborateurs de l'école de Saint-Louis ont beaucoup publié vers la fin des années 1960 et tout au long des années 1970 dans le cadre du « *US/UK reliability project* ». Ce projet, débuté en 1967, et composé d'une série d'études regroupées sous le nom d'IPSS, pour International Pilot Study of Schizophrenia, visait entre autres à la réaffirmation de la psychiatrie comme une discipline médicale à part entière, par le biais de l'augmentation de la fiabilité de son cadre nosologique. C'est ainsi qu'en 1972 sont publiés les *Research Diagnostic Criteria*, aussi connus sous le nom de critères de Feighner, du nom d'un des psychiatres ayant collaboré au projet. Ceux-ci sont très fortement inspirés des critères diagnostiques élaborés par Kurt Schneider en 1946.

Parallèlement à cette publication, l'école de Saint-Louis s'est également intéressée à développer des échelles diagnostiques, dans la lignée des travaux du britannique John Wing de l'Unité de psychiatrie sociale de l'Institut de psychiatrie de Londres. Ce dernier a commencé à développer dès les années 1950 des échelles diagnostiques psychométriques où étaient détaillées des méthodes d'entretiens cliniques standardisés, dans le but de maximiser la fiabilité de l'investigation et la reproductibilité inter-juges du diagnostic psychiatrique.

L'un de ces outils majeurs est le PSE (*Present State Examination*), publié par Wing, Birley, Cooper et al. en 1967 dans sa version définitive. On peut citer également son successeur le SCAN, pour *Schedules of Clinical Assessment of Neuropsychiatry*, publié plus tard, en 1990.

Spitzer et ses collègues développent également successivement des outils psychométriques, au premier rang desquels figure le MSS (*Mental Status Schedule*), en 1964, qui est publié par le Département Biométrique de l'Institut Psychiatrique de l'Etat de New York, puis le PSS (*Psychiatric State Schedule*, en 1970. Enfin, Spitzer développe également le premier logiciel informatique de diagnostic en psychiatrie, DIAGNO, en 1968. Celui-ci permet, une fois les symptômes - détectés par la méthode MSS - entrés dans le logiciel, de définir le diagnostic le plus probable selon la classification du DSM-II. Il permet donc de neutraliser une importante source de variabilité due à l'examineur dans le processus diagnostique en psychiatrie, mais reste influencé par les conceptions diagnostiques du responsable de l'édition du logiciel ⁹.

Il semble ici important de rappeler quelques notions utiles en recherche clinique et qui nous permettront de comprendre plus en détail par la suite les objectifs poursuivis par les différents collègues de psychiatres chercheurs dans leur mise au point des classifications diagnostiques en psychiatrie en particulier.

Les découvertes scientifiques, et en particulier en médecine, peuvent être définies par deux critères : la fiabilité, et la validité.

La fiabilité est considérée comme satisfaisante lorsque les opérations de la recherche peuvent être répétées à un autre moment par un autre chercheur avec le même résultat.

La validité concerne l'hypothèse à tester et son apport, majeur ou mineur, aux connaissances déjà existantes sur le sujet de la recherche.

Les critères de validité interne sont remplis lorsqu'au sein même de l'expérience, ou recherche clinique, les relations de cause à effet ont été correctement identifiées et modélisées, de façon à minimiser les biais. Par conséquent pour la population étudiée, si les biais ont été correctement identifiés au préalable, et minimisés, les résultats de la recherche amèneront à des conclusions que l'on dira valides.

Les critères de validité externe seront rencontrés lorsque ces mêmes résultats sont identifiés comme généralisables, c'est-à-dire applicables à la population générale.

4.2) L'EVALUATION DES PRATIQUES EN PSYCHIATRIE : LE US/UK DIAGNOSTIC PROJECT

A partir du début des années 1960, ces mouvements contradictoires qui animent et divisent la communauté psychiatrique internationale s'accroissent.

Un groupe grandissant de praticiens se montre critique face aux théories psychodynamiques, leur reprochant un manque de rigueur clinique notamment, ainsi qu'un manque de définition claire des concepts de santé mentale et de maladie mentale, ce qui mène à de grandes imprécisions concernant le diagnostic et le traitement des maladies mentales, et à de graves constats : entre l'Europe et les Etats-Unis, d'importantes disparités sont constatées en épidémiologie, concernant les diagnostics de la schizophrénie et du trouble bipolaire notamment.

Cela a pu être démontré par le « US/UK Diagnostic Project » qui, dès 1967, s'intéresse à prouver ces disparités saisissantes entre les pratiques en psychiatrie européenne et américaine, en vue, dans un second temps, de chercher une solution pour les harmoniser. Ce projet, mené par Morton Kramer, Chef de Biométrie au NIMH (*National Institute of Mental Health*, à Washington), et Joseph Zubin, Directeur de la recherche Biométrique au Département d'Etat de Santé mentale de New York, à l'Université Columbia, est financé par le NIMH et comporte deux volets : le premier est une étude prospective, comparative de 250 patients admis à l'hôpital psychiatrique, dans un hôpital de New York et dans un hôpital de Londres¹⁷.

L'étude consistait à comparer les diagnostics portés par les psychiatres de l'établissement, et ceux portés, pour les mêmes patients, par les examinateurs psychiatres de l'étude, qui utilisaient comme outil diagnostique le PSE-8 (*Present State Examination*, 8^e édition), le glossaire britannique, en langue anglaise donc, de la CIM-8, et enfin le logiciel DIAGNO développé par Spitzer et ses collègues. L'objectif de ces outils était d'utiliser pour le diagnostic en psychiatrie une méthode standardisée, critériologique et supposée la plus objective possible, c'est-à-dire affranchie des différences de conceptions sur le diagnostic que l'on peut retrouver entre les psychiatres.

Et les résultats furent stupéfiants : à New York, l'équipe du projet n'a porté le diagnostic de schizophrénie qu'à 29,7%, contre 56,6% de diagnostic de schizophrénie dans

l'équipe hospitalière. On retrouve beaucoup plus de diagnostic de trouble affectif diagnostiqué par l'équipe de recherche : 36,6% contre 16,6% pour l'équipe hospitalière. En Grande Bretagne, les résultats sont moins contrastés mais montrent la même tendance : 22,8% de diagnostic de schizophrénie dans l'équipe de recherche contre 35,2% pour l'équipe de psychiatres hospitaliers, et 58,6% de diagnostic de trouble bipolaire dans l'équipe de recherche contre 46,2% pour l'équipe de psychiatres hospitaliers.

Considérant ces résultats, il fut décidé qu'une étude de plus grande ampleur serait menée selon la même méthode, aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne ¹⁰. 192 patients admis dans les 9 hôpitaux psychiatriques de la région de New-York, et 174 patients admis dans 18 des hôpitaux psychiatriques de la région de Londres ont été étudiés. Les résultats obtenus ont été sensiblement les mêmes que ceux de la première étude, à savoir que malgré un nombre comparable, rapporté à la population générale, de primo-admissions à l'hôpital psychiatrique entre les Etats-Unis et la Grande-Bretagne, le nombre d'admissions identifiées pour une décompensation de schizophrénie était inférieure d'un tiers en Grande-Bretagne à ce qu'il était aux Etats-Unis, alors que les admissions pour trouble bipolaire étaient neuf fois supérieures en Grande-Bretagne par rapport aux Etats-Unis.

Les études de l'*US/UK Diagnostic Project* se poursuivirent dans les années 1970, utilisant des présentations de cas en vidéo pour évaluer la fiabilité inter-juges dans le diagnostic psychiatrique. Dans ces études comparatives, toujours entre la Grande-Bretagne et les Etats-Unis, la même différence fut mise en évidence entre les diagnostics portés par les psychiatres anglais et ceux portés par les américains ⁹.

Lorsqu'il fut question de la rédaction du DSM-III, Robert Spitzer fut désigné par l'APA comme président et coordinateur général de la *Task Force* du DSM-III, qui correspond au comité de rédaction. Il fallut nombre de conférences, de réunions et de comités de psychiatres pour mener à bien et finaliser la rédaction de cet ouvrage qui occupa plusieurs centaines de psychiatres américains pendant 6 ans ^{*}.

* voir à ce sujet la page web officielle de l'APA qui propose un encart intitulé 'DSM History'

4.3) L'ANNEE 1980 : RETOUR A L'APPROCHE CATEGORIELLE, LE DSM-III

Le DSM-III, publié en 1980, comporte 265 catégories de troubles mentaux. Ce chiffre est à opposer aux 182 troubles mentaux précédemment décrits dans le DSM-II. Cette augmentation des catégories nosologiques a été pensée tout d'abord pour refléter l'augmentation des connaissances en psychiatrie, mais aussi pour augmenter la spécificité du diagnostic psychiatrique.

Chaque catégorie de trouble est détaillée dans une description narrative, à laquelle font suite les critères diagnostiques qui doivent être présents pour porter le diagnostic.

L'un de ses auteurs principaux, Robert Spitzer, écrivait en amont de la parution du DSM-III en 1975, que l'un des objectifs du Groupe de travail sur la Nomenclature et les Statistiques, était de rédiger un manuel capable de « se faire accepter des cliniciens et des chercheurs d'orientations théoriques différentes ¹».

Le DSM-III se veut athéorique, dans l'objectif de pallier aux limites des connaissances de l'époque concernant l'étiologie des troubles mentaux. Le principe fondamental est l'absence de référence à toute conception théorique non démontrée concernant l'étiologie ou la pathogénie ²¹. Ce principe sera retrouvé dans toutes les éditions ultérieures du DSM.

Des changements majeurs sont à noter dans le DSM-III par rapport au DSM-II. Tout d'abord, l'utilisation des critères diagnostiques, qui étaient initialement préconisée dans le but de faciliter les recherches cliniques, est dorénavant généralisée à la pose de tout diagnostic psychiatrique.

Le DSM-III contient davantage de précisions sur les critères diagnostiques, et notamment des critères d'exclusion pour le diagnostic différentiel de chaque maladie psychiatrique décrite, ainsi que des critères de durée des troubles nécessaires à la pose d'un diagnostic psychiatrique.

Dans la lignée des descriptions cliniques de Kurt Schneider, les critères cliniques présents dans le DSM-III ont été choisis pour être les plus objectifs possibles, interchangeables (c'est-à-dire de même « poids » diagnostique) de façon à maximiser la fiabilité inter-juge des diagnostics psychiatriques portés. Le DSM-III comporte également des

indications pour le diagnostic différentiel, ainsi que la durée minimale d'observation requise pour un symptôme afin de pouvoir porter tel ou tel diagnostic.

Le DSM-III présente une méthode de diagnostic dite « multiaxiale », pour rendre compte de la multiplicité des présentations des troubles psychiques et pour faciliter la description clinique des symptômes présentés par le patient ²⁴, c'est-à-dire que des axes y sont décrits pour regrouper les pathologies et permettre d'affiner les diagnostics.

Enfin, deux changements importants en regard du DSM-II et de son inspiration psychodynamique, sont la suppression du terme « névrose », et la suppression définitive du terme « homosexualité ». Cette dernière modification fait suite à un vote à l'*American Psychiatry Association* plus tôt dans l'année 1980, après le constat que la description de l'homosexualité comme un trouble découlait directement des conceptions politiques et sociologiques de la déviance et non de preuves scientifiques.

Des essais cliniques financés par le NIMH entre septembre 1977 et septembre 1979 avaient pour objectif, en amont de la publication du DSM-III, de démontrer la fiabilité intersubjective des critères diagnostiques choisis. Bien que n'ayant pas été comparé à la fiabilité intersubjective des précédents cadres nosologiques psychiatriques, le système de classification du DSM-III a été présenté comme ayant une fiabilité diagnostique relativement bonne ²⁴.

4.4) LA PERIODE POST-DSM-III : D'IMPORTANTES QUESTIONS SUBSISTENT

La communauté psychiatrique a perçu la publication du DSM-III comme un phénomène exceptionnel. Certains parlent d'une « revanche de la science sur l'idéologie⁴² ».

Il a fallu peu de temps au DSM-III pour s'imposer comme ouvrage de référence en ce qui concerne la pratique et l'enseignement de la psychiatrie. En 1982, aux Etats-Unis, soit 2 ans après la publication du DSM-III, les manuels d'enseignements de psychiatrie et de Psychologie sont en grande majorité inspirés de son contenu, et les examens des étudiants en psychiatrie portent sur les catégories diagnostiques qui y sont décrites.

Les recherches cliniques également utilisent ce nouvel outil qui permet aux chercheurs d'avoir un même langage formel, ce qui facilite la communication entre les différents professionnels de la santé mentale au niveau international.

Cet ouvrage est reconnu par beaucoup de psychiatres, notamment des adeptes de la théorie psychodynamique, comme « une base pour l'enseignement et la recherche³¹».

Les publications successives du DSM-III et des éditions suivantes : le DSM-III-R (pour Révisé) en 1987, le DSM-IV en 1994, DSM-IV-TR (pour Texte Révisé) en 2000 et le DSM 5 en 2013, ont permis un nouveau souffle à la recherche clinique en psychiatrie et en Psychopharmacologie, en fournissant un cadre nosologique descriptif précis, inspiré du modèle médical, et adapté aux catégorisations nécessaires dans toute démarche de recherche clinique. Mais ce phénomène induit une conception désormais quasi universelle du diagnostic psychiatrique comme devant être en premier lieu objectif et reproductible, ce qui pose quelques questions néanmoins car cela semble éluder définitivement la question de la part de subjectivité dans le diagnostic en psychiatrie³³.

L'approche diagnostique catégorielle proposée par le DSM-III et les éditions ultérieures du DSM s'est rapidement étendue à la pratique de la psychiatrie dans son ensemble, dans le champ de la recherche bien sûr, mais également dans le champ de l'enseignement, et de la pratique clinique hospitalière et libérale.

La parution du DSM-III a généré un engouement tel qu'il fut rapidement connu de la communauté des psychiatres, mais aussi des spécialistes en industrie pharmaceutique, qui se sont donné pour mission dans les années 1980 de développer une molécule de référence en réponse à chaque diagnostic présenté dans le DSM-III²⁴. Ce phénomène pourrait en partie expliquer le recours de plus en plus systématique à des thérapeutiques médicamenteuses en psychiatrie, ce qui pose question à l'heure actuelle, du fait du retentissement majeur de la poly médication aux psychotropes sur la qualité de vie des patients, occasionnant accoutumances comme dans le cas des benzodiazépines, et autres effets indésirables parfois irréversibles tels que les dyskinésies tardives aux neuroleptiques.

Par ailleurs, J.D. Guelfi analyse ainsi le contenu du DSM-III ainsi que ses conséquences sur la recherche clinique et sur la pratique psychiatrique : « Le choix épistémologique fondamental a consisté à privilégier systématiquement dans le recueil des données cliniques principalement les critères diagnostiques d'inclusion et d'exclusion, la

fidélité inter-juges sur d'autres qualités métrologiques comme la validité. (...) De ce fait, la majorité des travaux de recherche effectués avec cet outil de travail depuis 30 ans maintenant ont consisté à vérifier et à améliorer la fiabilité inter-juges des diagnostics portés plutôt qu'à élaborer d'autres critères à valeur heuristique potentielle ou à échafauder des hypothèses originales quant à l'étiopathogénie des troubles étudiés ³⁹».

Dans la perspective de nos développements ultérieurs, il semble intéressant d'évoquer un des nombreux mouvements qui accompagne les rédactions et éditions des versions successives du DSM. A cet égard, concentrons-nous sur la rédaction du DSM 5 à partir de l'amélioration du DSM IV-TR. Dans ce dernier ouvrage, le diagnostic de la schizophrénie comportait un critère important, la bizarrerie des idées délirantes, qui était même un critère « de coefficient 2 » par rapport aux autres critères nécessaires au diagnostic de la schizophrénie, puisque si elle était présente, elle suffisait à elle seule pour remplir les critères nécessaires sur les symptômes caractéristiques de la schizophrénie, alors qu'en son absence il en fallait deux ².

La bizarrerie est un élément subjectif, car elle est ressentie par un observateur, ici le psychiatre. Elle est à nuancer bien que proche du *praecox Gefühl*, que nous décrirons par la suite et qui est l'objet de notre étude, mais elle était considérée jusqu'à la parution du DSM 5 comme un élément presque incontournable pour caractériser les symptômes schizophréniques¹⁵.

Dans l'objectif d'en préciser les contours, des auteurs ont rédigé un article pour souligner la dimension subjective du critère diagnostique de bizarrerie des idées délirantes, et appeler à une réflexion clinique et épistémologique sur cet élément-clé du diagnostic de la schizophrénie ⁸.

Le comité de rédaction, ou *Task Force*, du DSM 5, chargé notamment de collecter et d'analyser les publications récentes les plus significatives et influentes dans les différents champs de la recherche en psychiatrie pour les refléter dans l'évolution du Manuel, a été interpellé par cette publication. Il en a résulté paradoxalement la suppression du critère « bizarrerie des idées délirantes » dans la nouvelle édition du DSM.

L'historique du diagnostic en psychiatrie met en lumière un double mouvement quasi-omniprésent dans l'évolution de cette discipline médicale : la subjectivité du psychiatre est supposée affaiblir la fiabilité des diagnostics psychiatriques, là où une trop grande

objectivité au contraire semble insuffisante pour rendre compte totalement de la complexité des troubles psychiques et de la diversité de leur expression clinique. Nous allons, dans la suite de notre travail, essayer d'examiner plus précisément ce paradoxe pour tenter d'y formuler quelques pistes de réponses. Pour cela, nous allons à présent nous intéresser à la place de la subjectivité du psychiatre dans le diagnostic de la schizophrénie, et au concept de *praecox Gefühl*.

