



HAL
open science

Le Praecox Feeling : présentation, revue de la littérature et aspects épistémologiques

Antoine-Marie Serafino

► **To cite this version:**

Antoine-Marie Serafino. Le Praecox Feeling : présentation, revue de la littérature et aspects épistémologiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03110678

HAL Id: dumas-03110678

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03110678v1>

Submitted on 14 Jan 2021

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.

**Le Praecox Feeling: présentation, revue de la littérature et aspects
épistémologiques,**

T H E S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Décembre 2020

Par Monsieur Antoine-Marie SERAFINO

Né le 15 mai 1992 à Marseille 08eme (13)

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 Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Directeur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean	Assesseur
Monsieur le Professeur LAFFORGUE Pierre	Assesseur
Monsieur le Docteur TESTART Julien	Assesseur

**Le Praecox Feeling: présentation, revue de la littérature et aspects
épistémologiques,**

T H E S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 17 Décembre 2020

Par Monsieur Antoine-Marie SERAFINO

Né le 15 mai 1992 à Marseille 08eme (13)

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 Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel	Directeur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean	Assesseur
Monsieur le Professeur LAFFORGUE Pierre	Assesseur
Monsieur le Docteur TESTART Julien	Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTEY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
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 Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
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
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
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

EMERITAT

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
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahrām	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERTGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	



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 DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédictie	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

REVIS Joana

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
----------------------	-------------------------

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

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
--

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

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)

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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801
--

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

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

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

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)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

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

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-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)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH) *retraite au 25/11/2019*
 BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) *Surnombre*
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
 THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

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

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
 EBBO Mikael (MCU-PH)
 DRH Campus Timone

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)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

MAJ 01.09.2019

MEDECINE GENERALE 5303	NEPHROLOGIE 5203
GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)	BRUNET Philippe (PU-PH)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)	BURTEY Stéphanie (PU-PH)
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)	DUSSOL Bertrand (PU-PH)
GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)	JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	MOAL Valérie (PU-PH)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)	NEUROCHIRURGIE 4902
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)	
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	DUFOUR Henry (PU-PH)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	FUENTES Stéphane (PU-PH)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)	REGIS Jean (PU-PH)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)	ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
NUTRITION 4404	SCAVARDA Didier (PU-PH)
	CARRON Romain (MCU PH)
DARMON Patrice (PU-PH)	GRAILLON Thomas (MCU PH)
RACCAH Denis (PU-PH)	
VALERO René (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité	
BELIARD Sophie (MCU-PH)	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)	
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section)	AUDOIN Bertrand (PU-PH)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	CECCALDI Mathieu (PU-PH)
	EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)	FELICIAN Olivier (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité	PELLETIER Jean (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité	MAAROUF Adil (MCU-PH)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
DESSI Patrick (PU-PH)	POINSO François (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)	GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)	
MICHEL Justin (PU-PH)	BLIN Olivier (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)	FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)	MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
RADULESCO Thomas (MCU-PH)	SIMON Nicolas (PU-PH)
REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
RANQUE Stéphane (PU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
CASSAGNE Carole (MCU-PH)	MATHIEU Marion (MAST)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)	
TOGA Isabelle (MCU-PH)	
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
ANDRE Nicolas (PU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)	BREGÉON Fabienne (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)	GABORIT Bénédicte (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)	MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)	BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)	BONINI Francesca (MCU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)	BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)	DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
	DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
COZE Carole (MCU-PH)	
FABRE Alexandre (MCU-PH)	RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
BAILLY Daniel (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)	BARLESI Fabrice (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)	CHANEZ Pascal (PU-PH)
CERMOLACCE Michel (MCU-PH)	GREILLIER Laurent (PU PH)
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16	REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
AGHABABIAN Valérie (PR)	TOMASINI Pascale (MCU-PH)
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	RHUMATOLOGIE 5001
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)	GUIS Sandrine (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)	LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
CHAUMOTRE Kathia (PU-PH)	PHAM Thao (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)	ROUDIER Jean (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)	
MOULIN Guy (PU-PH)	
PANUEL Michel (PU-PH)	
PETIT Philippe (PU-PH)	
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)	
VIDAL Vincent (PU-PH)	
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)	
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802	THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804
GAINNIER Marc (PU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)	VILLANI Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)	
ROCH Antoine (PU-PH)	
HRAIECH Samir (MCU-PH)	DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
HRAIECH Timone (MCU-PH)	
	UROLOGIE 5204
	BASTIDE Cyrille (PU-PH)
	KARSENTY Gilles (PU-PH)
	LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
	ROSSI Dominique (PU-PH)

MAJ 01.09.2019

Remerciements

Merci au Dr Michel Cermolacce qui a bien voulu diriger mon travail de thèse. Malgré cette période sanitaire exceptionnelle, je me souviendrai de nos longues sessions téléphoniques pendant lesquelles tu as su m'orienter et éveiller en moi un réel plaisir dans l'effort de publication et le partage avec d'autres universitaires. Merci de m'avoir accordé tout ce temps alors que tu en manque cruellement.

Merci au Pr Jean Naudin de me faire l'honneur de présider ce travail. Merci pour votre confiance et votre bienveillance durant toutes ces années, de l'externat à l'internat. Je vous serai toujours redevable de m'avoir fait découvrir la phénoménologie psychiatrique que j'apprend encore à décortiquer, mais qui m'est d'une aide précieuse au quotidien.

Merci au Dr Julien Testart avec qui j'ai eu la chance de travailler. En plus de ta perspicacité et de ton sens clinique aiguisé, c'est surtout la sympathie dont tu as fait preuve à mon égard qui m'honore.

Merci au Pr Pierre Lafforgue de bien vouloir assister à ma thèse. J'espère que mon travail éveillera chez vous un intérêt particulier.

Merci au Dr Jean Vion-Dury d'être membre de mon jury. Merci pour les séances de phénoménologie que vous animiez à Ste Marguerite et qui ont participé in fine à m'orienter vers ce sujet.

Merci au Dr Tudi Gozé pour ses réflexions fort intéressantes et son accueil chaleureux.

Concernant mon cursus d'interne,

Merci tout d'abord au Dr Julie Montant qui m'a énormément appris lors de ma première année, en particulier la pharmacologie qui est aujourd'hui une assise indispensable à l'exercice de la psychiatrie. Merci pour ta gentillesse et ta bienveillance.

Merci au Dr Muriele Maurel pour sa gentillesse et son apprentissage quant à « l'art de la psychopharmacologie ». Merci de m'avoir fait confiance.

Merci aux Dr Raoul Belzeaux, Dr Emmanuelle Pagnier, Dr Marc Adida et Dr Magali Pontier.

Merci au Dr Xavier Zendjidjian pour son accessibilité et son pragmatisme, ainsi que la confiance qu'il m'a accordé lors de mon passage dans son service.

Merci aux Dr Marguerite Serres, Dr Sandrine Limousin.

Merci au Dr Rivet d'avoir bien voulu m'accepter dans son service.

Merci au Dr Sophie Carrier de m'avoir fait découvrir la psychiatrie institutionnelle au pavillon des Lavandes à Valvert, de m'avoir fait confiance et de m'avoir fait ouvrir les yeux sur le lien que l'on peut établir avec ses patients.

Merci au Dr Fanny Gaini et au Dr Nicolas Zanotti avec qui ce fut un réel plaisir de travailler.

Merci aux Dr Tiphaine Krouch, Dr Laure Letreut et Dr Pablo Giacardy de m'avoir fait découvrir la pédopsychiatrie, en particulier celle de l'adolescent. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée, en particulier pour la liaison en pédiatrie à Aubagne durant le premier confinement. Et pour votre gentillesse !

Merci au Pr David Da Fonseca de m'avoir accepté dans ses consultations, et de m'avoir permis d'appréhender la maladie mentale de façon différente.

Merci au Dr Marion Givaudan et au Dr Clara Ankri avec qui j'ai travaillé au Centre expert Autisme Asperger. Merci de m'avoir appris la clinique particulière de ces patients.

Aux différentes équipes paramédicales que j'ai eu la chance de côtoyer durant mon cursus. De Sainte Marguerite à Valvert, en passant par la Conception, Aubagne et Salvator. Merci pour votre sympathie et votre amitié. La liste est si longue ...

Un petit mot à part pour Rosa au CH Valvert, notre Mama à tous.

A mes Co-internes que j'ai appris à connaître, à la « Team Ste Marguerite » inoubliable. Malgré le fait qu'on se voit peu, vous savez l'affection que je vous porte.

A mes Amis, indispensables au maintien de ma propre santé mentale.

A mon grand père, le Dr Xavier Serafino, que je n'ai jamais connu mais dont l'aura est toujours omniprésente.

A ma grand mère, le Dr Ginette Serafino. Elle a disparu lorsque j'étais jeune mais je suis sûr, qu'elle est fière de moi. Une femme d'exception.

A mon grand père, le seul que j'ai connu. Mon Papi, Pierre Roux. Ta présence me manque et je repense à nos marches sur le Prado, avec le marteau ... Je suis si heureux de t'avoir connu.

A ma Su, qui nous a quittés précipitamment. Je ne t'oublierai jamais, et compte bien m'occuper des petits que tu as dû laisser, comme tu nous as aidé plus jeunes.

J'espère que vous veillez là haut.

A ma Manou que j'aime énormément. Merci d'être là au quotidien, et merci pour tes conseils sur la vie, pourtant simples, mais terriblement efficaces. Merci pour ta constance.

A ma marraine, Geraldine Roux, merci de m'avoir toujours fait confiance et de m'avoir poussé à réussir, en tout temps. Merci d'avoir autant partagé avec moi.

A mes cousins Philippe et Laurent que j'ai failli tuer il y a peu du Covid. Merci d'être là.

A mon neveu et mes petits cousins, vous êtes les jeunes pousses qui formeront l'arbre de demain.

A mes frères et soeurs ; Anna, Francois-Xavier et Laetitia. Je vous aime énormément malgré les conflits qu'on peut avoir. Le destin des frères et soeurs, les passions que voulez vous ... ?

A mes parents, Jean Francois et Laurence Serafino. Que dire ? Merci pour tout. Tout le temps, toujours. Tout ça c'est grace à vous. Je vous aime.

A ma Léa que j'aime et qui me manque au moment où j'écris ces lignes.

« Lui parti, j'ai retrouvé le calme. J'étais épuisé et je me suis jeté sur ma couchette. Je crois que j'ai dormi parce que je me suis réveillé avec des étoiles sur le visage. Des bruits de campagne montaient jusqu'à moi. Des odeurs de nuit, de terre et de sel rafraîchissaient mes tempes. La merveilleuse paix de cet été endormi entraînait en moi comme une marée. À ce moment, et à la limite de la nuit, des sirènes ont hurlé. Elles annonçaient des départs pour un monde qui maintenant m'était à jamais indifférent. Pour la première fois depuis bien longtemps, j'ai pensé à maman. Il m'a semblé que je comprenais pourquoi à la fin d'une vie elle avait pris un « fiancé », pourquoi elle avait joué à recommencer. Là-bas, là-bas aussi, autour de cet asile où des vies s'éteignaient, le soir était comme une trêve mélancolique. Si près de la mort, maman devait s'y sentir libérée et prête à tout revivre. Personne, personne n'avait le droit de pleurer sur elle. Et moi aussi, je me suis senti prêt à tout revivre. Comme si cette grande colère m'avait purgé du mal, vidé d'espoir, devant cette nuit chargée de signes et d'étoiles, je m'ouvrais pour la première fois à la tendre indifférence du monde. De l'éprouver si pareil à moi, si fraternel enfin, j'ai senti que j'avais été heureux, et que je l'étais encore. Pour que tout soit consommé, pour que je me sente moins seul, il me restait à souhaiter qu'il y ait beaucoup de spectateurs le jour de mon exécution et qu'ils m'accueillent avec des cris de haine. »