LE *PRAECOX GEFÜHL* ET LA PLACE DE LA SUBJECTIVITE DU PSYCHIATRE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA SCHIZOPHRENIE

1) HISTORIQUE DU CONTEXTE DE *PRAECOX GEFÜHL*

L'objet de notre travail de recherche est le *praecox Gefühl*, concept qui a été pour la première fois décrit par le psychiatre Néerlandais Henricus Cornelius Rümke, en 1941.

Rümke est né en 1893, à Leiden, aux Pays-Bas. Il est mort à Zurich en 1967.

Etudiant à la faculté de médecine d'Amsterdam en 1911, celui-ci est, comme nombre de ses contemporains, à la fois Neurologue et Psychiatre. Rümke étudie la Phénoménologie et est sensibilisé aux théories psychanalytiques. Il dirige pendant plusieurs années le Département de psychiatrie d'Amsterdam, puis de la ville d'Utrecht. Sa brillante carrière universitaire internationale s'achève en 1963, mais il continue de donner des conférences jusqu'à sa mort en 1967 ⁴⁵.

Comme beaucoup de psychiatres de l'époque, Rümke se passionne pour la nosologie psychiatrique. Il écrit tout au long de sa vie et se positionne quant aux descriptions cliniques et aux différentes classifications psychiatriques proposées par ses prédécesseurs. Il souligne la valeur des descriptions cliniques de Kraepelin, et se reconnaît dans son approche descriptive des symptômes et de l'évolution de la *dementia praecox*. Il émet toutefois quelques réserves sur la classification que Kraepelin propose au sein de l'entité clinique appelée *dementia praecox*, qui, nous le rappelons, correspond à l'actuelle schizophrénie.

Contemporain de Bleuler également, Rümke se montre très critique vis-à-vis de ce que Bleuler considère comme les symptômes primaires et secondaires de la schizophrénie, et l'explication étiopathogénique qu'il avance, c'est-à-dire la dissociation psychique (*Ich-Spaltung*) qui serait selon Bleuler le trouble générateur de la schizophrénie. Nous verrons ensuite que Rümke avait une autre idée, dans ce qui constituait la quête des psychiatres de l'époque, à savoir la définition du trouble générateur de la schizophrénie.

Enfin, il est à noter que Rümke était favorable à des approches cliniques et nosologiques multiples en psychiatrie, soutenant que la diversité des champs d'intérêt et de recherche en

psychiatrie, telles que la psychopharmacologie, l'approche psychobiologique, mais aussi la psychodynamique héritée de la psychanalyse, la phénoménologie constituaient des approches complémentaires, et permettraient à l'avenir un enrichissement de même qu'un affinement des connaissances et des possibilités thérapeutiques dans le domaine de la psychiatrie †.

2) LE DIAGNOSTIC DE LA SCHIZOPHRENIE SELON RÜMKE : **DESCRIPTION DU PRAECOX GEFÜHL**

2.1) PRAECOX GEFÜHL ET TERMINOLOGIE

Rümke a cherché à décrire le *praecox Gefühl* tout au long de sa carrière. Nous préférons au terme anglais « *praecox feeling* », le terme allemand de *praecox Gefühl*, qui nous semble plus respectueux des descriptions initiales.

Rümke a décrit ce phénomène à partir de la fin des années 1920. Les descriptions les plus précises sont retrouvées dans deux articles : ‘Das Kernsymptom der Schizophrenie und das « Praecoxgefühl »’, publié en 1942 ⁴⁰, et ‘Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien’, publié en 1958 ⁴¹. Le premier est le plus détaillé. Il prend la forme d'un essai, dont nous allons rappeler ici les notions-clés et les principaux mouvements.

Rappelons en premier lieu que nous sommes dans les années 1920, donc bien avant l'avènement des méthodes diagnostiques actuelles opérationnalisées, catégorielles et critériologiques comme décrites dans l'actuel DSM 5.

Tout d'abord, Rümke s'intéresse à décrire le procédé diagnostique de la schizophrénie. A ce propos, il avance que le processus à l'œuvre dans le diagnostic de la

† Traduction libre de : «It will however only be successful if it remains open to the achievements of workers using a wide variety of approaches- from Adolf Meyer and White to Stack Sullivan, from Freud's psychoanalysis to that of Menninger, from Jasper's phenomenological anthropological views to Binswanger, pharmacological psychopathology and biochemistry from Buscaino to Osmond and the psychotherapy of the psychoses from the still unknown Dutchman Breukink to Rosen and Secheyay » qui apparait dans la référence 41 (Rumke HC. Der klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt 1958;29:49–53).

schizophrénie est en grande partie inexplicable : «Il est à noter qu'il est rare pour un clinicien d'être capable d'indiquer exactement comment il parvient au diagnostic de schizophrénie †.

Partant de ce postulat, Rümke formule une idée déjà assez répandue et influente en filigrane dans la communauté de psychiatres de l'époque, à savoir que le diagnostic psychiatrique, et notamment le diagnostic de la schizophrénie, repose sur un événement singulier qui se produit lors de la rencontre avec le patient schizophrène. Cet événement, Rümke le nomme *praecox Gefühl*, ou *praecox feeling* dans sa traduction anglaise. Le terme « *praecox* » fait référence à la *dementia praecox* de Kraepelin, et est à comprendre comme un choix terminologique en opposition avec les descriptions contemporaines de Bleuler sur la schizophrénie. En effet Rümke n'est pas d'accord avec cette vision de la maladie mentale comme « esprit divisé ».

Le *praecox Gefühl* est un sentiment, « expérience », ou « coloration schizophrénique » de la rencontre, selon Rümke lui-même. Il nuance les termes qu'il emploie, en expliquant la difficulté de décrire avec des mots cette impression qui naît chez le clinicien en présence du patient schizophrène. Il est à préciser qu'à la fin de sa carrière, Rümke reconnaît son insatisfaction partielle quant à son impossibilité de décrire et conceptualiser plus finement l'expérience qu'il nomme *praecox Gefühl*.

Il est nécessaire ici de développer avec précaution la description que fait Rümke du *praecox Gefühl*, ainsi que ses implications dans le processus diagnostique. En effet, il s'agirait d'un phénomène qui apparaîtrait au psychiatre dans l'espace intersubjectif créé lors de la rencontre, ou le premier contact, entre le psychiatre et le patient schizophrène.

2.2) LA RENCONTRE ORDINAIRE

Pour illustrer et développer son propos, Rümke part d'une description d'une rencontre ordinaire entre deux individus, quel qu'en soit le contexte. En effet, que pouvons-nous dire de ce qui se passe lors d'une rencontre ordinaire entre deux personnes ?

† traduction libre de « It is remarkable for a diagnostician to be able to indicate exactly how he arrives at a diagnosis of schizophrenia » in Rümke, op.cit.

Lors d'une rencontre entre deux individus, la volonté d'établir un contact est présente, le temps de la rencontre, chez les deux individus concernés.

Cela se traduit habituellement par un subtil accordage de gestes, regards, sourires et manifestations d'intérêt réciproques à travers ce que l'on peut exprimer dans le langage, aussi bien que dans la posture corporelle. Tout ceci est codifié par des règles de politesse et un substrat culturel que l'on va considérer ici, pour simplifier notre propos, comme commun entre les deux individus en présence.

Développons plus avant cet instant de la rencontre ordinaire. Tout se passe comme si les deux protagonistes tendaient à une harmonie commune, un test d'accordage de pensées et d'émotions, en même temps qu'un échange factuel d'informations qui semblent toujours plus ou moins les mêmes. C'est ce qui peut faire de la rencontre un espace qui peut être intense et particulier, contrastant avec les apparentes banalités échangées entre les individus en de pareils cas, par exemple lors d'une rencontre amoureuse. Parfois au contraire, la rencontre humaine est parfaitement banale et anodine, par exemple lorsque, préoccupé par une journée de travail intense, nous rencontrons un intervenant ponctuel avec qui nous n'avons pas directement à traiter. Notre attention n'est alors attirée par les événements qui se passent dans l'espace de la rencontre que si celle-ci présente une caractéristique inhabituelle.

Les contextes de rencontres humaines diffèrent, mais globalement le contenu des paroles échangées reste sensiblement le même : il n'est pas rare, lorsqu'on ne connaît pas encore quelqu'un, d'être amenés à parler « de la pluie ou du beau temps », ou de lui poser quelques questions sur sa ville d'origine, son âge, son lieu d'habitation, sa profession, des questions qui ont à la fois un rôle informatif, et un rôle de *support* de la rencontre. De façon générale, les questions posées lors d'une première rencontre n'appellent pas véritablement à un développement approfondi. Elles sont souvent suivies de réponses courtes, factuelles, qui laissent place à l'interlocuteur pour en poser lui-même en retour. Elles sont des prétextes au dialogue, et au prolongement de l'instant singulier de la rencontre.

Enfin, ces questions sont personnelles, mais pas indiscrettes, de sorte que les deux individus amenés à se parler peuvent librement choisir soit d'y répondre brièvement, soit de développer certains points particuliers en fonction des affinités, du degré de sympathie qui se crée entre les interlocuteurs.

Les enjeux de cette rencontre entre deux individus peuvent être multiples. Si l'on s'en tient à un contexte simple : une rencontre dans le cadre privé entre deux individus d'âge similaire, il va être question tout d'abord pour les deux protagonistes d'évaluer le degré d'affinité possible avec la personne rencontrée, ce que l'on appelle la fameuse « première impression ». A ce propos, Jean Oury, éminent psychiatre, psychanalyste et l'un des fondateurs de la psychothérapie institutionnelle, parle ainsi de la rencontre : « C'est quoi la rencontre ? Ce n'est pas simplement des « bonjour », « à bientôt » ou « on va boire un pot ? » ... s'il y a vraiment eu rencontre, après ça ne sera pas comme avant. Une vraie rencontre fait sillon dans le réel. C'est ineffaçable ³⁵».

Le langage courant regorge d'expressions idiomatiques pour décrire ce temps de la rencontre où finalement, le fond des paroles échangées est toujours sensiblement le même. L'hypothèse que l'on peut alors formuler est que l'essentiel des événements qui se passent dans le temps de la rencontre humaine concerne l'attitude gestuelle, le contact oculaire, le timbre de la voix, les mouvements et divers signaux envoyés par notre corps, ce que les psychologues appellent « langage non-verbal », et que l'on peut ici également rapporter à *la forme* du langage.

C'est ce que Rümke met en lumière dans ses développements sur le *praecox Gefühl* : « le secret de la schizophrénie est un secret de la forme ⁴¹ ». Essayons donc de comprendre ce qu'il entend par là.

Il est bien évidemment difficile de comparer une rencontre ordinaire dans le cadre privé, et une rencontre entre un patient et un psychiatre. En effet, le contexte amenant une personne à consulter un psychiatre est sensiblement différent de celui d'une rencontre ordinaire, tant dans ses raisons, souvent critiques, que dans son déroulement et ses enjeux. Faisons néanmoins l'hypothèse avec Rümke qu'il s'agit toujours d'une rencontre et qu'à ce titre les événements qui s'y déroulent donnent lieu à une comparaison.

2.3) LA SPECIFICITE DE LA RENCONTRE AVEC LE PATIENT SCHIZOPHRENE ET LE PRAECOX GEFÜHL

Dans sa description de la rencontre avec le patient schizophrène, Rümke explique : « le secret de la relation qui est supposée s'instaurer lors de toute rencontre

humaine se trouve être à sens unique. Cette perception par le psychiatre de ses tentatives isolées pour établir un contact avec le patient induit un sentiment de désespoir chez l'investigateur sain, qui tente alors souvent des approches qui irritent le patient et peuvent même provoquer des réactions de retrait supplémentaires. » Le psychiatre serait dans une posture de malaise où, le patient ne portant pas spontanément d'intérêt à la situation de la rencontre, il ne s'y implique pas et ne cherche pas à instaurer un contact avec le médecin. Rümke poursuit : « L'absence d'expression spontanée et de communication est frappante §».

Il poursuit en décrivant deux tendances dans la rencontre, deux mouvements en sens contraire : d'une part, celui du psychiatre, qui ressent une urgence à établir un contact avec le patient, d'autre part, la diminution de l'instinct de rapprochement présent chez le patient souffrant de schizophrénie.

Rümke décrit ensuite en ces termes la réaction du psychiatre: il parle d'un manque d'empathie avec le patient.

Il convient ici de se pencher sur la notion d'empathie. Du latin *in-* qui signifie « en, dans » et du grec *pathos*, « la souffrance », ce terme a plusieurs significations proches. Dans le dictionnaire Larousse, l'empathie est la faculté intuitive de se mettre à la place de quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent **. Ici, ce n'est pas exactement ce dont il est question, ce serait confondre empathie et sympathie. Préférons-lui cette définition qui est une définition philosophique, phénoménologique : l'empathie est la capacité à appréhender de façon immédiate l'affectivité de l'autre.

Dans la description de Rümke, le *praecox Gefühl* serait donc une impression ressentie par le médecin d'une impossibilité à appréhender de façon immédiate l'affectivité du patient. Pas moyen de savoir s'il est triste, embarrassé, énervé, méfiant, angoissé, ironique ou moqueur : les signes corporels et expressions du visage notamment, qui sont d'ordinaire communs aux échanges banaux de la vie quotidienne manquent, il en résulte une impression de perplexité chez le clinicien, une sorte d'incertitude flottante.

Rümke complète sa description en ces termes : « Le clinicien ne peut pas « trouver le patient », il ne peut pas établir le contact avec la personnalité du patient en tant qu'unité. ».

§ traduction libre de « the absence of spontaneous, communication-directed language is striking », Rümke HC.

** Le petit Larousse illustré, ed. by Claude Nimmo, Édition 2017.

2.4) PRAECOX GEFÜHL, COMPORTEMENT MOTEUR ET DIAGNOSTIC RAPIDE

Rümke décrit que, parfois, le *praecox Gefühl* est ressenti par le psychiatre avant même qu'il ait parlé avec le patient. La maladie est reconnue par une observation fine de la posture du corps, l'expression du visage, le comportement moteur, donc la totalité de l'expressivité du patient. Il décrit ainsi ce phénomène : « Je ressens que le syndrome moteur et des mouvements schizophrènes est causé par la disparition des mouvements qui sont destinés à établir le contact humain. Il manque alors à l'examineur les expressions corporelles de contact que présentent les personnes normales (non schizophrènes), et en même temps, il est frappé par les tentatives désespérées du malade schizophrène pour rétablir le contact ⁴⁰». Cette dernière assertion est quelque peu contradictoire avec sa précédente description de la rencontre avec le patient schizophrène, où Rümke décrit une tentative unilatérale, du côté du psychiatre, d'établir le contact. Ici, il semble évoquer une tentative du patient, inconstante, d'entrer en contact avec le psychiatre, mais sur des modalités discordantes.

L'un des aspects intéressants de cette observation de Rümke, qu'il réaffirme dans la phrase « Ils (les symptômes moteurs) peuvent souvent être reconnus en un clin d'œil ^{††} », est que la notion de *praecox Gefühl* recouvre le fait que le diagnostic psychiatrique peut être un diagnostic rapide. Plus précisément, cela suppose qu'un psychiatre expérimenté peut diagnostiquer la schizophrénie dans les premières minutes d'une rencontre. Nous développerons ce point dans la suite de notre exposé, car des études spécifiques se sont consacrées à la rapidité du diagnostic en psychiatrie, ce qui pourra nous faire progresser dans notre questionnement sur cet aspect du travail clinique.

2.5) CONCEPTIONS DE RÜMKE SUR L'ÉTIOPATHOGENIE DE LA SCHIZOPHRENIE

Enfin, Rümke développe son hypothèse personnelle sur l'étiopathogénie de la schizophrénie. Il considère que c'est la diminution de l'instinct de contact ou de

^{††} Traduction libre de « they can often be recognized as a glance », in: Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecox Gefühl“, (Rümke HC, référence 40).

rapprochement interpersonnel qui est le trouble fondateur de la schizophrénie. Sa traduction clinique en est le *praecox Gefühl*, signe subjectif identifié par le clinicien.

Rümke le décrit comme le signe pathognomonique qui doit faire poser le diagnostic de schizophrénie, et l'écarter s'il n'est pas présent.

Il est intéressant également de rapporter ces éléments descriptifs, dans lesquels Rümke esquisse une métaphore du *praecox Gefühl*, qui peut être utile à sa reconnaissance.

Il l'apparente à un halo de mystère qui colore la rencontre avec le patient : « cet attribut indéfinissable qui entoure tous les symptômes observés induit le « *praecox Gefühl* †† ».

Il précise cette idée du « noyau » schizophrénique : « Le noyau garde ses secrets ; nous distinguons ce noyau qui brille par-delà toutes les barrières, mais elles semblent rester malgré tout très efficaces §§ ».

2.6) LIMITES DU CONCEPT DE PRAECOX GEFÜHL CHEZ RÜMKE

A la fin de son développement, Rümke nuance ce concept de *praecox Gefühl*, et en reconnaît lui-même certaines limites, en premier lieu desquelles les descriptions qu'il a pu en faire et qui ne le satisfont pas totalement.

Il explique également que le *praecox Gefühl* dans la conception qu'il s'en fait, est un outil diagnostique parfois limité par l'examineur lui-même : si le psychiatre a lui-même un trouble du contact avec les autres, il ressentira le *praecox Gefühl* dans des situations qui ne s'y prêtent pas. De même, si le psychiatre est de base quelqu'un de trop empathique, il peut ne pas remarquer le *praecox Gefühl* existant, du fait d'une surcompensation empathique de l'étrangeté de la rencontre.

Enfin, Rümke explique qu'à aucun moment n'entre en jeu pour le diagnostic de la schizophrénie le contenu des pensées ni leur caractère supposé schizophrénique. Il précise

†† traduction libre de « this undefinable attribute that surrounds the observed symptoms induces the praecox feeling », in: Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecox Gefühl,, (Rümke HC, référence 40).