Albert Camus, *l'Étranger*

« Va, n'avance que désarmé

A travers la vie, et en crains rien »

Friedrich Hölderlin, *Courage de Poète*

Sommaire	1
A - Le Praecox Feeling : présentation, revue de la littérature et aspects épistémologiques	2
I - Introduction.....	2
II - Rümke et le « Praecox Gefühl ».....	3
A - <i>A propos de l'auteur</i>	3
B - <i>Le Praecox Gefühl (ou Praecox Feeling)</i>	3
C - <i>Quels déterminants pour le PF ?</i>	5
III - Le Praecox Feeling dans la littérature classique.....	6
A - <i>La schizophrénie : Une histoire de diagnostic ?</i>	6
B - <i>Approche phénoménologique de la schizophrénie et PF</i>	8
IV - Approches contemporaines du PF.....	11
A - <i>Le PF dans la littérature psychiatrique moderne</i>	11
B - <i>La typification</i>	16
C - <i>Le jugement expert (« Guts Feeling »)</i>	17
V - Conclusion.....	19
B - Praecox Feeling et schizophrénie : une analyse descriptive et qualitative des pratiques de médecins psychiatres	20
I - Méthodologie.....	20
A - <i>Recueil des données</i>	20
B - <i>Analyse quantitative</i>	21
C - <i>Analyse semi qualitative</i>	22
II - Résultats.....	23
A - <i>Description de l'échantillon</i>	23
B - <i>Caractéristiques liées au Praecox Feeling</i>	25
C - <i>Comparaison entre les caractéristiques liées au Praecox Feeling et la description de la population</i>	27
D - <i>Analyse de traitement automatique du langage</i>	27
E - <i>Topologie de l'origine du Praecox Feeling</i>	28
III - Discussion.....	29
C - Bibliographie et annexes	31

A - Le Praecox Feeling : Présentation, revue de la littérature et aspects épistémologiques.

I. Introduction

De par la diversité de ses formes cliniques et de ses manifestations auxquelles s'ajoutent souvent un pronostic fonctionnel sombre et une chronicisation des troubles chez les patients atteints, la schizophrénie reste un diagnostic encore difficile à établir.

Malgré le développement et la diffusion globale de la nosographie psychiatrique moderne, de nombreuses questions d'ordre épistémologique se posent encore. Avec la résurgence des questionnements liés aux processus diagnostics en psychiatrie, l'étude de la perspective subjective (i.e. des vécus, ou dans une approche en première personne) fait l'objet d'un regain d'intérêt dans la littérature psychiatrique moderne.

Est-il possible d'établir un diagnostic de schizophrénie en intégrant à la fois des critères fiables et objectifs mais aussi subjectifs, en prenant en compte les expériences vécues du patient et du psychiatre au sein de la rencontre clinique ?

Dans cette revue, nous discuterons dans la première section de la notion de Praecox Feeling telle qu'elle a été décrite de manière princeps par Rümke. Nous soulignerons ensuite les liens entre la description faite par l'auteur et d'autres travaux psychopathologiques, en particulier phénoménologiques.

Puis nous étudierons à travers une revue de la littérature plus récente certains aspects épistémologiques et les perspectives de recherche dans la schizophrénie. Nous discuterons enfin du jugement expert, et de l'apport de la subjectivité du soignant dans la prise de décision en médecine.

II. Rümke et le « Praecox Gefühl »

A. A propos de l'auteur

Le psychiatre et psychanalyste néerlandais Henricus Cornelius Rümke est né à Leiden en 1893.

Il étudia la médecine à la faculté d'Amsterdam entre 1918 et 1923 et se spécialisa en neurologie et en psychiatrie comme c'était le cas de ses contemporains dans la première moitié du XX^{ème} siècle.

Contemporain de Minkowski et élève de Bleuler, il s'inspira de leurs différents travaux dans ses recherches.

Directeur du département de Psychiatrie à Amsterdam, puis à Utrecht, il s'initia à de nombreux courants de pensée avec pour objectif d'appréhender la discipline psychiatrique dans sa globalité.

Son poste de directeur de la « *World Federation for Mental Health* » dans les années 50 sera probablement le point culminant de sa carrière, et le constat du respect de ses pairs.

Avec son intérêt pour la phénoménologie, la psychanalyse mais aussi pour les modèles psychobiologiques et les débuts de la psychopharmacologie, il fit parti de ceux qui ont participé à l'évolution de la discipline.

Se passionnant très tôt pour la nosographie, il restera critique toute au long de sa vie sur l'approche du diagnostic en psychiatrie, et prudent sur la portée de ses propres travaux. C'est en 1967 qu'il décède à Zurich à l'âge de 74 ans.

B. Le Praecox Gefühl (ou Praecox Feeling)

Il proposa dans son article « *Das Kernsymptom der Schizophrenie und das « Praecox Gefühl »* (Le Symptôme central de la schizophrénie et le « *Praecox Feeling* ») publié en 1941 le concept de « *Praecox Feeling* » (PF).

Littéralement « *vécu du précoce* », il tente une appréhension de la schizophrénie comme phénomène apparaissant dans l'entre deux de la relation médecin-malade.

Rümke fait le constat suivant : « *Il est rare pour un clinicien d'être capable de décrire précisément le processus diagnostique de la schizophrénie* » [1, 2]. « *Il peut pointer*

l'existence de certains symptômes communément admis (...) Cependant il peut retrouver ces signes dans un grand nombre de pathologies autres (...), et parfois même remettre en cause l'existence de la dissociation en trouvant par exemple le sourire approprié, à créer une relation d'empathie avec son patient sans difficulté ou encore en voyant l'autisme comme un phénomène ubiquitaire. Le diagnostic va souvent être liée au fait que le clinicien a ressenti une coloration schizophrénique ou un Praecox Feeling chez son patient lors de l'entretien psychiatrique ».

L'approche catégorielle décrite par Kraepelin repose sur un fonctionnement syndromique (la somme de différents symptômes forme un syndrome) et temporel (critères d'évolutivité).

Mais aucun symptôme pris isolément n'est en effet spécifique à la schizophrénie : ils se retrouvent dans d'autres pathologies psychiatriques.

Et malgré l'utilité de ces critères, l'absence du PF remettrait selon Rümke ce diagnostic en question : « *Ils (i.e les critères) sont utiles pour illustrer le diagnostic mais pour moi ils perdent toute leur valeur si ce que je considère comme essentiel manque* ».

Le PF est un signe qu'il considère donc comme pathognomonique.

Il en arrive à la conclusion suivante : « *La schizophrénie n'est pas diagnostiquée en examinant le patient, mais en examinant son propre ressenti* »

Rümke analyse ce sentiment en ces termes : « *Dans la rencontre avec un malade schizophrénique, l'instigateur sent une hésitation curieuse et un sentiment d'étrangeté, qui se rapportent à la rupture du rapport mutuel normal quand deux personnes se rencontrent. Ce qu'on appelle l'instinct de rapprochement et ses expressions sont troublées d'un côté seulement* » [3].

Le PF est donc une expérience, un sentiment dont un psychiatre peut être saisi lors de sa rencontre avec un patient souffrant de schizophrénie.

C'est une impression difficilement explicable car de nature préreflexive, médiée par l'empathie et de l'ordre de l'indicible. [4]

L'empathie comme étant la capacité à appréhender de façon immédiate l'affectivité de l'autre. [5]

Cette incapacité à « *entrer en contact* » avec le patient n'est pas volontaire mais implicite. Le terme « contact » étant issu du latin « *contingere* » signifiant toucher, effleurer, tâter, atteindre [6]

Or un des attributs le plus fondamental chez « *l'Homme comme animal social* » est sa capacité d'établir un contact avec l'autre.

Et c'est cette difficulté qui fait que le clinicien « *n'arrive pas à trouver le patient* ».

Ce serait, pour lui, le signe le plus sensible pour le diagnostic de schizophrénie.

Rümke tente alors d'observer les déterminants de ce PF donnant lieu à ce diagnostic « *gestaltique* » ou global.

La Gestalt rappelle « *la psychologie de la forme* », et dans laquelle la perception d'un « *tout* » organisé dépasse l'addition simple des parties qui le forme.

« *Ce phénomène est, pour la plupart du temps, entrelacé entre des anomalies de la pensée, des perturbations affectives et des symptômes psycho-moteurs* » :

Le sentiment de bizarrerie de contact [7] qui en résulte souligne l'importance de l'intersubjectivité dans cette pathologie, et donc de la qualité de la rencontre qui apparaît ici précaire.

La bizarrerie de contact apparaît comme « *un phénomène énigmatique de la clinique psychiatrique* » [8]: son absence de substrat théorique fait saillie avec la prévalence de sa description en pratique quotidienne, en particulier dans les pays francophones.

C. Quels déterminants pour le PF ?

Rümke indique à propos du thérapeute que « *Il peut pointer l'existence de certains symptômes communément admis comme les troubles de la pensée, des troubles de la conscience de soi, des idées d'influence, une discordance ideo-affective, une rigidité émotionnelle, un manque d'empathie, un défaut de contact vital avec la réalité extérieure, un autisme, le sourire schizophrénique ou encore des idées délirantes* ».

Il peut être ressenti « *avant même d'avoir discuté* » avec le patient ou lors des « *toutes premières minutes de l'entretien* ».

Ce sont notamment la gestuelle, la posture, les expressions faciales et les comportements moteurs qui font que l'expressivité globale du patient est ressentie comme perturbée. [1, 2].

Cependant, cette caractéristique temporelle n'est en aucun cas un critère définissant le PF : le terme « *Praecox* » faisant référence à la « *dementia praecox* » de Kraepelin et non à la précocité du diagnostic [9].

De manière générale, la « *réaction interne* » de l'examineur induite par son patient est un outil diagnostique très sensible selon Rümke.

Il élargit sa vision à d'autres troubles qu'il ne fait que citer ; hystérie, manie, psychopathie et démence, dans lesquelles il remarque des tendances spécifiques d'ajustement dans son attitude : « *légère euphorie* », « *relâchement des associations* », « *ma propre désinhibition m'indique la démence du patient* », « *combien d'entre nous se sentent un peu exaltés quand ils rencontrent un patient maniaque ?* »

Rümke affinera son PF tout au long de sa vie et restera critique : Il dépendrait de la capacité d'empathie du clinicien, et serait mieux perçu lors de la première consultation en l'absence de lien préalable. Il ne serait pas constant, serait réversible et son absence n'éliminerait pas le diagnostic [1, 10, 11, 12].

Il finira par reprendre sa formulation initiale, et modifier son terme « *Feeling* » par « *Experience* » rendant plus compte de la complexité des phénomènes en jeux, et limitant sa réduction au « *sentiment* » affectif qu'il renverrait chez le clinicien.

En dépit de la compréhension certaine de ses contemporains quant à la terminologie employée, l'utilisation du PF a peu à peu été écartée du fait du développement des approches critériologiques modernes.

Son sens premier ayant été altéré du fait de conflits sémantiques, il finit par se confondre avec le critiquable diagnostic d'instant, arbitraire, et source de stigmatisation des patients.

Il est intéressant de noter que Rümke ne fut pas le premier à se questionner sur cette façon d'aborder le diagnostic en psychiatrie, en particulier celui de la schizophrénie. Il s'inscrit dans un ensemble d'ouvrage désormais classiques.