§§ traduction libre de « the kernel guards its secrets ; we see this kernel glowing through all the barriers, which still seem very effective » in: Rümke HC, référence 41.

que, bien que celles-ci puissent parfois aider au diagnostic, elles ne peuvent jamais en elles-mêmes le justifier, et que le diagnostic de la schizophrénie ne se fait pas selon lui sur le contenu des pensées mais sur la base de changements dans la forme de la dynamique psychique du patient qui induisent une expérience spécifique chez l'investigateur, le *praecox Gefühl* ***.

2.7) RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRAECOX GEFÜHL

Pour résumer, le *praecox Gefühl* selon Rümke est une impression, une « coloration schizophrénique » générée par le patient chez le psychiatre au moment de leur rencontre, et il peut à lui seul justifier de porter le diagnostic de schizophrénie.

Il correspond à un mouvement unilatéral du psychiatre à instaurer un contact avec un patient, qui en retour présente des attitudes de retrait. Il est accompagné d'un sentiment de désespoir chez le psychiatre, d'un sentiment d'urgence à établir le lien qui peut irriter le patient et entraîner des réactions qui majorent son retrait.

Il s'agit d'une impossibilité à appréhender de façon immédiate l'affectivité du patient. Cela peut se traduire également par une difficulté à « trouver » le patient, à établir le contact avec sa personnalité en tant qu'unité.

Tout ceci entraîne une interaction avec le patient teintée d'une certaine étrangeté. Ce sont des messages non-verbaux essentiellement. Le *praecox Gefühl* survient indépendamment d'une quelconque bizarrerie dans le discours du patient.

Des psychiatres expérimentés peuvent reconnaître le *praecox Gefühl* avant même que le patient ait parlé : la posture du corps, l'expression du visage, le comportement moteur suffisent parfois à le reconnaître et à porter le diagnostic de schizophrénie qui peut être un diagnostic rapide. Le *praecox Gefühl* n'est pas la conséquence d'un trouble du contenu ou du cours de la pensée.

*** traduction libre de « I have not mentioned the so-called schizophrenic thought contents. Although these may sometimes indicate the diagnosis, they can never in themselves justify it. I am convinced that the diagnosis is made – and should be made- not on the basis of the thought-content, but on the basis of the formal changes in the patient's psychological dynamics which induce a specific experience in the investigator. » in: Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecox Gefühl,, (Rümke HC, référence 40).

Le *praecox Gefühl* dépasse l'individu, et c'est ce qui fait de la schizophrénie une véritable entité nosologique ⁴¹.

Le *praecox Gefühl* est le signe pathognomonique de la schizophrénie selon Rümke, et renseigne sur ce qu'il identifie comme le trouble fondateur de la schizophrénie : la diminution de l'instinct de rapprochement.

Rümke a donc une approche clinique à la fois kraepelinienne, dans sa conception de la schizophrénie et de son mode d'évolution, ainsi que dans son intérêt pour la nosologie psychiatrique et la catégorisation, et une approche jaspersienne, car sa description de l'expérience de la rencontre schizophrénique et du *praecox Gefühl* se rapproche particulièrement de la méthode diagnostique phénoménologique en psychiatrie introduite par Jaspers, dont nous avons rappelé précédemment les principes, ainsi que des signes diagnostiques subjectifs de la schizophrénie.

3) LE PRAECOX GEFÜHL DANS LA PENSEE DES PSYCHIATRES CONTEMPORAINS DE RÜMKE OU ULTERIEURS

Le *praecox Gefühl* ou ce qu'il recouvre, c'est-à-dire l'intuition diagnostique de la schizophrénie, bien que conceptualisé et mis en lumière par Rümke, n'est pas une idée nouvelle. L'idée générale de la coloration schizophrénique de la rencontre est retrouvée dans la littérature psychiatrique chez nombre d'auteurs, qu'ils soient ou non contemporains de Rümke.

Karl Jaspers (1883-1969), a pressenti que l'intuition de la totalité du tableau schizophrénique dépasse la somme des symptômes pris individuellement. Il décrit également très finement les signes diagnostiques subjectifs, médiés par le phénomène d'empathie, sur lesquels le psychiatre est à même de se baser pour le diagnostic de la schizophrénie en particulier ²³».

Henri Ey suppose que le défaut schizophrénique décrit par Bleuler est en fait une « fermeture aux relations intersubjectives ».

Eugen Minkowski (1885-1962) s'intéresse au diagnostic intuitif de la schizophrénie, qu'il nomme en 1927 « diagnostic par pénétration ». Il décrit notamment en présence des patients schizophrènes « une intuition phénoménologique, une forme d'angoisse bizarre, comme si, au contact des patients, quelque chose se brisait en moi. J'ai acquis la certitude d'avoir précisément saisi l'ensemble, de me trouver en présence du trouble générateur ³²».

De même, Jacob Wyrsh évoque en 1946 le « diagnostic par intuition ⁵⁰».

Et Blankenburg (1928-2002) de souligner que le sentiment d'étrangeté du psychiatre correspond au sentiment d'aliénation du patient.

Plus tard, en 1985, Tellenbach (1914-1994) parle de « diagnostic atmosphérique ⁴⁸».

Nous ne pouvons pas faire l'économie dans ce travail d'évoquer au minimum les notions psychanalytiques, liées, de transfert et de contre-transfert, et de nous interroger sur leur rapport avec le *praecox Gefühl*. Le propos de ce travail n'est pas de décrire précisément ces notions psychanalytiques, mais on ne peut que remarquer que la proximité de ces concepts interpelle. Tout comme le *praecox Gefühl*, les notions de transfert et de contre-transfert parlent du ressenti du patient, et du psychiatre dans la rencontre et dans l'espace intersubjectif. Il se passe donc *quelque chose*. Les psychanalystes le nomment, du côté de l'analyste, contre-transfert. Les phénoménologues parlent du *praecox Gefühl*. Mais il semblerait illusoire de considérer que le psychiatre n'est pas affecté par son patient, et que la psychiatrie est une discipline aussi neutre dans son exercice que peut l'être la micro-informatique par exemple. Une piste pour l'exploration du lien entre le *praecox Gefühl* et le transfert en psychanalyse peut être le séminaire de Jean Oury qui s'intitule « Analyse structurale et métapsychologie ». Il y parle du *praecox Gefühl* notamment, et s'intéresse à la rencontre avec le patient schizophrène. Il y explique que le psychiatre, dans la rencontre avec son patient, se doit, avant de l'accueillir, de *mettre entre parenthèses tout ce qui le soucie*, ce qui permet de créer l'espace de la rencontre et de pouvoir se retrouver avec le patient *dans le même paysage*. Ceci est assez imagé, d'aucuns pourraient dire poétique, mais nous nous trouvons face à un défi en soi. Nous tentons de communiquer et de mettre des mots sur ce qui est transmis dans la rencontre mais qui est de l'ordre du ressenti, du non-verbal, du préconscient. Poursuivons avec Oury qui effectue ensuite des ponts entre la phénoménologie et la psychanalyse. Selon lui, c'est la notion de transfert qui permet ce rapprochement. Il y soutient que le schizophrène a un *transfert dissocié*, du fait de *l'absence d'un point de recentrement* de sa personnalité ³⁵. C'est très proche de ce que dit Rümke lorsqu'il soutient

que le psychiatre en présence d'un patient schizophrène, ne peut pas établir le contact avec sa personnalité en tant qu'unité. Ce serait ce transfert dissocié qui pourrait induire le *praecox Gefühl*.

4) ACTUALITE DU CONCEPT DE PRAECOX GEFÜHL : UNE REVUE DE LA LITTERATURE

Nous avons vu dans nos précédents développements que la notion de *praecox Gefühl* soulevait directement la question de la rapidité du diagnostic de la schizophrénie. Certaines publications traitant de la rapidité du diagnostic en psychiatrie contiennent des références et conclusions qui suggèrent indirectement l'implication du *praecox Gefühl* dans le processus diagnostique.

L'étude de Gauron et Dickinson ¹⁴, qui date de 1969, montre que le fait pour le clinicien de voir le patient, et non pas seulement d'obtenir indirectement des informations sur son parcours de vie, est essentiel pour le diagnostic en psychiatrie. Ces conclusions vont dans le sens de l'importance de la rencontre entre le patient et le psychiatre pour la formulation du diagnostic psychiatrique. De plus, cette même étude rapporte que la majorité des psychiatres interrogés font part de la rapidité et de la facilité du diagnostic psychiatrique qui apparaît dans les 30 à 60 premières secondes de la rencontre entre le psychiatre et le patient qui, lors de cette étude, était remplacée par le visionnage d'un court entretien filmé. Ce diagnostic est, selon les psychiatres interrogés, basé sur leurs premières impressions, et sur des éléments comportementaux du patient.

Dans autres études menées par Gauron et Dickinson ^{12, 13}, intitulées *Diagnostic Decision Making in Psychiatry (I & II)*, ont révélé principalement que l'outil diagnostique majeur des psychiatres interrogés pour l'établissement du diagnostic était l'impression clinique du patient découlant de son état mental, compris comme la résultante du contenu et du cours de sa pensée, de son apparence globale et de son affectivité.

L'étude de Sandifer et al. ⁴⁴, en 1970, a été réalisée de façon multicentrique sur un échantillon de psychiatres qui ont documenté et chronométré leurs observations cliniques et leurs hypothèses diagnostiques, à propos de 60 patients en entretiens filmés. Les investigateurs leur ont demandé ensuite d'établir un diagnostic pour chaque patient. Cette étude montre des résultats similaires à celle de Gauron et Dickinson, et précise l'importance

des trois premières minutes du premier entretien psychiatrique pour l'établissement du diagnostic. En particulier, on peut évoquer ces résultats : dans 75% des cas, le diagnostic évoqué par le psychiatre dans les 3 premières minutes est le diagnostic final. En ce qui concerne le diagnostic de la schizophrénie, 50% de ceux établis le sont au bout de 3 minutes d'entretien, avec un pic observé à la deuxième minute d'entretien.

Kendell et al. concluent de leur étude sur la rapidité diagnostique en psychiatrie que dans un entretien clinique, la plus grande part de l'information est disponible dès les premières minutes, et une grande proportion des diagnostics sont, ou peuvent être faits, correctement dès ce moment-là ²⁶.

Nancy Andreasen, ancienne présidente de l'*American Psychiatric Association*, et qui a fortement contribué à l'avènement des méthodes diagnostiques critériologiques en psychiatrie, affirme elle aussi à propos de la schizophrénie que « un clinicien doué peut habituellement reconnaître les formes classiques des maladies psychiatriques, même s'il ne parle pas la langue du patient et n'est pas capable de mener un entretien complet⁴ ». Cela interroge et veut bien dire que l'échange non-verbal peut être suffisant pour suggérer le diagnostic de schizophrénie chez un psychiatre expérimenté. Cela ne semble pas une extrapolation fantasque d'y voir la piste du *praecox Gefühl*.

Plus récemment en 2000, dans une revue des pratiques psychiatriques aux Etats-Unis, Lührman a montré que les jeunes psychiatres qui ont moins de 2 ans d'exercice font des diagnostics rapides et intuitifs, avançant un ressenti ou une sensation de la vignette clinique, sans nécessité de la confronter aux critères diagnostiques du DSM-IV, qui était alors le manuel diagnostique de référence. Ceux-ci déclarent même arriver à effectuer un diagnostic dans les 30 premières secondes du premier entretien. Certains d'entre eux y parviennent en moins de 30 secondes. A la fois les jeunes et les psychiatres américains expérimentés admettent reconnaître des « prototypes » plutôt que de se référer à une liste de critères diagnostiques ²⁸.

Tous ces éléments corroborent l'hypothèse que le diagnostic psychiatrique peut être un diagnostic rapide, qu'il peut être fait correctement et survient souvent dans les 3 premières minutes de la rencontre, et qu'il se base en partie sur des éléments cliniques non-verbaux. Cela souligne également que les critères diagnostiques présentés dans le DSM ne participent pas systématiquement au processus diagnostique en psychiatrie.

Il est à noter qu'en 1973, Carpenter et al. considèrent qu'un lien pauvre avec un patient est une base très fiable pour le diagnostic de la schizophrénie. Ils concluent cela dans une étude clinique utilisant des données de l'*International Pilot Study for Schizophrenia* (IPSS), dans le cadre de l'*US/UK diagnostic project*, qui avait pour but de réaliser un état des lieux du diagnostic psychiatrique en Angleterre et aux Etats-Unis ⁶.

Dans leur étude sur les jumeaux de patients schizophrènes, Gottesman et Shields affirment pouvoir identifier grâce au *praecox Gefühl* en aveugle les jumeaux dont le frère est schizophrène. Il conclut que le *praecox Gefühl* peut même être ressenti chez les patients à la personnalité schizoïde, et ils le rapprochent d'un facteur de vulnérabilité à la schizophrénie ⁴⁷.

Dans la perspective d'étudier la pertinence et l'actualité du concept de *praecox Gefühl* tel que l'a décrit Rümke, ainsi que son implication dans le processus diagnostique de la schizophrénie, quatre études notables ont été menées au cours du XXe siècle.

En 1962, Irle et ses collaborateurs ont déterminé d'après un questionnaire diffusé à 1196 médecins psychiatres allemands, que 86% des psychiatres répondant avaient fait l'expérience du *praecox Gefühl*. De plus, 58% le considéraient comme un signe diagnostique fiable et 21% comme le signe diagnostique le plus fiable pour le diagnostic de la schizophrénie ²².

En 1988, les Américains Schwarz et Sagi s'inspirent du questionnaire et des méthodes de diffusion de l'étude de Irle et montrent des résultats similaires, après l'avoir diffusée à des médecins psychiatres libéraux, hospitaliers et internes, à Manhattan : 83% des répondants ont expérimenté le *praecox Gefühl*, 65% le considèrent comme un signe diagnostique fiable et 21% comme le plus fiable pour le diagnostic de la schizophrénie ⁴³.

En 2006, Grube conduit une étude sur le *praecox Gefühl* dans le diagnostic de la schizophrénie, et compare le diagnostic intuitif au diagnostic basé sur les critères du DSM-IV et de la CIM-10, qui font alors référence dans le diagnostic de la schizophrénie. Il trouve dans cette étude, menée auprès d'un échantillon de 67 patients évalués successivement par un groupe de psychiatres qui se base uniquement sur des données intuitives pour le diagnostic, puis par un autre groupe de psychiatres utilisant les critères du DSM-IV et de la CIM-10, des valeurs intéressantes : une sensibilité du *praecox Gefühl* évalué à 85%, une spécificité à 80%, une valeur prédictive positive à 90% et une valeur prédictive négative à 65% ¹⁶.

L'étude la plus récente date de 2010. Elle a eu également pour objet de comparer la méthode critériologique du diagnostic de la schizophrénie, basée sur la grille d'évaluation SCID intégrant les critères du DSM-IV-TR, et l'occurrence du *praecox Gefühl*, dans une méthodologie très proche de celle de Grube. Le *praecox Gefühl* était censé être coté sur une échelle d'intensité par les psychiatres participant à l'étude, dans une recherche active. L'étude retrouve une faible reproductibilité inter-juges ainsi qu'une faible sensibilité et spécificité du *praecox Gefühl*, mais ces résultats sont en contradiction avec ceux obtenus par Grube. La méthode d'évaluation de la fiabilité du *praecox Gefühl* reste encore à préciser et à définir, ce que concluent les investigateurs de cette étude en avançant que la question du rôle du *praecox Gefühl* dans le processus diagnostique en psychiatrie mérite d'être plus amplement étudiée ⁴⁹.

Il est à signaler que le concept de *praecox Gefühl* est toujours en question, et ce depuis l'époque de Kraepelin qui critiquait le manque de rigueur scientifique d'un « diagnostic par intuition ». Mais ces études semblent souligner que, quel que soient les représentations positives ou négatives que l'on peut avoir sur le *praecox Gefühl*, celui-ci a une existence dans l'espace de la rencontre en Psychiatrie.

Il est donc intéressant de s'intéresser désormais ce que ce phénomène de *praecox Gefühl* nous apprend sur le diagnostic en psychiatrie. Nous nous proposons de montrer en quoi la subjectivité inhérente au *praecox Gefühl* n'invalide à aucun moment un processus diagnostique de qualités scientifique et médicale. En d'autres termes, nous nous proposons, avec Schwartz et Wiggins, d'examiner précisément comment l'approche intuitive et subjective du diagnostic psychiatrique s'articule à l'approche diagnostique critériologique, objective et opérationnalisée, la seconde faisant suite à la première, dans une complémentarité au sein de la démarche de typification.

5) LE PROCESSUS DE TYPIFICATION : UN LIEN ENTRE LE PRAECOX GEFÜHL ET LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

Le concept de *praecox Gefühl* soulève nombre de questions relatives au processus diagnostique en psychiatrie. La notion de *praecox Gefühl* présuppose une place importante de

la subjectivité, de l'éprouvé du clinicien dans le processus diagnostique en psychiatrie, ce qui mérite d'être questionné et développé.

Ces deux éléments semblent au premier abord peu en accord avec le développement actuel des démarches diagnostiques objectives et catégorielles. Mais explorons plus avant la subtilité des événements à l'œuvre dans le processus diagnostique en psychiatrie, et voyons en quoi ces deux approches ne sont ni antithétiques, ni mutuellement exclusives.

Nous nous trouvons a priori devant un dilemme que l'on peut résumer ainsi : les approches diagnostiques catégorielles et athéoriques, qui sont le mieux illustrées par les versions successives du DSM, priorisent l'objectivité et la reproductibilité inter juges dans le diagnostic et le soin psychiatrique, au détriment parfois de la validité des descriptions cliniques qu'elles proposent ³³.