III. Le Praecox Feeling dans la littérature classique

A. La schizophrénie : Une histoire de diagnostic ?

Des premières descriptions cliniques psychiatriques à nos jours, de nombreux auteurs ont tenté d'identifier l'origine de ce trouble et de ses manifestations.

Pour Kraepelin, à l'origine des classifications psychiatriques catégorielles modernes, le caractère évolutif des troubles était le critère le plus important pour diagnostiquer la « *Dementia Praecox* » [13].

Peu après, Bleuler, à qui on doit le terme de schizophrénie (du grec « σχίζειν » « shizein » : couper, et « φρήν » « phren » : esprit), a identifié la « *Spaltung* », comme étant pour lui un des symptômes fondamentaux. Il évoque des symptômes primaires qu'il relie à l'origine biologique de la schizophrénie (ou plutôt « *des schizophrénies* ») [14] ainsi que des symptômes secondaires d'origine « défensive ». C'est le premier à parler d'autisme. [15].

Par la suite, sous l'impulsion de divers courants de pensée, les tentatives de résolution de l'équation schizophrénique se sont multipliées.

Que ce soit en psychobiologie, en psychopathologie avec notamment l'approche psychanalytique longtemps majoritaire en France, ou en psychopharmacologie avec l'avènement des premiers antipsychotiques et l'hypothèse dopaminergique dans les années 50, les psychiatres se heurtent toujours aux mêmes constats :
Premièrement, le diagnostic de schizophrénie manque de reproductibilité
Deuxièmement, l'étiopathogénie de ce trouble est encore inconnue et sujette à débats

Afin de tenter de résoudre au mieux ces problèmes, de parler un langage commun, et dans un souci de scientifier une discipline psychiatrique jusqu'alors éparse, l'université Washington à St Louis sous l'impulsion de Spitzer va proposer dans les suites de son « *Reliability Project* » de catégoriser les troubles mentaux afin d'harmoniser la pratique psychiatrique et la recherche.

Les DSM I et II, largement inspirés des modèles psychanalytiques et psychodynamiques, n'ont pas eu l'aura escomptée en raison de ces spécificités. Le DSM III, parut en 1980, a induit une véritable rupture épistémologique du fait de cette nouvelle approche se voulant à la fois objectivante et profondément athéorique. Elle fut communément admise à l'international et posa les bases de notre système sémiologique actuel.

S'en suivirent des versions révisées pour atteindre le DSM V actuel, apportant une touche dimensionnelle nouvelle.

A travers l'évolution de ce DSM transparaît un souci d'objectivation qui ne fait que croître.

A tel point que le DSM s'est éloigné de son but premier pour devenir l'outil diagnostic principal des troubles psychiatriques, et ce, malgré un relatif « *appauvrissement* » de la sémiologie des troubles inhérent à son orientation sur un modèle se voulant athéorique [16].

Comment appréhender cette « science médicale » qui s'inscrit malgré elle, et au moins en partie, dans une approche dépendant des sciences humaines ?

La science se revendique comme discours partageable : Qu'en est-il de la partageabilité de l'expérience de la maladie mentale ?

Tatossian l'a souligné, parmi d'autres : « *La psychiatrie est en danger lorsqu'elle méconnaît sous prétexte d'objectivité et de positivisme ses origines dans l'expérience quotidienne et le monde vivant* » [17]. Ces constats et cette façon d'aborder la maladie mentale ont nourri une littérature importante, en particulier phénoménologique. Or si on « *s'en tient aux psychoses (en particulier la schizophrénie), c'est qu'elles sont par excellence l'objet de la phénoménologie* » [17], tant par leurs manifestations que par les questions qu'elles soulèvent.

B. Approche phénoménologique de la schizophrénie et Praecox Feeling

La phénoménologie psychiatrique compte parmi ses premiers auteurs Karl Jaspers. Elève de Kraepelin à Heidelberg, il se montra très critique quant à ses méthodes. Ses écrits, en particulier sa « *Psychopathologie Generale* » parue en 1913, feront date dans l'histoire de la psychiatrie. Il fut le premier à lier explicitement la discipline psychiatrique et philosophique, malgré le fait que ce lien existait déjà de manière tacite.

Il proposa une nouvelle façon d'appréhender la clinique psychiatrique à travers l'expérience subjective de ses patients. Il était capital pour lui de trouver des fondements biographiques au vécu actuel des malades, et il proposa une analyse de leurs symptômes via leur forme et non leur contenu. Il était clair pour lui que face à

l'incompréhensibilité de l'expérience schizophrénique, le traitement médical devait être fondé sur «*la vie non comprise*».

Il s'agissait avant tout d'une «*psychologie descriptive* », terme qu'il emprunta à Husserl et Dilthey, et qu'il dénomma à son tour «*psychologie compréhensive* ».

D'autres phénoménologues ont par la suite tenté de dépasser la notion Jaspersienne d'incompréhensibilité schizophrénique.

La question de la première impression, du contact, du ressenti face à un patient souffrant de schizophrénie a été abordée de nombreuses fois tout au long du siècle dernier.

En 1927, Minkowski s'emparait déjà de ce paradoxe humain : «*Là où il s'agira d'approfondir nos connaissances théoriques et pratiques sur la personnalité humaine, tout en réservant sa place à la réflexion, nous n'hésiterons pas à faire intervenir, dans nos recherches, l'instinct et l'intuition* ».

«*Dans le diagnostic, on peut observer (par « intuition ») ce qui se passe en soi même, par une sorte de résonance intérieure* ». C'était pour lui le sens du processus diagnostic en psychiatrie. [18]

Dans sa «*phénoménologie des psychoses* » paru en 1979, Arthur Tatossian voulut proposer un rapport complet sur la littérature phénoménologique. Sa tentative s'avérera remarquable, et son œuvre incontournable. Nous citerons ce passage, résultats des travaux de certains auteurs sur les différentes modalités de présence qui affectent le thérapeute :

«*La possibilité d'un diagnostic de l'aliénation schizophrénique échappant au modèle sémiologique et diversement dénommé : « diagnostic par sentiment » « diagnostic par impression », « sentiment » ou mieux « vécu du précoce ». Mais à ces termes qui, bien à tort, évoqueraient la nature subjective de ce diagnostic il faut préférer avec Minkowski celui de « diagnostic par pénétration » ou, avec Tellenbach, celui de « diagnostic atmosphérique » comme constat de la dissonance entre les atmosphères propres aux deux partenaires* » [17].

Si nous avons défini le PF comme une expérience particulière vécue par le clinicien, il est alors essentiel de l'appréhender à travers le prisme de la rencontre avec le malade puisqu'il y apparaît comme phénomène.

Oury dans son ouvrage sur les symptômes primaires de la schizophrénie, le formule autrement « *Bien sûr que nous avons des perceptions : on regarde, on voit la mimique, les gestes, on écoute si il (i.e: le patient) parle, etc ... mais dans la rencontre avec un schizophrène, il se passe quelque chose qui dépasse, justement, la stricte observation dite « objective »* ».

Ce qu'il se passait pour lui dans la rencontre, c'est « *une rupture avec les habitudes* » : « *il n'y a pas de point de rassemblement* », « *Il y a quelque chose qui dépasse l'intuition, qui ne trompe pas* », « *Un sentiment de malaise, de ne pas être à sa place, ou encore un sentiment d'étrangeté* ».

Il partage ainsi la question essentielle du processus diagnostique de schizophrénie, et de sa difficulté.

Commentant le PF de Rümke, il suggère que celui-ci nous sert d'indicateur, d'index pour montrer qu'il y a de la dispersion chez le patient. La Spaltung en soit serait un des « *symptômes primaires* » sous-jacent. Et il apparaîtrait à un niveau très basal. « *Cela se sent* » sur le mode du « *Gefühl* », « *sur un mode très « Minkowski » d'une intuition diagnostique* » [19]. Cependant, il est nécessaire de ne pas s'enfermer dans un « *contentement descriptif* » avec le risque d'oublier le patient. Il y a pour lui une sorte « *d'aporie* » qui s'installe dans la position phénoménologique.

Resnik, psychiatre et psychanalyste du XXème siècle, fit des psychoses son principal objet d'étude. Il en arriva lui aussi au constat suivant : « *Dans la présence même du schizophrène, il y a quelque chose dans le sens où il n'est pas là* » [20]. Lopez Ibor décrit quant à lui « *l'olor* » dans la rencontre avec un patient schizophrène, terme catalan comptant aussi parmi ses acceptions la « *senteur* », au sens du « *pressentiment* » ou encore de « *l'indice* ».

De manière plus fondamentale, le PF renvoie à des formes implicites d'intersubjectivité pouvant s'intégrer dans la notion plus vaste de « *perte de l'évidence naturelle* ».

Minkowski parlait de « *perte de contact vital à la réalité* », mais c'est sans doute à Blankenburg que l'on doit la formulation la plus juste, inspirée par le cas de la jeune « Anne » : « *la perte de l'évidence naturelle* », ou encore « *perte du sens commun* » [21].

Il s'agit probablement là de l'essence de la schizophrénie, du « *trouble générateur* » (Minkowski) à partir duquel transpirent les différents symptômes objectivement retrouvés [18, 22].

Blankenburg affirmait en critiquant l'approche syndromique pure que « *la totalité de ce qui est rencontré (par exemple celle d'un malade individuel) n'est pas la somme de détails isolés, mais est toujours déjà co-expérience* ».

La mise à mal de l'intersubjectivité dans la pathologie schizophrénique est soulignée par Jan Hendrik Van den Berg, dans son « *Bref exposé de la position phénoménologique en psychiatrie* ».

Pour lui, ce qui est troublé, ce n'est ni le patient ni le psychiatre, mais la relation entre les deux dans la rencontre, « *dans l'unité pré réflexive du malade et du médecin* » [23].

Malgré un abandon progressif de cette vision de la psychiatrie et de la maladie mentale, on remarque une résurgence récente dans la littérature moderne de certains concepts phénoménologiques clés [24, 25].

IV. Approches contemporaines du PF

A. Le PF dans la littérature psychiatrique moderne

La littérature portant sur le PF reste particulièrement peu développée, et il faut rappeler que la notion de PF n'apparaît pas dans les critères diagnostics DSM ou CIM. Seule la « *bizarrierie du délire* » était encore présente dans le DSM IV-TR, avant d'être supprimée de la V^{ème} version. Et il s'agissait là d'une qualification du contenu délirant, et non de la coloration de la rencontre [26].

Néanmoins, plusieurs travaux contemporains se sont penchés sur le rôle du PF dans le diagnostic de schizophrénie. Globalement, deux types d'approche peuvent être distinguées :

- soit à partir du point de vue rétrospectif des psychiatres, sur leur démarche diagnostique en général,
- soit à partir de l'exploration plus précise de rencontres cliniques particulières, impliquant un jugement diagnostique lors d'un premier contact clinique.

Le premier type d'études concerne donc le point de vue rétrospectif et général des psychiatres, à partir de l'étude qualitative de leur pratique diagnostique [27, 28] (Table 1).

Ainsi Irle et son équipe en 1962 [27], puis Schwartz et Sagi en 1988 [28] ont étudié leurs pratiques respectivement en Allemagne de l'Ouest puis à Manhattan.

Le questionnaire d'évaluation de Schwartz est directement traduit de celui qui a été utilisé par Irle et al. en 1962. Il ne nomme pas explicitement le terme « *Praecox feeling* ».

Le but de ces études était d'évaluer la pratique de ces psychiatres pour la schizophrénie, en particulier leurs impressions cliniques et leurs conséquences sur le diagnostic.