A l'opposé, les approches plus cliniques et descriptives, moins critériologiques, en particulier l'approche psychiatrique phénoménologique, permettent d'appréhender plus finement certains éprouvés des patients schizophrènes, mais sont difficilement évaluables et modélisables.

La démarche diagnostique phénoménologique en psychiatrie questionne les ressentis des patients et implique la subjectivité et l'expérience clinique du psychiatre. Chaque patient et chaque anamnèse étant différents, chaque rencontre également, la démarche diagnostique phénoménologique est peu compatible avec une modélisation catégorielle et critériologique en l'état actuel de ce champ d'application de la recherche clinique.

Néanmoins, il est possible en Phénoménologie psychiatrique de tendre à une rigueur scientifique et méthodologique.

Les premiers à avoir proposé une modélisation de l'éprouvé du clinicien, et de son articulation possible avec une démarche scientifique et médicale classique sont Michael Alan Schwartz et Osborne P. Wiggins, en 1987, dans leur article sur la typification ⁴⁶.

Ils s'intéressent à la part de subjectivité dans le processus diagnostique en psychiatrie, tout en cherchant à l'articuler à une démarche de rigueur scientifique. Pour cela, ils développent l'idée de Husserl qui s'appelle la typification, et l'appliquent à la démarche diagnostique en psychiatrie.

La typification n'est pas spécifique au diagnostic psychiatrique, bien au contraire.

Pour comprendre ce que recouvre ce terme de typification, nous pouvons nous appuyer sur la définition qu'en donne Husserl en 1973 : « Les typifications ont lieu en deçà du niveau de la conceptualisation explicite, et elles préstructurent le champ de l'expérience à l'intérieur duquel de telles conceptualisations peuvent avoir lieu ¹⁹».

Au premier abord on peut noter que cette définition est assez technique. Mais à y regarder de plus près, la typification est un mécanisme que l'on utilise sans y penser des centaines de fois chaque jour, dans notre vie quotidienne.

La typification est à comprendre comme un mode de reconnaissance acquise des objets et du monde qui nous entoure. C'est la recherche inconsciente d'indices dans notre milieu de vie qui permettent de reconnaître sans même y penser les principales situations de la vie quotidienne. Par exemple, si je suis invité chez des amis dans leur nouvelle maison que je ne connais pas, et qu'en passant le seuil je distingue du premier coup d'œil des éléments d'une pièce de la maison tels que des fauteuils ou un canapé, je vais immédiatement typifier cette pièce et l'identifier comme le salon, alors même que je ne suis jamais venu dans cette maison.

La typification est le mouvement de recherche du connu dans l'inconnu. C'est une série d'opérations mentales préconscientes qui, selon un mécanisme analogique, permet de reconnaître et classifier les objets et différentes situations humaines et matérielles qui sont susceptibles de se produire dans le contexte de la vie quotidienne.

C'est un processus qui échappe très souvent à notre conscience parce qu'il se fait extrêmement rapidement et de façon fluide dans notre vie quotidienne. C'est le reflet de notre familiarité avec le monde qui nous entoure et nous permet de n'analyser volontairement que les situations nouvelles que nous décidons d'examiner. C'est en cela que « les typifications pré structurent le champ de l'expérience dans lesquelles des conceptualisations peuvent avoir lieu ».

L'ensemble des typifications pourraient en partie correspondre à l'*évidence naturelle* que décrit Blankenburg, et qui serait perdue dans la schizophrénie ⁵. Le phénomène de typification pourrait se rapprocher d'une boussole, essentielle dans la vie de tous les jours, commune à tous les êtres humains d'une société et qui, lorsqu'elle fait défaut comme dans la schizophrénie, entraîne une série de troubles, un décalage de la personne avec ses semblables, décalage qui est alors perçu comme une discordance, une bizarrerie. Cette perte de l'évidence naturelle, ce défaut de typification pourrait entraîner cette perplexité que l'on observe chez le

patient schizophrène dans les principales situations de la vie quotidienne, et participer à l'apparition du *praecox Gefühl*.

Mais revenons à notre propos, qui est la typification appliquée à la discipline qu'est la psychiatrie. Il s'agit alors tout simplement de la capacité fondamentale de reconnaître les différentes maladies. Cela n'apparaît pas, selon Schwartz et Wiggins, à travers la maîtrise des définitions et des concepts, mais au travers de la rencontre avec chaque patient.

Autrement dit c'est une capacité pratique que le clinicien acquiert, et qui découle de l'expérience clinique. Là encore, c'est un ensemble d'éléments *appris parce que vécus*, et simplement appliqués à un domaine de connaissance qu'est la psychiatrie.

Mais quelle preuve a-t-on que la typification est une capacité pratique ? Qu'elle est apprise dans le champ de l'expérience, mais impossible à acquérir par le seul apprentissage théorique des descriptions de symptômes ou de listes de critères diagnostiques ? Cela ne va-t-il pas à l'encontre de toute scientificité, de toute rigueur souhaitable dans l'exercice de la médecine ?

Pour illustrer cette idée de typification et de capacités acquises par le médecin au travers de l'expérience clinique, nous pouvons nous intéresser à la sémiologie des souffles cardiaques, idée que développe Michel Polanyi³⁷. Un souffle cardiaque n'est pas donné à l'étudiant en médecine ou au jeune médecin cardiologue a priori. On peut en apprendre ses caractéristiques dans un livre, sa tonalité, son moment d'apparition dans le cycle cardiaque. Mais à aucun moment un étudiant ne peut le reconnaître si son professeur ne le lui a pas fait entendre au préalable. C'est une expérience clinique, dans le sens premier du terme, et aucune connaissance théorique sur les souffles cardiaques ne peut se substituer, dans la démarche diagnostique à leur recherche par l'intermédiaire de l'auscultation. Il faut connaître pour reconnaître. Tous les médecins, pour un patient donné, ne vont pas forcément percevoir le souffle, tout comme le *praecox Gefühl*. Mais il en va du souffle cardiaque comme du *praecox Gefühl* : ce n'est pas parce qu'il n'est pas perçu par l'examineur qu'il n'est pas présent. Pour ce qui est du souffle, il est possible si on pratique une échographie-Doppler cardiaque par exemple, de visualiser, de l'objectiver ou du moins de mettre en évidence indirectement les perturbations qu'il engendre sur le flux sanguin. Les souffles cardiaques sont considérés malgré leur caractère subjectif et opérateur-dépendant, comme des signes diagnostiques objectivables, médicaux et scientifiques.

Notre hypothèse est que l'articulation entre ces deux mouvements à l'œuvre lors du diagnostic, c'est-à-dire la typification et l'identification de critères définissant des catégories diagnostiques ne sont pas contradictoires mais se succèdent : l'éprouvé, tacite du *praecox Gefühl* s'il est présent chez le clinicien, est censé conduire via le processus de typification, au diagnostic médical et scientifique de la schizophrénie, qui remplit de fait les critères présentés dans le DSM 5. Le diagnostic passe d'un éprouvé subjectif et individuel, à une reconnaissance par le clinicien, puis à une caractérisation objective qui devient formulée, intellectualisée et communicable. Ce processus inhérent au diagnostic psychiatrique ne se fait pas nécessairement dans cet ordre, notamment chez les jeunes psychiatres en formation.

Il est aussi important de distinguer avec Schwartz et Wiggins la typification en psychiatrie de la typification de la vie quotidienne. Cette dernière n'est pratiquement jamais remise en question. Ce n'est pas le cas de la typification en psychiatrie, qui doit, au cours du processus diagnostique, être soigneusement analysée et testée dans « une attitude critique inhérente au travail scientifique », c'est-à-dire qu'il convient de « maintenir une attitude envers les êtres et les choses dans laquelle nous doutons de façon vigilante et questionnons la signification qu'elles semblent avoir ¹⁹».

Il est essentiel, même après une typification qui va dans le sens d'un diagnostic en psychiatrie, de rester attentif aux comportements du patient qui seront en contradiction avec cette typification, et qui de fait pourront la négativer.

En conclusion, le diagnostic psychiatrique peut être compris comme étant en partie basé sur un processus tacite, la typification. Celle-ci correspondrait à la capacité, acquise par l'expérience, de reconnaître et de distinguer les différentes maladies psychiatriques. La typification semble faire partie intégrante de la démarche scientifique. Support de l'articulation entre les ressentis du clinicien et ses connaissances théoriques de la psychiatrie, elle s'inscrit dans le processus diagnostique, permettant de poser un diagnostic médical correspondant aux critères diagnostiques qui font référence dans les classifications internationales, la CIM-10 et le DSM 5.

RENCONTRE AVEC LE PATIENT ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE : LE CAS DE PIERRE, 19 ANS

1) CONTEXTE CLINIQUE

Dans notre questionnaire sur la place du *praecox Gefühl* dans le diagnostic de la schizophrénie, nous allons développer et nous questionner sur une vignette clinique. Il s'agit de ma rencontre avec un jeune patient schizophrène de 19 ans, au cours de mon 2^e mois d'internat en psychiatrie. Interpelée et dérangée par cette rencontre qui m'a semblée hors du commun, j'ai gardé ces impressions étranges à l'esprit. Celles-ci me revenaient régulièrement en mémoire, si bien que plus d'un an après, le souvenir de cette rencontre était toujours vivace. J'entrepris donc d'écrire ce qui s'était passé ce jour-là, ainsi que la suite de l'histoire de mon jeune patient. En voici le récit.

2) RECIT DU CAS

Avignon, le 2 décembre 2013. Je suis en premier semestre d'internat en psychiatrie, à l'hôpital de Montfavet.

Il est treize heures vingt. En pleine relève infirmière à laquelle j'assiste aujourd'hui, arrive une entrée via les Urgences psychiatriques d'Avignon. Il s'agit d'un très jeune homme de 19 ans, qu'accompagne une infirmière des Urgences: « Voilà Pierre D., jeune homme qui nous arrive de chez lui, amené par son père pour crise d'angoisse et idées suicidaires. C'est sa première hospitalisation, il est en soins libres. Il est assez anxieux, peut-être qu'on pourrait lui donner un traitement pour l'apaiser ? »

A travers la vitre du bureau infirmier, je vois un grand jeune homme brun, d'environ 1m85, les cheveux courts et raides, le teint mat, vêtu d'un sweat-shirt de marque et d'un survêtement de sport, qui fait les cent pas dans le couloir, un sac de sport en bandoulière. Je quitte la relève, intriguée par cette situation assez inédite – en effet, que fait un si jeune homme à l'hôpital psychiatrique ? Pourquoi n'est-il pas à la fac, ou au lycée ? –, pour le

saluer et l'informer que je lui accorderai très vite un entretien. Je remarque en premier lieu la finesse des traits de Pierre, alors même que son visage exprime une angoisse intense et que son regard semble implorer de l'aide.

« Bonjour Monsieur D., je m'appelle Clara, je suis l'interne du service, c'est moi qui vous verrai en entretien d'ici une quinzaine de minutes. » Je lui tends la main, il me la serre timidement. Sa paume est très moite.

« Comment vous sentez-vous ? ».

« *Bonjour... Mal, très mal...* », dit-il d'une voix chevrotante, «... *Je...* ».

Il s'interrompt quelques secondes, la bouche à demi-ouverte, semblant avoir du mal à expirer, son regard suppliant plongé dans le mien, puis secoue la tête, regarde apeuré autour de lui, et reprend enfin ces cent pas dans le couloir, la tête baissée, l'air sombre et absent. Il me semble en effet très angoissé, c'est pourquoi je lui propose un traitement pour le détendre d'ici à ce que nous puissions avoir notre entretien :

« Vous me semblez très anxieux, est-ce que vous souhaitez recevoir un léger traitement pour vous aider à vous détendre ? » Je pensais à 10 mg de Valium. C'est alors que son visage se déforme en une expression d'intense souffrance :

« *Les traitements... Ils m'empoisonnent !* ».

Il porte la main à son cœur et me déclare, droit dans les yeux :

« *Ils me font mal Madame, ils font du mal à mon corps !* ».

Sa voix se casse en disant cela, mais je parviens tout de même à lui tendre un gobelet contenant les gouttes, qu'il boit d'un trait.

Je m'étonne de sa réaction : Aurait-il déjà reçu des traitements ? Si oui lesquels ? Et dans quel contexte ? Je prends congé quelques minutes, expliquant à l'une des infirmières qu'il nécessite une présence auprès de lui au vu de son état d'anxiété.

J'ai dans l'idée de prendre connaissance de son contexte d'arrivée avant de le recevoir en entretien. Une lettre est adressée au service. L'infirmière des Urgences me relate son histoire récente. Pierre était jusqu'à récemment pensionnaire à la Clinique Les Cadrans solaires à Vence, près de Nice, en soins-études. Il est en Terminale. Malheureusement son état

récent ne lui aurait pas permis de poursuivre les cours correctement cette année. Ces derniers mois, il aurait livré à plusieurs reprises à sa psychiatre des idées suicidaires. Elle aurait reçu ses parents, suite à la gravité de la situation, et aurait préconisé pour Pierre une hospitalisation en psychiatrie. Ses parents ne le souhaitant pas dans un premier temps, et Pierre n'étant a priori que très partiellement conscient de ses troubles, elle les aurait laissés repartir avec Pierre à Avignon où ils résident, avec néanmoins un courrier au cas où son état ne s'améliorerait pas avec le retour à la maison. C'est visiblement ce qui avait dû se passer, pour que Pierre arrive aujourd'hui aux Urgences psychiatriques d'Avignon. L'infirmière me révèle enfin qu'il ferait depuis son retour de Vence il y a trois jours des crises d'angoisse itératives au domicile. La dernière daterait de ce matin, où il aurait appelé ses parents, enseignants tous les deux, en pleurs et menaçant de se tuer. Son père, revenu en urgence du lycée où il travaille, aurait trouvé Pierre à terre, prostré, en pleurs et dans une angoisse indicible.

L'intensité de la souffrance de Pierre m'interpelait véritablement. Qu'avait-il bien pu se passer récemment qui explique son état anxio-dépressif majeur ? Je pensai immédiatement à une sorte d'histoire adolescente, une peine de cœur peut-être ? Ou des problèmes d'ado qu'il n'aurait pas pu révéler à ses parents du fait de la différence des générations ? En tous les cas, j'imaginai que la situation avait de près ou de loin un lien avec ses pairs de la Clinique des Cadran solaires.

J'espérais créer avec lui un lien de confiance, renforcé par mon jeune âge, qui m'apparut pour la première fois depuis le début de mon internat comme un possible avantage dans la relation thérapeutique.

C'est dans cet état d'esprit que j'aborde l'entretien d'entrée avec Pierre, que nous réalisons en binôme avec Véronique, une infirmière du service.

J'invite Pierre à entrer dans mon bureau. Sa présentation est strictement identique à son arrivée : tête baissée, l'air sombre, il s'installe sur la chaise le dos voûté, le regard fuyant, semblant très fermé.

« Bonjour Monsieur D., que s'est-il passé aujourd'hui ? Vous étiez chez vous et vous vous êtes senti mal c'est bien ça ? ».

« J'ai vomi ce matin... Je suis angoissé... C'est les traitements qui me font vomir... Le Solian fait du mal à mon corps... Je ne le supporte plus... J'en ai marre de cette vie... ».

« Combien de temps cela fait-il que vous vous sentez si mal ? ».

« *Trop longtemps... Je veux en finir, laissez-moi mourir...* ».

« Quelque chose s'est passé récemment qui vous a angoissé, ou fait de la peine ? ».

« *Ça sert à rien de parler... Personne ne peut m'aider de toute façon... Aucun psychiatre, aucun traitement... Je me sens une merde...* ».

« Pourquoi pensez-vous ça de vous-même ? ».

« *J'ai déçu mes parents... J'ai tout raté... Ma vie est finie, je n'arrive à rien... Je veux me suicider...* ».

Lors de cette dernière phrase, il relève les yeux vers moi, une expression d'infinie détresse dans le regard. Inquiète par cette présentation mélancoliforme, et constatant que notre échange, bien que peu informatif, est très éprouvant pour lui, je décide d'écourter l'entretien :

« Monsieur D., vous allez rester quelques jours en hospitalisation avec nous. Pendant un ou deux jours, nous allons vous donner un traitement qui vous donnera envie de dormir. Cela vous permettra de vous reposer, et vous aidera à sortir de cet état de tristesse et de découragement. Ensuite, nous pourrons reparler de tout ce qui vous préoccupera ».

« *Encore un traitement ?* » dit-il, l'air désespéré.

« Oui, mais nous le diminuerons dans très peu de temps. Il faut que vous puissiez mettre à distance ces idées de mort qui vous hantent toute la journée. Véronique va vous montrer le service. Vous avez des questions ?

« ... *Non....* ».

Je tends la main à Pierre, il me la serre faiblement en fuyant mon regard et quitte le bureau d'un pas abattu.

Suite à cet entretien, je reste perplexe quelques temps. Ce qui me frappe, c'est l'intensité du tableau dépressif que présente Pierre, associé à l'absence apparente de facteur déclenchant. Je dois dire que je suis également étonnée de ce discours si négatif qu'il tient vis-à-vis de lui-même, alors que de l'extérieur, Pierre paraît avoir toutes les qualités d'un jeune homme prometteur : un physique avantageux, une carrure sportive, un parcours scolaire

satisfaisant, une hygiène corporelle qui semble impeccable comme en témoignent ses dents d'un blanc éclatant...

Je parle de cette situation à l'un des médecins senior de mon service, qui me rassure : le service est fermé, les infirmiers le surveilleront pour ne pas qu'il se suicide, et un traitement sédatif apaisera ses angoisses.