En s'inspirant des méthodologies utilisées ci-dessus sur la reconnaissance empirique de l'entité PF, une étude qualitative multicentrique sur le jugement expert dans la schizophrénie a été réalisée par Goze et Al. en 2017.

Il s'agissait d'un questionnaire en ligne qui a été diffusé à de nombreux psychiatres hospitaliers et libéraux, ainsi qu'à des internes.

Le critère de jugement principal fut l'expérience de sentiments particuliers à l'égard d'un patient qui seraient fortement évocateurs de schizophrénie, et la fiabilité de ceux-ci.

Sur les 1811 psychiatres inclus, 463 ont remplis le questionnaire. Nous ne détaillerons pas ici les critères secondaires multiples comme les années d'expérience, la rapidité du diagnostic, l'orientation théorique ou encore les modalités d'exercice des psychiatres interrogés.

Ils sont plus de 90 % à avoir ressentis des sentiments à l'égard de patients fortement évocateurs de schizophrénie, dont plus de 99% chez les séniors.

La fiabilité de tels sentiments quant à elle avoisinait les 73 % chez les sujets sondés [29].

Malgré le fait que plusieurs limites peuvent être adressées à ces études, en particulier la détermination unilatérale, globale et rétrospective du PF, il est

intéressant de noter que celles-ci ont été conduites à trois périodes différentes (respectivement pré DSM III, contemporain du DSM III et DSM V), à partir de différents cadres théoriques ; pourtant, la pratique des psychiatres interrogés reste globalement équivalente en ce qui concerne l'influence du PF dans le diagnostic de schizophrénie.

Alors que certains considèrent cette expérience subjective comme utile au diagnostic, d'autres y voient un signe quasi pathognomonique [10, 30, 31].

Du fait de la pertinence du PF dans le processus diagnostique de la schizophrénie [32], différentes équipes ont tenté d'étudier la valeur de ce signe en termes statistiques. (Table 2)

La première étude réalisée par Grube estimait l'intensité de ce PF sur une échelle allant de « non présent » à « haut » chez 67 nouveaux patients admis en psychiatrie pour une symptomatologie psychotique aiguë. Cette estimation fut réalisée par un psychiatre en aveugle, puis comparée au diagnostic retenu DSM IV TR et CIM 10. Ils ont de plus corrélié l'intensité du PF avec des variables présentes dans les outils psychométriques OPD (Operationalized Psychodynamic Diagnostic) [33] et AMDP (Arbeitsgemeinschaft for Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) [34] pour tenter de trouver les déterminants de ce PF : La discordance affective surtout, les troubles cognitifs, les troubles de la reconnaissance de soi et de la communication étaient les principaux critères retrouvés. Le principal résultat de cette étude réside dans la possibilité de critères méthodologiques robustes associés au PF (sensibilité : 0,85, spécificité : 0,80, valeur prédictive positive : 0,90). La présence d'hallucinations, la sévérité de la maladie ou encore les effets secondaires parkinsoniens des neuroleptiques ne semblaient pas influencer le PF [30].

La seconde, réalisée par l'équipe de Ungvari, proposait une estimation de la présence ou de l'absence du PF par 5 psychiatres chez 102 nouveaux patients « tout venant » en incluant des critères temporels (PF évalué à 30 sec puis à 2 min). Ils ont retrouvé des résultats plus modestes que précédemment et ont mis en évidence des variables dépendants surtout des examinateurs. Cependant, les auteurs concluent à une indéniable pertinence du PF, les résultats divergents trouvant probablement leurs origines dans la « *méthodologie et la population étudiée particulière* » [10].

Bien que non incluse dans la définition stricte de Rümke, la question de la rapidité du diagnostic en psychiatrie a été étudiée par de nombreuses équipes.

Gauron et Dickinson ont évalué l'influence des tout premiers instants de la rencontre avec un patient, en particulier les 60 premières secondes, dans la formulation du diagnostic en psychiatrie.

Ils soulignent l'importance capitale du contact et de la première impression dans la rencontre avec le patient. Elle apparaît très informative et influe sur leur prise de décision [35, 36, 37].

Sandifer a lui étudié l'impact des 3 premières minutes dans l'établissement du diagnostic. Là aussi, des résultats similaires ont été retrouvés. Les impressions des investigateurs correspondaient au diagnostic final retenu dans 75% des cas. Pour la schizophrénie en particulier, le diagnostic semblait être fait pour un patient sur deux dans les deux premières minutes de l'entretien. Ceci sous-tend la richesse sémiologique qui apparaît dès les tout premiers instants de la rencontre [38].

Kendell et al suggèrent eux aussi que les premières minutes de l'entretien révèlent la majorité de l'information nécessaire à l'établissement d'un diagnostic [39]. La qualité du contact, de la présentation, ainsi que celle des aspects comportementaux et du non verbal tendent à orienter de manière correcte le raisonnement diagnostique du clinicien.

Certaines études dans le domaine des neurosciences ont souligné un dysfonctionnement dans les interactions sociales des patients souffrant de schizophrénie, en particulier dans la communication non verbale et les comportements moteurs. Or ces compétences sont indispensables pour entretenir des relations interpersonnelles efficaces et ainsi permettre aux patients d'être intégrés dans la sphère sociale, dans le monde du travail ou la recherche de personnes ressources [38, 39, 40, 41].

On ne peut s'empêcher de remarquer ici des similitudes avec la vision de Rümke quand il s'agissait de préciser les déterminants du PF.

En dépit de cette très vaste littérature issue des neurosciences et des cognitions sociales, il semble y avoir une certaine convergence vers l'étude des vécus des malades.

Ces troubles semblent être présents avant l'apparition de « *symptômes positifs* » [42]. De plus ces difficultés dans l'ajustement et l'interaction sociale tendent, si elles restent stables, à grever un pronostic moins favorable chez ces patients [43].

Ceci laisse entrevoir la possibilité d'une prise en charge précoce afin de limiter la morbidité de cette pathologie, de favoriser le rétablissement des patients et espérer en comprendre encore un peu plus l'étiopathogénie.