Alors que je note mon observation dans les fichiers Cimaise, je me rends compte que Pierre possède énormément d'antécédents psychiatriques, notamment deux hospitalisations en Pédopsychiatrie lorsqu'il avait 16 et 17 ans, et un nombre impressionnant de consultations aux Urgences psychiatriques d'Avignon au cours de la même période. J'apprends qu'il présente un trouble schizo-affectif. Le courrier de sa psychiatre de la Clinique des Cadran solaires m'apprend le reste : quasiment tous les traitements antipsychotiques de nouvelle génération ont été tentés pour améliorer son état : risperidone (Risperdal), aripiprazole (Abilify) et olanzapine (Zyprexa) : sans effet. Quétiapine (Xeroquel) : un léger mieux concernant l'humeur et le repli sur soi mais il dû être arrêté suite à une neutropénie iatrogène. La clozapine (Leponex) a été envisagée, mais refusée suite à cet antécédent de toxicité hématologique chimio-induite. Actuellement, il est sous amisulpride (Solian) 600mg/j.

Je vais de surprise en surprise chez ce jeune homme pour qui rien ne semble classique. J'ai la sensation qu'en tentant de répondre à une question le concernant, il m'en venait dix. J'étais loin d'imaginer que ce n'était que le début...

Le lendemain, je le revois en consultation. J'apprends qu'il a longuement tenté de négocier les traitements avec les infirmiers, notamment le Solian dont il arguait qu'il "l'empoisonnait".

« Bonjour Pierre, comment allez-vous aujourd'hui ? ».

« *Pas bien... Les traitements me font du mal...* ».

Il porte les mains à sa tête, puis à son ventre en me lançant un regard implorant, une expression de douleur intense sur le visage.

« Vous avez mal au ventre ? ».

« *Oui... Et à la tête aussi. Vous ne pouvez rien pour moi... J'ai mal partout !* ».

Il me montre sa cheville, en soulevant le bas de son jogging.

« Tout est ma faute... Si je n'avais pas eu ma fracture, à ce match... C'est là que tout a commencé... ».

« Une fracture ? Récemment ? ».

« J'avais quinze ans. Avant tout allait bien, je réussissais tout, mais depuis j'ai tout raté... Je suis une merde... A cause de ma fracture je suis tout le temps à l'hôpital... Et les médecins m'empoisonnent avec leurs traitements... J'ai mal à la jambe Madame, j'ai mal à ma fracture... ».

Pierre, examiné par mes soins et par le médecin généraliste du service, à la suite de l'examen pratiqué par le médecin urgentiste à son arrivée, ne présentait aucun signe de pathologie organique pouvant expliquer ses douleurs actuelles et ses ressentis corporels intenses. Nous optons donc pour un traitement symptomatique par antalgiques de palier I, accompagné d'une réassurance à laquelle il semblait sensible, au moins partiellement, de manière parallèle à la poursuite de ses soins psychiatriques.

Quelques jours plus tard, nous recevons les parents de Pierre en entretien familial. Ils insistent sur le fait que Pierre ne tolère pas bien les traitements, et pendant un long moment leur ambivalence quant aux traitements psychotropes semblait en miroir de celle de leurs fils : « Nous savons qu'il en a besoin, mais quand même ils lui font du mal, le sédatent trop, ont des effets indésirables... ».

Tout ce discours centré sur les traitements me faisait l'effet de l'arbre qui cache la forêt, comme si ses parents tentaient de mettre cela en avant pour éviter de parler du véritable problème, à savoir la détresse de Pierre.

Je tentai d'en savoir plus sur l'histoire de sa maladie. J'appris, via sa maman, qu'il avait toujours été l'enfant modèle, sans problème, bon à l'école, en sport, qui avait des copains... Il pratiquait le rugby au club municipal. Jusqu'à son année de seconde, où Pierre avait commencé à présenter des troubles du comportement, à l'école d'abord, puis à la maison. Il aurait eu initialement une phase dépressive où il pleurait en classe pour des motifs inconnus, puis une phase d'allure maniaque avec dissociation qui l'aurait amené à sortir la nuit en pyjama dans la rue, la musique à fond dans les oreilles, avec beaucoup de bizarreries comportementales comme des rires immotivés, des barrages, des accès de colère inexplicables.

Les entretiens familiaux avec les parents de Pierre étaient très éprouvants. Sa mère, une jolie femme au teint mat, s'exprimait toujours posément, choisissant ses mots avec soin dans un discours très fluide. Le père de Pierre était un homme assez petit et musclé, au crâne rasé, souriant en toute circonstance. La mère de Pierre affichait une retenue toute mondaine qui pouvait passer pour de la froideur au premier abord. Tous deux étaient professeurs de mathématiques au collège de leur quartier. Ils donnaient l'impression de tout attendre des médecins, posaient des questions sur l'évolution de la maladie de leurs fils, tout en en redoutant à l'extrême les réponses. Ils souhaitaient manifestement que leur fils leur soit rendu "comme avant", et disaient leur incompréhension face à ses troubles et à leur ampleur.

Pierre était l'aîné d'une fratrie de 3 enfants. Sa sœur cadette avait 17 ans, et son petit frère 6 ans. Pierre reliait le début de ses troubles à l'arrivée dans la famille de son petit frère. « *J'ai perdu ma place.... J'ai tout perdu !* », disait-il à ce propos. Sa mère nous relata quelque chose de semblable. Elle paraissait se sentir coupable du fait que Pierre aurait appris via Facebook, alors qu'il était en classe de Troisième, pendant un voyage linguistique en Allemagne, qu'elle était enceinte de son petit frère. C'est cette même année qu'il se fit une fracture ouverte de la cheville lors d'un match de rugby, événement qui paraissait pour Pierre revêtir une extrême importance.

L'état de Pierre permit sa sortie d'hospitalisation le 19 décembre, les symptômes mélancoliques s'étant peu à peu atténués, tout comme les idées suicidaires, laissant place à un certain vide idéique associé à un apragmatisme et à une importante incapacité à se projeter dans l'avenir, ce qu'il tentait de camoufler en suivant les initiatives qui émergeaient en premier lieu de ses parents, qui lui rendaient visite tous les soirs. La décision fut prise, en concertation avec ses parents, que Pierre passerait les fêtes de fin d'année en famille. Ses parents semblaient très culpabilisés de l'hospitalisation de leur fils.

Début janvier, Pierre aurait un entretien médical en vue d'un suivi ambulatoire.

Lorsque Pierre revint pour sa consultation de suivi, j'assistai à l'entretien. J'espérais sans me l'avouer que les fêtes de Noël auraient permis à Pierre de se sentir mieux, que sa détresse n'ait été qu'un spleen passager en somme...

Il apparut que rien n'avait véritablement changé, au contraire. Le mal-être de Pierre était tout aussi intense, et tout aussi dénué d'explication rationnelle que lors de son arrivée à

l'hôpital. Il nous livra un entretien difficile, tortueux et torturé, où chaque mot semblait extirpé de sa poitrine au terme d'un combat surhumain :

« Bonjour Pierre, installez-vous... », lui dit Frédéric, le PH de mon service. « Comment s'est passé le retour à la maison ? ».

Pierre soupira, leva vers nous des yeux emplis d'une profonde lassitude et empreints d'une souffrance quasi palpable, et mit, comme à son habitude, un temps incroyablement long à répondre. Pierre finit par dire :

« *Pas bien, Monsieur...* ».

Pierre n'enchaînait pas ses idées. Il fallut donc le relancer :

« Ah bon ? Que s'est-il passé ? ».

Il soupira longuement, mais ne répondit pas.

« Vous étiez en famille à Noël, ça ne vous a pas fait plaisir ? ».

Je sentais que Frédéric était aussi démuni que moi lors de mes précédents entretiens avec Pierre, dont il n'émanait que vide et désespoir sans fin. Il fallait, pour obtenir de Pierre qu'il se livre quelque peu, lui fournir comme matière nos propres idées et suppositions... Difficile dès lors de mener un entretien non dirigé qui fasse émerger des éléments cliniques tangibles et un tant soit peu objectifs.

La phrase de relance du psychiatre induisit probablement une sorte de culpabilisation concernant les sentiments de Pierre envers sa propre famille, ce à quoi Pierre répondit relativement facilement, sur un mode défensif :

« *Si, j'étais content de voir ma famille...* », dit-il avec la voix qui se brise, «... *mais vous ne comprenez pas...* » A nouveau le désespoir se lisait sur sa figure. Il marqua une pause puis reprit : « *Je me sens pas chez moi, j'ai perdu ma place...* ».

« Que voulez-vous dire par là ? ».

« *Je souffre, je souffre et vous ne faites rien ! J'en peux plus !* » Pierre se prit la tête entre les mains, fixa le sol, les épaules voûtées.

« Vous avez de nouveau des idées noires ? ».

« *Non...* », répondit-il d'un ton agacé, « *...mais j'en ai marre de cette vie !* ».

« Faut-il qu'on vous hospitalise à nouveau ? Pensez-vous en avoir besoin ? ».

« Je sais pas... ».

La seule possibilité, après cet entretien si peu informatif, pour obtenir des éléments concrets sur les jours précédents, était de faire appel aux parents de Pierre, qui ne s'opposait jamais à ce qu'ils soient reçus en entretien. Ceux-ci nous informaient d'un ton las que l'état de Pierre était stationnaire, tout en nous faisant part des bizarreries comportementales qu'il avait pu présenter au cours de la vie quotidienne au domicile, à savoir notamment des conduites alimentaires perturbées où Pierre pouvait manger beaucoup, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, sans entendre les remarques de ses parents. Il eut également des moments où il chercha à s'isoler du reste de la famille, devenant tout-à-coup mutique, et affichant un air sombre. A d'autres occasions, il se serait énervé très vite pour un motif inconnu ou qui semblait futile, élevant la voix de manière menaçante sur ses parents ou sur ses frères et sœurs, sans passer à l'acte physiquement.

Il ressortait de tout cela que les parents semblaient ne plus comprendre leur fils. J'eus la désagréable impression qu'ils n'auraient pas parlé différemment d'un étranger.

Pierre étant déscolarisé depuis plusieurs semaines, et son état semblant pour le moment incompatible avec un retour à la Clinique des Cadrans solaires, le père de Pierre avait tenté de lui trouver un job temporaire. Il annonça qu'il avait contacté un de ses amis, chef d'entreprise, et que celui-ci avait accepté de donner du travail à Pierre pour quelques temps. Pierre commencerait la semaine suivante un CDD de 20h par semaine au service administratif de l'entreprise.

Il fut donc décidé que Pierre resterait chez ses parents tout en poursuivant le suivi ambulatoire. Comme mes chefs m'avaient autorisée à suivre des patients en consultation, et que le cas de Pierre m'intéressait tout particulièrement, je proposai à Frédéric de poursuivre le suivi de notre jeune patient. Il accepta, tout en m'assurant qu'il me donnerait son avis si j'avais la moindre interrogation ou difficulté.

Je revis donc Pierre au rythme d'une consultation par semaine, de début janvier à la fin du mois de février. Il venait souvent accompagné par son père ou sa mère, que je recevais avec Pierre à l'issue de son entretien individuel.

Après trois semaines de travail dans l'entreprise qui l'embauchait, Pierre fut remercié. Son père me prit à part, sur le ton de la confiance, pour me l'annoncer avant que je ne reçoive son fils en entretien : « Je voulais vous dire Docteur, que Pierre s'est fait licencier... Mon ami m'a dit : tu comprends Franck, on ne peut pas le garder, il reste des heures sans rien

faire, même mettre un courrier dans une enveloppe ça lui prend la matinée... Et puis il veut manger tout le temps, quand on lui dit qu'il y a des horaires, il s'énerve... Il a même fait des avances à une collègue qui a dans les 45 ans... » Le père de Pierre poursuit : « Je crois qu'il le vit assez mal, donc si vous pouviez ne pas lui en parler... Il paraît qu'en plus, ses collègues se seraient moqués de lui... » Le père de Pierre semblait très gêné de m'annoncer cela.

Lorsque je reçus Pierre en entretien, il n'aborda pas son travail, dont il s'était déjà plaint à demi-mot lors de nos précédentes consultations. Il m'annonça qu'il était anxieux car ses parents projetaient d'emmener toute la famille en croisière aux Antilles pendant les vacances de février, mais il ne sut pas me dire précisément ce qui l'angoissait.

Comme Pierre ne travaillait plus, il passait de longues journées seul à la maison. Il n'avait pas d'amis, n'avait pour ainsi dire jamais eu de petite amie. Sa sœur cadette de 17 ans avait un copain et des amis avec qui elle sortait régulièrement au cinéma ou pour des soirées. Pierre, aux dires de ses parents, se comparait à elle, se montrait jaloux, et en concevait une hostilité envers sa sœur qu'il n'avait jamais montré auparavant. Ses parents étaient inquiets de cette situation. De plus, Pierre montrait un comportement assez désorganisé au domicile, vidant le frigo, ne rangeant rien, si bien que le salon, la cuisine et sa chambre s'étaient mués en une sorte de capharnaüm. Le discours de Pierre était alimenté par les conflits l'opposant à ses parents et à ses frères et sœurs au domicile, et se constituait de plaintes diverses concernant leur attitude vis-à-vis de lui. L'enchaînement de ses idées était tout aussi difficile que lors de son hospitalisation, et comportait toujours beaucoup de barrages et de fadings. Parallèlement, la tristesse et les idées suicidaires semblaient s'être atténuées.

Au vu de cette situation, nous décidons donc, avec l'accord de Pierre, de l'accueillir en Hôpital de jour dans la structure qui jouxte le service d'hospitalisation. Cela me permettrait de poursuivre les entretiens hebdomadaires avec Pierre tout en lui fournissant une activité quotidienne et un encadrement infirmier. Je ne pouvais m'empêcher de penser qu'il n'était pas à sa place dans cet Hôpital de jour où les patients font la cuisine et du bricolage, alors que quelques mois à peine auparavant il préparait son Baccalauréat...

Je parlais donc régulièrement de Pierre et de sa prise en charge aux différents médecins de mon service, et leur demandais leur avis. Malheureusement, aucun ne semblait avoir de meilleure solution que les soins ambulatoires rapprochés que j'avais mis en place. Raphaël, qui s'occupait des Urgences psychiatriques à temps plein, me raconta comment, plusieurs mois durant, sa structure était devenu le point d'ancrage de Pierre, à l'époque où il était

encore scolarisé dans le système classique. Deux à trois fois par semaine, ses parents l'y emmenaient consulter, tantôt en urgence suite à des troubles du comportement en classe, tantôt pour une psychothérapie entamée avec Catherine la psychologue des Urgences, qui n'avait pourtant pas réussi à amorcer une amélioration de son état malgré ses longues années d'expérience en Pédopsychiatrie...

Cette prise en charge me désespérait. Il m'était insupportable de voir ce jeune homme stagner dans une vie qui n'avait pour le moment aucun horizon. De plus, la prise en charge pour laquelle nous avons opté, c'est-à-dire Hôpital de jour tous les jours et un suivi médical renforcé, n'était véritablement qu'une prise en charge au jour le jour, dépourvue d'autres perspectives que sa propre pérennisation.

Je tentai donc, lors de nos entretiens bihebdomadaires, de l'aider à investir un projet d'avenir à court terme, autre qu'à l'hôpital. Pour cela, le voyage en famille prévu aux Antilles me paraissait assez adéquat. Je l'abordai donc systématiquement en entretien les semaines qui précédaient le départ. Pierre se montrait alors plaintif, verbalisant sa peur de la nouveauté. On remarquait chez lui une grande ambivalence quant à ce voyage. Il me semblait comme figé dans un perpétuel présent, occupé par des regrets et des ruminations sur son passé, qui lui bloquaient les jambes et ne lui permettaient pas d'avancer.

Les quelques jours qui précédaient le départ, Pierre commença à présenter des troubles importants. Les infirmiers de l'Hôpital de jour me demandaient très souvent d'intervenir durant la journée pour recevoir Pierre en entretien, qui tantôt faisait des crises d'angoisse, ou se montrait dissocié, avec des rires immotivés et des barrages à chaque phrase. De toute évidence, il était très angoissé par le départ en vacances qui approchait et dont les préparatifs chez lui étaient en marche.

Pierre ne partit jamais en vacances aux Antilles. La veille du départ, il fit à l'Hôpital de jour une crise d'angoisse massive avec des éléments délirants et dissociatifs. Ceci entraîna sa deuxième hospitalisation en psychiatrie adulte, en service fermé. Ses parents partirent le lendemain aux Antilles avec les cadets, dévastés.

J'étais réellement préoccupée par le cas de Pierre. J'y pensais très souvent, en dehors de mon temps de travail. Plusieurs éléments me posaient question en particulier, et ne cessaient de tourner dans mon esprit sans qu'aucun embryon de réponse ne pût se faire jour. Ceci accentuait ma perplexité, ainsi que l'aura de mystère insondable que j'avais perçue autour de

Pierre dès les premières minutes de notre rencontre, et qui ne faisait que se confirmer au fil des mois.

Tout d'abord, que pouvait-on imaginer de plus discordant qu'un jeune homme à l'aube de sa vie, qui de prime abord semblait posséder beaucoup de qualités prometteuses, nous soutenant pourtant qu'il n'avait aucun avenir, que sa vie était "foutue", et qui paraissait incapable d'imaginer la moindre source de satisfaction à attendre de son existence où tout n'était que souffrance ?

Ensuite, me revenait la question de la projection. Etant sensibilisée au caractère délétère, à la fois pour les patients et pour les prises en charge, de la projection massive et incontrôlée venant du personnel soignant, j'avais perçu cet écueil dès le premier jour de l'hospitalisation de Pierre, sans pour autant il me semble, avoir été capable de m'empêcher à maintes reprises d'y avoir recours. Voici ce qui me faisait penser qu'elle était particulièrement susceptible de se produire dans l'espace thérapeutique concernant Pierre. Premièrement, son apparence physique dont j'ai déjà parlé, et qui renvoyait à nous tous soignants l'image du "beau garçon plein de charme, premier de la classe, premier en sport, à qui la vie sourit et à qui tout réussit". Deuxièmement, le vide psychique de Pierre, et son incapacité propre à se projeter dans quelque situation d'avenir que ce soit. Tout se passait comme s'il était dépourvu d'imagination. Tout ceci amenait à un *non-sens*, comme si Pierre était un oxymore vivant.

Ceci avait pour effet de créer, dans mon psychisme du moins, une angoisse indicible, et que mon esprit ne pouvait qu'effleurer. Toute tentative pour comprendre la teneur de ce que Pierre éveillait en moi échouait, n'étant qu'une approximation grossière d'un sentiment de vide intense et complexe, aussi insaisissable qu'inédit. Ceci ne pouvait que m'angoisser. La seule solution, pour pallier à cet espace de vide qui se créait sans cesse dans nos entretiens lors de ses interminables barrages, était la projection. C'était maladroit, mais c'était tout ce que j'avais.

Bien plus tard, je commençai à entrevoir que peut-être Pierre induisait cela chez l'autre *pour que l'autre lui dise quoi penser*. Je me mis donc en quête de ce que Pierre avait de plus singulier, c'est-à-dire ses goûts, sa personnalité, pour y trouver matière à l'aider à construire quelque chose, un projet d'avenir qui lui donnerait envie de vivre sa vie, et de ne plus errer dans ce qui m'apparaissait comme les limbes, entre la vie et la mort.

Je cherchais alors à savoir qui était Pierre lorsqu'il était enfant, pour tenter de comprendre ses goûts, son tempérament. Ses parents que j'interrogeai à plusieurs reprises à ce sujet ne surent, à ma grande surprise, rien me dire de personnel sur Pierre. Dans leur discours, il y avait « le Pierre d'avant la maladie », et « le Pierre d'après ». Concernant Pierre avant sa maladie, ils ne me donnèrent aucun élément à propos de son caractère ou ses goûts. Ils m'exposèrent brièvement ses réussites en sport, à l'école, et signalèrent laconiquement qu'il avait alors de nombreux copains et qu'il était très obéissant, qu'il ne « posait aucun problème ». Puis vinrent des soupirs, suivis d'un lourd silence.

Pendant les mois qui ont suivi notre rencontre, je n'ai pas cessé, lorsque je repensais à Pierre, de ressentir un indicible sentiment d'un mystère insondable, quelque chose qui dépassait mon entendement. Longtemps, j'ai eu l'impression que Pierre avait un secret qu'il gardait précieusement caché, le secret de sa souffrance et de sa vision du monde. Ce secret me fascinait d'une certaine façon, mais a fini par me désespérer, faute de réponses et de pistes pour l'aider. J'ai appris plusieurs mois après la fin de mon stage, en prenant de ses nouvelles auprès d'un des psychiatres de l'Unité, que Pierre avait enchaîné les hospitalisations à temps plein, sans qu'une réelle rémission n'intervienne à aucun moment. Les éléments thymiques, observés lors de ses soins en Pédopsychiatrie, ne furent plus observés, réalisant le parcours de soins typique d'un patient atteint d'une schizophrénie simple très sévère.

3) DISCUSSION DU CAS CLINIQUE

Après nous être intéressés aux descriptions du *praecox Gefühl* selon Rümke, ainsi qu'à la pensée de ses contemporains, il apparaît que ce concept est particulièrement adapté à l'étude de l'étrangeté ressentie lors de ma rencontre avec mon jeune patient schizophrène, Pierre.

Tout d'abord, rappelons ici les critères nécessaires au diagnostic de la schizophrénie dans le DSM 5 :

« Deux (ou plus) des symptômes suivants ont été présents une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès). Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3) :

- des idées délirantes (1) ;
- des hallucinations (2) ;
- un discours désorganisé (par exemple, fréquent déraillement ou incohérence) (3)
- un comportement excessivement désorganisé ou catatonique (4) ;
- des symptômes négatifs (c'est-à-dire, expression émotionnelle diminuée ou avolition (5)).

Pour une partie significative du temps depuis le début de la perturbation, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants, tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels, est nettement en dessous du niveau atteint avant le début (ou en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, il y a un échec à atteindre le niveau attendu dans le fonctionnement interpersonnel, scolaire ou occupationnel).

Des signes continus de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit inclure au moins un mois de symptômes (ou moins si traités avec succès) qui remplissent le critère A (c'est-à-dire, les symptômes de la phase active) et peuvent inclure des périodes de symptômes prodromiques (avant-coureurs, précurseurs) ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester par des symptômes négatifs seulement ou par deux ou plus des symptômes énumérés dans le critère A présents dans une forme atténuée (par exemple, des croyances bizarres, des perceptions inhabituelles).

Le trouble schizo-affectif et le trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations ou trouble de la pensée formelle) ont été écartés parce que soit 1) aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a eu lieu en même temps que les symptômes de la phase active, ou 2) si des épisodes de trouble de l'humeur ont eu lieu pendant les symptômes d'une phase active, ils ont été présents pour une minorité de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale.

S'il y a des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication apparu dans l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est posé uniquement si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées, en plus des autres

symptômes requis de la schizophrénie, sont également présentes pendant au moins 1 mois (ou moins si traitées avec succès)³.

Dans le cas de Pierre, il n'a jamais en ma présence formulé d'hallucinations ou d'idées délirantes. Malgré tout, son discours est très désorganisé, ainsi que son comportement. Il montre également des symptômes négatifs tels que l'apragmatisme et le repli social, remplissant donc les critères (3), (4) et (5).

De plus, le critère de durée des troubles est rempli également. Le trouble schizo-affectif est écarté sur la base d'un état thymique émoussé qui s'est installé durablement pendant les mois qui ont suivi son épisode dissociatif précédant le départ en vacances.

Enfin, il ne consomme pas de toxiques, et son IRM cérébrale ne montre aucune anomalie.

Les critères du DSM 5 permettent donc de poser le diagnostic de schizophrénie chez Pierre.

Tentons maintenant de comprendre ce qui s'est passé dans la rencontre avec Pierre, et donc de voir en quoi la description du *praecox Gefühl* nous aide à comprendre et à traduire cette singularité qui peut être retrouvée dans la rencontre avec le patient schizophrène.

Dans la description du *praecox Gefühl*, Rümke évoque et développe tour à tour ces éléments : le comportement moteur, l'expression du visage, la forme du discours, l'unilatéralité du lien, le sentiment de désespoir du psychiatre et le ressenti d'urgence à établir le contact, le manque d'empathie, et enfin l'étrangeté, ou discordance.

Nous avons choisi pour la discussion de ce cas clinique, de lister ces critères et d'examiner les occurrences proches dans la description du cas de Pierre.

L'étude des occurrences que l'on peut rapprocher des éléments du *praecox Gefühl* sont listées dans le tableau suivant :

Composantes du <i>praecox Gefühl</i> selon Rümke	Occurrences dans le cas clinique
Comportement moteur	« Il me la serre timidement. Sa paume est très moite. Il fait les cent pas dans le couloir »

	<p>« Il s’interrompt quelques secondes, la bouche à demi-ouverte, semblant avoir du mal à expirer, son regard suppliant plongé dans le mien, puis secoue la tête, regarde apeuré autour de lui, et reprend enfin ces cent pas dans le couloir, la tête baissée, l’air sombre et absent »</p> <p>« tête baissée, l’air sombre, il s’installe sur la chaise le dos voûté, le regard fuyant, semblant très fermé »</p> <p>« Il porte les mains à sa tête, puis à son ventre en me lançant un regard implorant, une expression de douleur intense sur le visage »</p> <p>« Il me la serre faiblement en fuyant mon regard et quitte le bureau d’un pas abattu »</p> <p>« Pierre se prit la tête entre les mains, fixa le sol, les épaules voûtées »</p>
Expressions du visage	<p>« son visage exprime une angoisse intense, son regard semble implorer de l’aide »</p> <p>« son visage se déforme en une expression d’intense souffrance »</p> <p>« une expression d’infinie détresse dans le regard »</p>
Forme du discours	<p>« Il porte la main à son cœur et me déclare, droit dans les yeux »</p> <p>« Sa voix se casse en disant cela »</p> <p>« Il nous livra un entretien difficile, tortueux et torturé, où chaque mot semblait extirpé de sa poitrine au terme d’un combat surhumain »</p>

<p>Unilatéralité du lien</p>	<p>« J’espérais créer avec lui un lien de confiance »</p> <p>« Il soupira longuement, mais ne répondit pas »</p> <p>« Pierre soupira, leva vers nous des yeux emplis d’une profonde lassitude et empreints d’une souffrance quasi palpable, et mit, comme à son habitude, un temps incroyablement long à répondre »</p> <p>« Pierre n’enchâînait pas ses idées. Il fallut donc le relancer »</p> <p>« Pour obtenir de Pierre qu’il se livre quelque peu, lui fournir comme matière nos propres idées et suppositions »</p> <p>« Difficile dès lors de mener un entretien non dirigé qui fasse émerger des éléments cliniques tangibles et un tant soit peu objectifs »</p>
<p>Sentiment de désespoir du psychiatre et urgence à établir le contact</p>	<p>« Inquiète par cette présentation mélancolique, et constatant que notre échange, bien que peu informatif, est très éprouvant pour lui, je décide d’écourter l’entretien »</p> <p>« J’espérais sans me l’avouer que les fêtes de Noël auraient permis à Pierre de se sentir mieux, que sa détresse n’ait été qu’un spleen passager en somme »</p> <p>« il n’émanait que vide et désespoir sans fin »</p> <p>« Frédéric était aussi démuni que moi »</p> <p>« Cette prise en charge me désespérait. Il m’était insupportable de voir ce jeune</p>

	<p>homme stagner dans une vie qui n'avait pour le moment aucun horizon »</p> <p>« préoccupée »</p> <p>« Ceci avait pour effet de créer, dans mon psychisme du moins, une angoisse indicible, et que mon esprit ne pouvait qu'effleurer. Toute tentative pour comprendre la teneur de ce que Pierre éveillait en moi échouait, n'étant qu'une approximation grossière d'un sentiment de vide intense et complexe, aussi insaisissable qu'inédit. Ceci ne pouvait que m'angoisser. La seule solution, pour pallier à cet espace de vide qui se créait sans cesse dans nos entretiens lors de ses interminables barrages, était la projection. C'était maladroit, mais c'était tout ce que j'avais. »</p> <p>« ne plus errer dans ce qui m'apparaissait comme les limbes, entre la vie et la mort »</p>
<p>Manque d'empathie</p>	<p>« Le mal-être de Pierre était tout aussi intense, et tout aussi dénué d'explication rationnelle que lors de son arrivée à l'hôpital »</p> <p>« Ce qui me frappe, c'est l'intensité du tableau dépressif que présente Pierre, associé à l'absence apparente de facteur déclenchant. »</p> <p>« il ne sut pas me dire précisément ce qui l'angoissait »</p> <p>« Je dois dire que je suis également étonnée de ce discours si négatif qu'il tient vis-à-vis de lui-même, alors que de l'extérieur, Pierre paraît avoir toutes les qualités d'un jeune</p>

	homme prometteur »
Etrangeté, discordance	<p>« Intriguée, inédite »</p> <p>« je parviens tout de même à lui tendre un gobelet contenant les gouttes, qu'il boit d'un trait »</p> <p>« Je m'étonne de sa réaction »</p> <p>« Je vais de surprise en surprise chez ce jeune homme pour qui rien ne semble classique. J'ai la sensation qu'en tentant de répondre à une question le concernant, il m'en venait dix »</p> <p>« je reste perplexe quelques temps »</p> <p>« Je ne pouvais m'empêcher de penser qu'il n'était pas à sa place »</p> <p>« figé dans un perpétuel présent, occupé par des regrets et des ruminations sur son passé, qui lui bloquaient les jambes et ne lui permettaient pas d'avancer »</p> <p>« Plusieurs éléments me posaient question en particulier, et ne cessaient de tourner dans mon esprit sans qu'aucun embryon de réponse ne pût se faire jour »</p> <p>« Ceci accentuait ma perplexité, ainsi que l'aura de mystère insondable que j'avais perçue autour de Pierre dès les premières minutes de notre rencontre, et qui ne faisait que se confirmer au fil des mois »</p> <p>« tout se passait comme s'il était dépourvu d'imagination. Tout ceci amenait à un <i>non-sens</i>, comme si Pierre était un oxymore vivant »</p>

LA PLACE DU *PRAECOX GEFÜHL* DANS LE DIAGNOSTIC DE LA SCHIZOPHRENIE: UNE ETUDE QUALITATIVE MULTICENTRIQUE MENEES AUPRES DE PSYCHIATRES HOSPITALIERS ET LIBERAUX

1) PRESENTATION DE L'ETUDE

Les critères diagnostiques de la schizophrénie mentionnés dans le DSM 5 se veulent objectifs, reproductibles et non opérateur-dépendants.

Par ailleurs, le *praecox Gefühl* tel qu'il a été décrit par Rümke en 1941, et dont on retrouve la piste dans les travaux de psychiatres contemporains de Rümke ou ultérieurs, est le procédé de reconnaissance et de diagnostic de la schizophrénie d'une manière intuitive par un psychiatre expérimenté. Il est donc subjectif.

Nous avons vu dans un précédent développement que ces deux mouvements que l'on suppose à l'œuvre lors du diagnostic psychiatrique ne semblent pas contradictoires, et se succèdent : l'éprouvé, tacite et peu formulé, du *praecox Gefühl* s'il est présent chez le clinicien, semble conduire via le processus de typification, au diagnostic médical et scientifique de la schizophrénie, et remplit alors de fait les critères diagnostiques présentés dans le DSM 5. Le diagnostic peut être compris comme passant d'un éprouvé, subjectif et individuel, à une reconnaissance puis à une caractérisation objective qui devient formulée, intellectualisée et communicable.

Après nous être intéressés d'une part à la définition de la schizophrénie dans le DSM 5, qui propose une approche critériologique pour procéder au diagnostic, ainsi qu'à la description du *praecox Gefühl* d'autre part, et aux définitions qu'ont pu en donner les cliniciens qui l'ont étudié, il semble important d'évaluer la pertinence actuelle ainsi que le niveau de complémentarité de ces deux approches dans le diagnostic de la schizophrénie dans la pratique psychiatrique quotidienne.

L'étude menée en 1988 par Gyorgy A. Sagi et Michael A. Schwartz auprès de psychiatres de Manhattan, a eu pour but de réexaminer l'occurrence du *praecox Gefühl* auprès

de psychiatres en exercice, et d'évaluer la fiabilité diagnostique qui lui était associée par les professionnels de la santé mentale.

Dans la perspective d'étudier la place du *praecox Gefühl* dans le diagnostic de la schizophrénie, et sa reproductibilité dans une démarche scientifique, une nouvelle étude, multicentrique cette fois, a été menée par le Dr M.A. Schwartz, le Dr Marcin Moskalewicz, le Pr Jean Naudin, le Dr Michel Cermolacce, le Dr Tudi Gozé, et moi-même. Il s'agit de la première étude multicentrique internationale portant sur le *praecox Gefühl*, incluant donc des psychiatres exerçant dans des contextes culturels différents.

Cette nouvelle étude a été pensée comme un point de départ d'une collaboration internationale pour l'étude empirique, épistémologique et phénoménologique du diagnostic psychiatrique.

2) MATERIEL ET METHODES

Cette étude multicentrique a été menée dans les villes de Toulouse et Marseille en France. Elle est toujours en cours, et sera menée également dans un deuxième temps à New York, et Austin aux Etats-Unis. L'étude concerne les psychiatres hospitaliers et libéraux.

Il s'agit d'une étude qualitative. Elle se nomme : *Le « jugement expert » dans le diagnostic de la schizophrénie : Une étude comparative des psychiatres de New York, Toulouse, et Marseille.*

Nous nous sommes intéressés aux psychiatres en exercice, qu'il soit hospitalier ou libéral, ainsi qu'aux internes qui sont des psychiatres en formation, et ce quel que soit l'avancement de leur internat. En France, celui-ci comporte quatre années d'études, couplées avec un exercice de la psychiatrie hospitalière exclusivement, sous la responsabilité d'un médecin sénior à temps plein.

La méthode de diffusion du questionnaire (cf. annexe) ainsi que le recueil des résultats est fortement inspiré de celle utilisée en 1988 par Gyorgy Sagi et Michael Schwartz. A l'époque, ceux-ci avaient utilisé une liste d'adresses postales des psychiatres recensés par l'APA *Manhattan County District Branch*, au sein de laquelle ils avaient sélectionné 502

psychiatres de façon randomisée. Ils ont envoyé à ces psychiatres un questionnaire qui était la traduction du questionnaire utilisé par Irle dans son étude auprès des psychiatres allemands en 1962. 257 de ces psychiatres ont répondu au questionnaire.

L'étude dont il est question aujourd'hui sur le jugement expert dans le diagnostic de la schizophrénie repose sur un questionnaire en ligne. Ce questionnaire est la traduction littérale en français du questionnaire de Sagi et Schwartz, lui-même étant la traduction de celui utilisé par Irle.

Pour éviter le plus possible d'induire une réponse plutôt qu'une autre concernant le ressenti du *praecox Gefühl*, celui-ci n'a pas été explicitement nommé. Il a été préféré l'expression plus neutre de « sentiments envers un patient fortement évocateurs du diagnostic de schizophrénie ». Dans le titre de l'étude, le terme « jugement expert » a été choisi, dans ce même souci d'une neutralité que les investigateurs ont souhaitée maximale. La méthodologie de l'étude de Irle était similaire, tout comme celle de Sagi et Schwartz, c'est-à-dire qu'elle recherchait le *praecox Gefühl* sans le nommer explicitement.

Le questionnaire (consultable en "annexe") est au format "Google form". Il comporte onze questions, et a été diffusé par e-mail à des psychiatres hospitaliers et libéraux, ainsi qu'à des internes en psychiatrie.

Pour ce qui concerne le recueil des données en France dans le centre de Marseille, nous avons procédé ainsi : Nous avons diffusé un mail via les boites mails professionnelles des médecins psychiatres de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille. Cette *mailing list* comprend également tous les internes en psychiatrie alors en poste sur le CHU de Marseille.

Le même e-mail a été également diffusé sur la *mailing list* de l'AFFEP (Association Fédérative Française des Etudiants en Psychiatrie), qui comprend 1296 internes et assistants en psychiatrie, issus de toute la France.

Concernant les médecins libéraux, il a fallu les joindre un par un par téléphone, en se référant à l'annuaire des pages jaunes, pour obtenir leurs adresses e-mail et ensuite leur envoyer le questionnaire s'ils étaient intéressés pour y participer. Pour Marseille, 145 psychiatres libéraux ont été contactés et 49 e-mails ont été envoyés. Pour Toulouse, 100 psychiatres libéraux ont été contactés et 18 e-mails ont été envoyés.

L'e-mail diffusé contenait le lien vers le questionnaire “*Google form*”, support de l'étude, la lettre d'information sur l'étude et son objet, ainsi que la déclaration de conflits d'intérêt des investigateurs.

Les réponses à chaque item du questionnaire sont présentées en pourcentage pour les variables discrètes, et en moyennes et déviations standard pour les variables continues. Nous avons réalisé les analyses statistiques concernant les variables discrètes grâce à des tests du Chi2. Concernant les variables continues, nous avons utilisé des T-test. Pour chaque analyse de données, nous avons considéré les résultats comme significatifs pour une valeur de p inférieure ou égale à 0,05.

Les critères de jugement principaux de l'étude sont :

- l'expérience de sentiments à l'égard d'un patient qui serait fortement évocateurs de schizophrénie (question 6), ce qui teste l'occurrence de l'objet de notre étude, le *praecox Gefühl*,

- la fiabilité conférée à ces sentiments, à laquelle correspondent les questions 9 et 10. Pour tester la fiabilité, nous avons classé les réponses en 4 groupes selon les résultats des questions 6, 9 et 10 : G0 pour les répondants qui déclarent ne pas avoir fait l'expérience de ces sentiments (= non à la question 6), G1 pour ceux qui en ont fait l'expérience mais ne les considèrent pas comme fiables pour le diagnostic de la schizophrénie (=oui à la question 6, non à la question 9 et non à la 10), G2 pour ceux qui les considèrent comme fiables mais pas comme le plus fiable (= oui question 6, oui question 9 et non question 10) et enfin G3, pour ceux qui les considèrent comme le signe le plus fiable (oui question 6,9 et 10). Ceci correspond à la méthode de traitement des résultats de l'étude de Irle en 1962 auprès de psychiatres allemands.

Les critères de jugement secondaires sont les représentations sur le mode d'évolution de la schizophrénie (question 4), la rapidité du diagnostic de schizophrénie (question 5), la spécificité du *praecox Gefühl*, c'est-à-dire est-il potentiellement ressenti par les non-psychiatres à certaines occasions de la vie quotidienne ou ne peut-il être ressenti que par un psychiatre (question 7), et enfin la possibilité de verbaliser le *praecox Gefühl* (question 8).

3) RESULTATS

Au total, 1811 psychiatres ont été inclus, et 463 ont rempli le questionnaire, ce qui donne un taux de réponse de 25.56%. Nous allons détailler les caractéristiques de la population en exposant les résultats aux questions 1, 2 et 3, puis nous développerons les résultats sur les critères de jugement secondaires, et enfin nous détaillerons les résultats de l'analyse statistique.

3.1) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

3.1.1) Lieu d'exercice

La question 1 (Q1) du questionnaire portait sur le lieu d'exercice des psychiatres sondés : pratique hospitalière, Centre Médico-Psychologique (CMP), pratique libérale ou autre. 60,9% des répondants ont une pratique hospitalière, 19,2% ont une pratique ambulatoire en CMP, et 11,9% exercent en secteur libéral et 8,0% ont coché « autre ».

Tableau 1 : lieu d'exercice des psychiatres sondés (Question1):

		Groupe		Total
		Junior	Senior	
Hospitaliers	Effectif (%)	212 (72,9%)	70 (40,7%)	282 (60,9%)
CMP	Effectif (%)	47 (16,2%)	42 (24,4%)	89 (19,2%)
Libéral	Effectif (%)	7 (2,4%)	48 (27,9%)	55 (11,9%)
Autres	Effectif (%)	25 (8,6%)	12 (7,0%)	37 (8,0%)
Total	Effectif (%)	291 (100%)	172 (100%)	463 (100%)

Les deux groupes Junior et Senior diffèrent significativement sur tous ces critères ($p < 0,0001$), avec une nette prépondérance de Junior en pratique hospitalière.

3.1.2) Nombre d'années d'exercice en psychiatrie

Sur les 463 répondants qui ont rempli le questionnaire, 291 ont moins de quatre années d'exercice en psychiatrie : ils constituent le groupe des psychiatres Junior. 172 ont plus de quatre années d'exercice en psychiatrie et constituent le groupe des psychiatres Sénior. Les deux groupes diffèrent significativement sur l'âge ($p < 0,0001$), le nombre moyen d'années d'exercice du groupe Junior étant de 2,84 années, pour 16,19 années pour le groupe Sénior.

Ces caractéristiques étaient explorées par la question 2 (Q2) dont le Tableau 2 présente les résultats.

Tableau 2 : nombre d'années d'exercice en psychiatrie (Question2):

Groupe	N	Moyenne	Déviati on Standard	Erreur standard moyenne
Junior	291	2,84	0,973	0,057
Sénior	172	16,19	11,196	0,854

3.1.3) Orientation théorique

La question 3 portait sur l'orientation théorique des psychiatres sondés. Plusieurs réponses étaient possibles : modèle biologique, modèle biopsychosocial, modèle psychanalytique, ou autre. Au total, 13,0% se reconnaissent dans le modèle biologique, 62,4% dans le modèle biopsychosocial, 16,8% dans le modèle psychanalytique et 7,8% dans un autre modèle, parmi lesquels furent citées notamment les théories systémiques ou cognitivo-comportementalistes.

Les groupes Junior et Senior diffèrent significativement pour tous les modèles ($p < 0,0001$)

Tableau 3 : orientation théorique des psychiatres sondés (Question 3):

		Groupe		Total
		Junior	Senior	
Biologique	Effectif (%)	43 (14,8%)	17 (9,9%)	60 (13,0%)
Biopsychosocial	Effectif (%)	195 (67,0%)	94 (54,7%)	289 (62,4%)
Psychanalyse	Effectif (%)	30 (10,3%)	48 (27,9%)	78 (16,8%)
Autre	Effectif (%)	23 (7,9%)	13 (7,6%)	36 (7,8%)
Total	Effectif (%)	291 (100%)	172 (100%)	463 (100%)

3.2) RESULTATS SUR LES CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAUX

La description de la population étant terminée, nous pouvons passer à l'étude des résultats sur les critères de jugement principaux, à savoir : l'expérience de sentiments à l'égard d'un patient qui seraient fortement évocateurs de schizophrénie, dans la question 6, ce qui teste l'occurrence de l'objet de notre étude, le *praecox Gefühl*, et la fiabilité conférée à ces sentiments, qui correspondent aux questions 9 et 10.

3.2.1) Ressenti du *praecox Gefühl*

Nos résultats (tableau 4) montrent que 90,1% des psychiatres sondés ont déjà fait l'expérience de sentiments à l'égard d'un patient qui sont fortement évocateurs du

diagnostic de schizophrénie. Ils sont 84,5% dans le groupe des Junior et 99,4% dans le groupe des Senior. Les deux groupes diffèrent significativement sur ce critère ($p < 0,0001$).

Tableau 4 : Ressenti du *praecox Gefühl* (PG) (Question 6) :

			Groupe		Total
			Junior	Senior	
PG	PG-	Effectif (%)	45 (15,5%)	1 (0,6%)	46 (9,9%)
	PG+	Effectif (%)	246 (84,5%)	171 (99,4%)	417 (90,1%)
Total		Effectif (%)	291 (100%)	172 (100%)	463 (100%)

3.2.2) Fiabilité du *praecox Gefühl*

La question 9 explorait la fiabilité conférée par les psychiatres sondés au *praecox Gefühl*. 74,1% des répondants déclarent que le *praecox Gefühl* est un critère fiable pour le diagnostic de la schizophrénie. Le tableau 5 montre les résultats par groupes, ainsi que les résultats tous groupes confondus. Les groupes diffèrent significativement ($p < 0,0001$).

Les Junior sont 73,2% à considérer qu'il est fiable et les Senior 75,6%.

Tableau 5 : Fiabilité accordée au PG - résultats globaux (Questions 9-10):

		Groupe		Total
		Junior	Senior	
G0	Effectif (%)	45 (15,5%)	1 (0,6%)	46 (9,9%)
G1	Effectif (%)	33 (11,3%)	41 (23,8%)	74 (16,0%)
G2	Effectif (%)	185 (63,6%)	101 (58,7%)	286 (61,8%)
G3	Effectif (%)	28 (9,6%)	29 (16,9%)	57 (12,3%)
Total		291 (100%)	172 (100%)	463 (100%)

3.3) RESULTATS SUR LES CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

3.3.1) Rapidité du diagnostic de schizophrénie

La question 5 portait sur la rapidité du diagnostic de la schizophrénie. Nous pouvons remarquer des résultats très partagés sur la rapidité du diagnostic de la schizophrénie. Près de la moitié des psychiatres sondés ne pensent pas que le diagnostic de schizophrénie peut être fait rapidement, et l'autre moitié le pense.

Tableau 6 : Rapidité du diagnostic de la schizophrénie (Question 5):

		Groupe		Total
		Junior	Senior	
Rapidité -	Effectif (%)	160 (55,0%)	71 (41,3%)	231 (49,9%)
Rapidité +	Effectif (%)	131 (45,0%)	101 (58,7%)	232 (50,1%)
Total	Effectif (%)	291 (100%)	172 (100%)	463 (100%)

3.3.2) Mode d'évolution de la schizophrénie

L'analyse des données pour cette question est toujours en cours.

3.3.2) Verbalisation du *praecox Gefühl*

La verbalisation du *praecox Gefühl* n'est possible que pour 50,8% des répondants, avec une nette prédominance chez les psychiatres Senior qui sont 69,3% à pouvoir le verbaliser.

Il existe une différence significative entre les groupes Junior et Senior pour ce critère ($p < 0,001$). Les résultats sont présentés dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Verbalisation du *praecox Gefühl*:

		Groupe		Total
		Junior	Senior	
Description Verbale -	Effectif (%)	147 (59,8%)	43 (30,7%)	190 (49,2%)
Description Verbale +	Effectif (%)	99 (40,2%)	97 (69,3%)	196 (50,8%)
Total	Effectif (%)	246 (100%)	140 (100%)	386 (100%)

*3.3.3) Spécificité du *praecox Gefühl**

Au total, 63,4% des psychiatres sondés pensent que le *praecox Gefühl* ne peut être ressenti que par un psychiatre. Les résultats sur cette question sont présentés dans le tableau 8, où Spé+ regroupe les psychiatres ayant répondu que le *praecox Gefühl* ne peut être ressenti que par un psychiatre, et Spé – pour ceux qui ont répondu qu’il peut s’agir d’une expérience plus ubiquitaire. Il n’existe pas de différence significative entre les groupes Junior et Senior ($p=0,664$).

Tableau 8 : Spécificité du *praecox Gefühl*:

		Groupe		Total
		Junior	Senior	
Spé - au psychiatre	Effectif (%)	94 (37,6%)	50 (35%)	144 (36,6%)
Spé + au psychiatre	Effectif (%)	156 (62,4%)	93 (65%)	249 (63,4%)
Total	Effectif (%)	250 (100%)	143 (100%)	393 (100%)

3.4) ANALYSE STATISTIQUE DES RESULTATS

Notre étude comporte un grand nombre de questions qui sont autant de critères d'analyse statistique possibles. Nous ne présenterons ici que les résultats sur le critère de jugement principal « ressenti du *praecox Gefühl* ».

3.4.1) Nombre d'années de pratique et ressenti du *praecox Gefühl*

Nous avons voulu tester si le nombre d'années d'expérience clinique en Psychiatrie était associé de façon significative au ressenti du *praecox Gefühl*. Nous trouvons une association significative entre le nombre d'années de pratique de la psychiatrie et le ressenti du *praecox Gefühl*, avec un $p=0,001$ (cf. le tableau 4, page 68). Le ressenti du *praecox Gefühl* est ainsi davantage marqué chez les médecins séniors.

3.4.2) Orientation théorique et ressenti du *praecox Gefühl*

L'orientation théorique du psychiatre influence-t-elle le ressenti du *praecox Gefühl* ? Le tableau 10 présente les résultats de cette analyse. Il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes « orientation théorique » sur la variable « ressenti de *praecox Gefühl* » ($p=0,069$).

Tableau 10 : lien entre orientation théorique en psychiatrie et ressenti du PG:

		Question 6		Total
		PG-	PG+	
Biologique	Effectif (%)	2 (4,3%)	58 (13,9%)	60 (13,0%)
Biopsychosocial	Effectif (%)	35 (76,1%)	254 (60,9%)	289 (62,4%)
Psychanalytique	Effectif (%)	4 (8,7%)	74 (17,7%)	78 (16,8%)
Autre	Effectif (%)	5 (10,9%)	31 (7,4%)	36 (7,8%)
Total	Effectif (%)	46 (100%)	417 (100%)	463 (100%)

3.4.3) Lieu d'exercice et ressenti du *praecox Gefühl*

Le *praecox Gefühl* est-il plus ressenti par les psychiatres qui travaillent en milieu hospitalier ?

Parmi les répondants qui ont fait l'expérience du *praecox Gefühl*, 58,5% exercent en milieu hospitalier et, parmi ceux qui n'ont jamais ressenti le *praecox Gefühl*, 82,6% exercent en milieu hospitalier. Les résultats détaillés sont présentés dans le tableau 11 (p=0,017).

Tableau 11 : lieu d'exercice et ressenti du *praecox Gefühl*:

		Question 6		Total
		PG-	PG+	
Hospitaliers	Effectif (%)	38 (82,6%)	244 (58,5%)	282 (60,9%)
CMP	Effectif (%)	4 (8,7%)	85 (20,4%)	89 (19,2%)
Libéral	Effectif (%)	2 (4,3%)	53 (12,7%)	55 (11,9%)
Autres	Effectif (%)	2 (4,3%)	35 (8,4%)	37 (8,0%)
Total	Effectif (%)	46 (100%)	417 (100%)	463 (100%)

3.4.4) Rapidité du diagnostic et ressenti du *praecox Gefühl*

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes « rapidité du diagnostic » sur la réponse « ressenti du *praecox Gefühl* ». Il semble donc que, pour la population étudiée, ces deux éléments soient des événements indépendants. (p=0,060)

Tableau 12 : rapidité du diagnostic et ressenti du PG :

		<i>Praecox Gefühl</i>		Total
		PG-	PG+	
Rapidité +	Effectif (%)	29 (63,0%)	202 (48,4%)	231 (49,9%)
Rapidité -	Effectif (%)	17 (37,0%)	215 (51,6%)	232 (50,1%)
Total	Effectif (%)	46 (100%)	417 (100%)	463 (100%)

3.4.5) Analyse multivariée sur le critère “ressenti du *praecox Gefühl*”

Tableau 13 : analyse multivariée sur le critère “ressenti du *praecox Gefühl*”:

	B	S.E.	Wald	df	Valeur de ‘p’	Exp(B)
Question 2	0,150	0,060	6,275	1	0,012	1,162
Question 3	-0,300	0,203	2,190	1	0,139	,741
Question 1	0,382	0,229	2,787	1	0,095	1,465
Constante	1,961	0,508	14,867	1	0,000	7,104

La seule variable significativement associée au critère “ressenti du *praecox Gefühl*” est la variable “expérience clinique” en années (p=0,012).

3.5) COMPARAISON AVEC LES AUTRES ETUDES PUBLIEES (IRLE 1962 / SAGI & SCHWARTZ 1989)

Tableau 14 : Comparaison avec les autres études (Irle / Sagi et Schwartz):

	Notre étude (2017)	Irle (1972)	Sagi & Schwartz (1989)
PG+	417 (90,1%)	1027 (85,9%)	213 (82,8%)
PG-	46 (9,9%)	169 (14,1%)	44 (17,2%)
Total	463 (100,0%)	1196 (100,0%)	257 (100,0%)

Les résultats de notre étude diffèrent significativement de ceux des études allemandes et américaines ($p=0,015$).

4) DISCUSSION

Cette étude sur le « jugement expert » dans le diagnostic de la schizophrénie a inclus 1811 psychiatres. 463 ont répondu, ce qui fait un taux de réponse de 25,6%. 62,9% des répondants sont des psychiatres Junior, qui ont une moyenne de 2,84 années d'exercice en psychiatrie, et 37,1% sont des psychiatres Senior, qui ont une moyenne de 16,19 années d'exercice en psychiatrie. 60,9% des répondants ont une activité hospitalière. 62,4% des répondants se disent d'approche biopsychosociale, 16,8% se disent d'approche psychanalytique et 13,0% des répondants se réclament du modèle biologique. Pour les résultats sur le critère de jugement principal, c'est-à-dire le ressenti du *praecox Gefühl*, 90,1% des répondants disent en avoir déjà fait l'expérience. Ils sont 84,5% dans le groupe Junior et 99,4% dans le groupe Sénior. Parmi ceux qui en ont déjà fait l'expérience, 74,1% le considèrent comme un critère diagnostique fiable pour le diagnostic de la schizophrénie, et 12,3% comme le plus fiable. Pour les résultats sur les critères de jugement secondaires, les résultats sont très partagés concernant la rapidité du diagnostic de la schizophrénie, qui est possible pour 50,1% des répondants. Il en va de même pour la verbalisation du *praecox*

Gefühl, qui n'est possible que pour 50,8% des répondants, avec une nette prédominance chez les psychiatres Senior qui sont 69,3% à pouvoir le verbaliser. Enfin, 63,4% pensent que le *praecox Gefühl* est une capacité propre au psychiatre et non un phénomène ubiquitaire. Notre étude diffère significativement des résultats obtenus par Irle et par Schwartz, respectivement. Les résultats des questions 4 et 11 sont encore à l'étude, notamment les réponses qualitatives sur les facteurs influençant la survenue du *praecox Gefühl*.

Cette étude nous montre que, malgré les parutions successives des DSM III, IV, IV-TR et V, malgré l'importance prise depuis plusieurs dizaines d'années par les approches catégorielles et critériologiques dans le processus diagnostique en psychiatrie, l'intuition diagnostique et le ressenti du psychiatre ont encore une place importante dans le diagnostic de la schizophrénie. Pour rejoindre la conclusion de Ungvari et al. dans leur étude de 2010 qui met en évidence cette même tendance, la question n'est pas tant de savoir s'il convient de la déplorer ou de s'en féliciter, mais de considérer cet élément dans les recherches ultérieures sur les mécanismes du diagnostic en psychiatrie.

Concernant les caractéristiques de la population étudiée, notre étude montre indirectement que la majorité des sondés, 62,4% se disent d'orientation biopsychosociale (Tableau 3). Cela supposerait que ni le modèle biologique, ni le modèle psychanalytique ou les différents modèles explicatifs des troubles psychiques issus notamment des recherches en psychologie (cognitivo-comportementale, systémique et familiale) ne semblent expliquer à eux seuls la diversité des troubles psychiatriques et leur expression clinique. Si la tendance observée dans notre étude est le reflet de la population générale, il semblerait que les représentations actuelles des psychiatres sur les causes de la schizophrénie soient le reflet de l'orientation de la recherche clinique actuelle, fondée sur le modèle étiopathogénique intégratif de la schizophrénie

Les résultats de la question 5 (tableau 6) reflètent plus qu'une hétérogénéité des pratiques diagnostiques, quant à la rapidité du diagnostic de la schizophrénie, qui est possible pour la moitié des répondants, quand l'autre moitié l'exclut. Ce résultat ne renseigne malgré tout pas sur le moment de l'annonce diagnostique, mais il est néanmoins relativement inattendu, et surtout est indépendant du ressenti du *praecox Gefühl* (Tableau 12).

L'étude croisée des différentes réponses montre que le seul critère significativement lié au ressenti ou non du *praecox Gefühl* est le nombre d'années d'expérience en psychiatrie. Cela va dans le sens de ce qu'a décrit Rümke, au sujet du fait que le *praecox Gefühl* semble

s'acquérir par l'expérience clinique, point sur lequel, nous l'avons vu, il est rejoint par nombre de psychiatres, qu'ils soient ses contemporains ou non. Les autres critères que nous avons testés, c'est-à-dire le lieu d'exercice, l'orientation théorique, la conception sur la rapidité du diagnostic de la schizophrénie, sont indépendants du ressenti du *praecox Gefühl*.

De prime abord, il est possible de penser que, le *praecox Gefühl* étant un élément subjectif du diagnostic, il serait massivement représenté chez les psychiatres d'orientation psychanalytique, du fait d'une possible susceptibilité chez ces cliniciens de procéder à un diagnostic moins objectif et critériologique. A l'inverse, il est possible de penser a priori que les psychiatres d'orientation biologique sont supposés rechercher un maximum d'objectivité dans leur démarche diagnostique.

A ce propos, signalons un résultat qui nous a particulièrement surpris en tant qu'investigateurs : il n'existe pas d'orientation théorique qui soit, de manière significative, davantage associée au ressenti du *praecox Gefühl*. Tous les groupes le ressentent de façon assez importante, à 90,1% en moyenne. Est-ce à dire que le *praecox Gefühl* est un signe diagnostique de la schizophrénie subjectif et athéorique ? Notre étude n'est que le reflet de la population étudiée, mais si ces résultats se précisent dans des études ultérieures, il sera peut-être intéressant d'amorcer une requalification de la subjectivité du psychiatre dans le processus diagnostique des maladies psychiatriques, et de tenter d'en délimiter précisément les implications.

Même si les investigateurs ont tenté d'être le plus neutre possible dans la formulation du questionnaire, il est possible qu'il y ait un biais de sélection sur la nature même de ce qui est recherché : les psychiatres ayant déjà fait l'expérience du *praecox Gefühl* peuvent être davantage susceptibles de répondre au questionnaire que ceux qui n'en ont jamais fait l'expérience.

La comparaison des résultats de notre étude avec ceux de Sagi et Schwartz en 1989 et ceux de Irle en 1962 montre une différence significative avec les chiffres qu'ils retrouvent, chacun à leur époque. Ces facteurs peuvent expliquer cette différence de résultats: notre étude a eu lieu 28 ans après celle de Sagi et Schwartz, et 55 ans après celle de Irle. Les populations de psychiatres étudiées sont de nationalités différentes, et il subsiste le problème, que l'on a tenté de minimiser en employant des termes proches mais qui ne peut jamais être totalement neutralisé, de la traduction du questionnaire support de l'étude.

CONCLUSION

Les approches diagnostiques opérationnalisées et critériologiques, comme celle développée dans l'actuel DSM 5, permettent de rendre plus objectifs les diagnostics des troubles psychiques. Néanmoins, il est possible que le fait de ne retenir, pour procéder au diagnostic de la schizophrénie par exemple, que les critères cliniques les plus objectifs, fiables et reproductibles, qui sont aussi l'expression des troubles les plus retentissants, entraîne une certaine perte concernant des signes cliniques plus discrets, accessibles uniquement au travers de l'expérience clinique subjective et difficilement transmissibles par l'apprentissage théorique. A cet égard, Kendler précise en 2016 que le DSM 5 ne contient que 6 des 20 signes cliniques historiques de la schizophrénie décrits dans la littérature depuis le début du XXe siècle²⁷. La conclusion de son étude rejoint la thèse de Parnas, qui avance que les définitions opérationnalisées ne décrivent qu'un fragment du cœur clinique de la schizophrénie³⁶. Le *praecox Gefühl* est l'un de ces signes cliniques.

Ce travail s'est intéressé, après en avoir resitué le contexte d'émergence à la suite d'une historique du diagnostic psychiatrique, à en préciser les caractéristiques cliniques, ainsi que les implications dans le diagnostic de la schizophrénie. Nous avons ainsi pu constater que le *praecox Gefühl* ne semble pas être un artéfact culturel issu d'une psychiatrie datée et révolue. Au contraire, il se manifeste encore actuellement dans l'espace de la rencontre avec le patient schizophrène, comme l'illustre le cas clinique que nous avons exposé, ainsi que l'étude qualitative multicentrique que nous avons menée sur le « jugement expert » dans le diagnostic de la schizophrénie. Celle-ci montre que 90,1% des psychiatres de la population étudiée a déjà fait l'expérience du *praecox Gefühl*, qui pourrait, si des études ultérieures montrent cette même tendance, être réhabilité en tant que signe subjectif du diagnostic de la schizophrénie. Ce travail nous apprend enfin concernant le diagnostic en psychiatrie, comme le développe le Dr Jean-Arthur Micoulaud-Franchi et ses collaborateurs, que « les deux approches inductive/intuitive et déductive/analytique ne sont pas opposées, comme le laisseraient entendre les dichotomies historiques latentes en psychiatrie ... si la première étape de diagnostic par impression est bien souvent présente, elle devrait rester une posture interrogative suivie par une accumulation de preuves en lien avec une recherche sémiologique rigoureuse dans le cadre d'un raisonnement médical³⁰».

Ce double mouvement dans le diagnostic en psychiatrie pourrait s'expliquer, comme nous l'avons vu et décrit, par le processus de typification.

L'étude des manifestations du *praecox Gefühl* chez les psychiatres, leur recontextualisation comme dans la modélisation du processus de typification et, de manière plus générale, l'examen de la part de subjectivité du clinicien dans le diagnostic psychiatrique reste à décrire et à étudier. Ces recherches futures permettraient de préciser dans quelle mesure cette part de subjectivité du clinicien intervient dans le processus diagnostique. Elles pourraient permettre d'affiner notre connaissance et notre compréhension des événements susceptibles de se produire dans l'espace thérapeutique, ce qui pourrait enfin concourir à l'un des buts commun à la communauté internationale des psychiatres : celui de rendre le diagnostic en psychiatrie le plus valide et fiable possible, tout en respectant et en reconnaissant la valeur ajoutée dans la relation de soin des vécus subjectifs du patient, ainsi que du psychiatre.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
2. American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Andreasen NC. Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia. *Lancet* 1995;346:477-81.
5. Blankenburg W, editor. La perte de l'évidence naturelle. Paris : Presses Universitaires de France; 1991.
6. Carpenter WT Jr, Strauss JS, Bartko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Science* 1973;182:1275-1278.
7. Cermolacce M, Martin B, Naudin J. Approche phénoménologique en psychiatrie. *EMC Psychiatrie* 2016; volume 13-1 / n°27-080-A-30.
8. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull* 2010;36:667-79.
9. Cooper JE, Sartorius N, editors. A companion to the classification of mental disorders. Oxford: Oxford University Press; 2013.
10. Cowan DW, Copeland JR, Kelleher MJ, Kellett JM, Gurlay AJ, Smith A, Barron G, De Gruchy J, Kuriansky J, Gurland B, Sharpe L, Stiller P, Simon R. Cross-national study of diagnosis of the mental disorders: a comparative psychometric assessment of elderly patients admitted to mental hospitals serving Queens County, New York, and the former borough of Camberwell, London. *Br J Psychiatry* 1975;126:560-70.
11. Ebert A, Bär KJ. Emil Kraepelin. A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian J Psychiatry* 2010;52:191-2.
12. Gauron EF, Dickinson JK. Diagnostic decision making in Psychiatry. I. Information usage. *Arch Gen Psychiatry* 1966;14:225-32.
13. Gauron EF, Dickinson JK. Diagnostic decision making in Psychiatry. II. Diagnostic styles. *Arch Gen Psychiatry* 1966;14:233-7.

14. Gauron EF, Dickinson JK. The influence of seeing the patient first on diagnostic decision making in psychiatry. *Am J Psychiatry* 1969;126:199-205.
15. Gozé T. La bizarrerie de contact: perspective phénoménologique en psychopathologie. [Thèse de Médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier, Faculté de Médecine; 2017.
16. Grube M. Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's 'praecox feeling' across the schizophrenia spectrum: preliminary results. *Psychopathology* 2006;39:209-17.
17. Gurland BJ, Fleiss JL, Cooper JE, Sharpe L, Kendell RE, Roberts P. Cross-national study of diagnosis of mental disorders: hospital diagnoses and hospital patients in New York and London. *Compr Psychiatry* 1970;11:18-25.
18. Häfner H. Descriptive psychopathology, phenomenology, and the legacy of Karl Jaspers. *Dialogues Clin Neurosci* 2015;17:19-29.
19. Husserl E, editor. *Experience and Judgment*. Evanston: Northwestern University Press; 1973.
20. *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation; 1992.
21. Ionescu S, editor. *15 approches de la psychopathologie*. 4ème édition. Paris: Armand Colin; 2015.
22. Irle G. Das "Praecoxgefühl" in der Diagnostik der Schizophrenie. Ergebnisse einer Umfrage bei westdeutschen Psychiatern. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1962;203:385-406.
23. Jaspers K, editor. *General psychopathology*. 7th edition. Chicago: University of Chicago; 1959.
24. Kawa S, Giordano J. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:2.
25. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
26. Kendell RE, editor. *The role of Diagnosis in Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific; 1975.
27. Kendler KS. Phenomenology of schizophrenia and the representativeness of modern diagnostic criteria. *JAMA Psychiatry* 2016;73:1082-1092.
28. Luhrmann TM, editor. *Of Two Minds*. New-York: Alfred A. Knopf; 2000.

29. Maj M, Sartorius N, editors. WPA Series in Evidence & Experience in Psychiatry Volume 2. Schizophrenia. 2nd edition. Chichester: John Wiley and Sons; 2003.
30. Micoulaud Franchi JA, Geoffroy PA, Amad A, Quiles C. Le jardinier et le botaniste : Proposition d'une organisation minimale de la sémiologie psychiatrique pour l'étudiant en médecine. *Annales Medico-Psychologiques* 2015;173:460-469.
31. Millon T, Klerman GL, editors. Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM-IV. New York: Guilford Press; 1986.
32. Minkowski E. Phénoménologie et analyse existentielle en psychothérapie. *L'évolution Psychiatrique* 1948;13:137-185.
33. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013;263(4):353-64.
34. Oulis P. The epistemological role of empathy in psychopathological diagnosis: a contemporary reassessment of Karl Jaspers' account. *Philos Ethics Humanit Med* 2014;9:6.
35. Oury J. Analyse structurale et métapsychologie. *Psychoanalytische Perspectieven* 2009;27:153-173.
36. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37:1121-30.
37. Polanyi M, editor. Personal knowledge: Toward a post-critical philosophy. New York: Harper & Row; 1964.
38. Rittmannsberger H. The diagnosis "schizophrenia": past, present and future. *Psychiatr Danub* 2012;24:408-14.
39. Rouillon F, editor. *Psychiatrie française / Psychiatrie en France*. Paris: Springer; 2012.
40. Rümke HC. Das Kernsymptom Der Schizophrenie und das „Praecox Gefühl“, *Zentralblatt Für Die Gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1942;102:168-169.
41. Rümke HC. Der klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt* 1958;29:40-53.
42. Sabshin M. Turning points in twentieth-century American psychiatry. *Am J Psychiatry* 1990;147:1267-74.
43. Sagi G, Schwartz M. The “praecox feeling” in the diagnosis of schizophrenia: a survey of Manhattan psychiatrists [abstract]. *Schizophr Res* 1989;2(1-2):35.
44. Sandifer MG Jr, Hordern A, Green LM. The psychiatric interview: the impact of the first three minutes. *Am J Psychiatry* 1970;126:968-973.

45. Sass H, editor. Anthology of German Psychiatric Texts. Chichester: John Wiley and Sons; 2007.
46. Schwartz MA, Wiggins OP. Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:65-77.
47. Shields J, Gottesman II. Cross-national diagnosis of schizophrenia in twins. The heritability and specificity of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1972;27:725-730.
48. Tellenbach H. Geschmack und Atmosphäre. Mediernenschlichen Elementarkontaktes. 2nd edition. Salzburg: Müller; 1968.
49. Ungvari GS, Xiang YT, Hong Y, Leung HC, Chiu HF. Diagnosis of schizophrenia: reliability of an operationalized approach to 'praecox-feeling'. *Psychopathology* 2010;43:292-9.
50. Wyrsh J. Über die Intuition bei der Erkennung der Schizophrenen. *Schweiz Med Wochenschr* 1946;46:1173-1176.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE

1. Dans quel cadre travaillez-vous (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)
 - a) en centre de consultation externe
 - b) en unité d'hospitalisation
 - c) en pratique privée
 - d) autre :
2. Depuis combien d'années êtes-vous actif dans le domaine de la psychiatrie
(Si vous êtes encore en formation préciser votre année d'internat :
3. Quelle est l'orientation principale de votre pratique professionnelle ? (Cochez une seule case)
 - a) psychodynamique / psychanalytique
 - b) biologique
 - c) modèle bio-psycho-social
 - d) autre (merci de spécifier) :
4. D'après votre expérience, la schizophrénie est une maladie :
 - a) essentiellement incurable
 - b) parfois totalement réversible (rémission)
 - c) seulement améliorable avec des déficiences persistantes.
5. Selon vous est-il possible pour un psychiatre expérimenté de diagnostiquer très rapidement la schizophrénie (c'est-à-dire après quelques minutes de rencontre avec le patient voire même plus tôt) ?
 - a) oui
 - b) non
6. Avez-vous parfois fait l'expérience de « sentiments » à l'égard d'un patient qui sont fortement évocateurs du diagnostic de schizophrénie ?
 - a) oui
 - b) non
7. Si vous avez répondu oui à la question 6, ces « sentiments » sont:
 - a) issus de votre expérience en tant que psychiatre,
 - b) ou est-ce une expérience d'« étrangeté » qu'un profane pourrait également éprouver ?
8. Si vous avez répondu oui à la question 6, êtes-vous en mesure de décrire verbalement ces « sentiments » ?
 - a) oui
 - b) non

Si vous avez répondu oui, veuillez donner une brève description:
9. Si vous avez répondu oui à la question 6, pour déterminer la présence de la schizophrénie
 - a) ces « sentiments » sont généralement fiables,
 - b) ou avez-vous souvent eu tort à leur sujet ?
10. Si vous avez répondu oui à la question 6, en dépit des erreurs occasionnelles ces "sentiments" sont-ils plus fiables que les autres symptômes ?
 - a) oui
 - b) non
11. Si vous avez répondu oui à la question 6, à quoi pensez-vous que ces « sentiments » soient dûs ? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)
 - au délire et aux expériences hallucinatoires
 - à un trouble des cognitions sociales
 - à un trouble de l'ajustement affectif
 - à la mimique ou au langage corporel
 - au regard
 - autre ? (Merci de préciser) :

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.