C'est en ce sens que se développe une littérature importante sur les psychoses débutantes [44, 45].

Dans la rencontre, Rümke suggérait que ces déterminants induisent intuitivement chez le clinicien la reconnaissance de cette forme de présence particulière.

La question de l'origine plurifactorielle du PF apparaît ici, ainsi que sa scission en deux pôles distincts.

Le pôle objectif regroupant sémiologie et critères, et le pôle subjectif concernant à la fois des aspects propres au clinicien (comme sa capacité d'empathie ou son expérience) mais aussi au patient [9].

Ainsi, l'appréhension de phénomènes vécus par les patients garde tout son intérêt clinique puisqu'ils peuvent refléter des aspects plus essentiels de la maladie [46], en particulier pour le trouble schizophrénique.

Parmi ceux-ci, on retrouve l'autisme schizophrénique et toutes ses particularités, comme le trouble de l'intentionnalité, du Soi minimal et de la relation aux autres/au Monde entraînant des problèmes sociaux de fonctionnement et d'adaptation [47-56]. Ces perspectives que nous soulignons dans cette revue semblent s'intégrer aux multi-facettes du PF, et commencent à être reconnues.

En effet, la version beta de la CIM 11 inclue pour la première fois le « *trouble de l'expérience de Soi* » dans ses critères diagnostics pour la schizophrénie [57].

On assiste ici à un changement progressif de paradigme.

Elles questionnent encore davantage sur les processus diagnostics actuels.

Comment allier une approche objective, donc avec une perspective à la troisième

personne, et une approche subjective basée sur un point de vue en première personne ?

Nous avons vu que l'approche catégorielle actuelle apparaît comme étant trop objective et, en plus du relatif « *appauvrissement* » décrit ci-dessus, paradoxalement peu fiable [58].

Ceci étant à l'origine d'une certaine insatisfaction chez les cliniciens [59].

De ce fait une approche intermédiaire a été pensée par certains auteurs pour tenter de solutionner cette question : la typification [60, 61, 62].

B. La typification

Husserl identifie la typification et en donne une première définition : « *Les typifications ont lieu en deçà du niveau de la conceptualisation explicite, et elles pré-structurent le champ de l'expérience à l'intérieur duquel de telles conceptualisations peuvent avoir lieu* » [63].

Schwartz et Wiggins vont s'emparer de cette entité à la fin des années 80 pour tenter de scientifier l'éprouvé du clinicien via l'existence de prototypes [60, 61, 62].

Le processus de typification est pré-réflexif. Ce concept se réfère à une fonction basique de la cognition humaine qui est automatique.

La perception d'un objet serait toujours « organisée » autours de l'expérience qu'en fait le sujet, et qu'il en a fait.

Autrement dit, la reconnaissance d'un objet, d'une expérience, d'une situation est médiée par des phénomènes dits de « *reconnaissance* » (« *pattern recognition* ») et d'« *achèvement* » (« *pattern completion* ») [62].

Par exemple, la reconnaissance d'un visage amical ne se fait pas sur la perception et la constatation d'une couleur d'iris ou une ride frontale particulière: c'est un processus automatique qui fait qu'il est reconnu comme ami.

Cette intégration de signaux permet l'appréhension d'une situation dans sa globalité à partir du socle experientiel de l'individu.

« *C'est un mouvement de recherche du connu dans l'inconnu* » [29].

On retrouve ici la question de l'évidence naturelle telle que décrite plus haut, et de sa suspension nécessaire à une attitude phénoménologique.

Ce processus de typification, fondamentalement humain, trouve alors son utilité en psychiatrie lors de la rencontre avec un patient. Là aussi, que l'on parle d'empathie, de résonance ou d'accordage intersubjectif, il s'agit de comprendre l'autre à travers sa propre expérience, ce qui permet notamment de redresser des diagnostics obtenus simplement par l'énumération d'items, ou de tenter d'en comprendre le sens.

Il est nécessaire pour le psychiatre, lorsqu'il est utilisé dans ces cas-là, de témoigner d'une certaine prudence sur ses propres typifications, et de pouvoir les remettre en question.

L'expérience que fait le patient de la rencontre clinique implique elle aussi d'autres typifications que nous ne détaillerons pas.

Encore une fois, cette approche se veut plus complémentaire des autres processus diagnostics qu'élective.

Ces phénomènes font écho au diagnostic atmosphérique ainsi qu'au jugement expert. L'expérience est nécessaire selon Rümke pour appréhender justement le PF puisque malgré la médiation par l'empathie c'est bien la reconnaissance et l'analyse des propres ressentis du clinicien qui requiert une expertise.

On remarque que ce champ de la clinique est aussi utilisé depuis peu en médecine somatique, et validé [64].

C. Le jugement expert (« Guts Feeling »)

Les processus de jugements diagnostic ainsi que les difficultés inhérentes à leur application ne sont pas l'apanage de la psychiatrie moderne.

En 2005, des chercheurs de l'université de Maastrich et d'Antwerp aux Pays Bas, autour de l'équipe de Stolper, ont conduit un travail de recherche sur le jugement expert en médecine générale : le Guts Feeling [65, 66]. Peu de temps après, des équipes de l'Université d'Hanovre et de l'Université de Brest s'en sont saisi pour évaluer sa pertinence dans la pratique médicale quotidienne [67].

Ceux-ci se sont regroupés afin de mettre en commun l'avancée de leur travaux et permettre leur diffusion.

La « *sensation viscérale* » (parfois dénommée « *tripale* ») apparaît comme une aide au diagnostic, de support via un sentiment « *intuitif* ».

Ce « *6ème sens* » semble en effet influencer régulièrement dans la prise de décision en pratique clinique malgré le fait qu'il n'y ait peu de preuve d'un tel diagnostic ou que sa valeur pronostique ne soit pas connue [64].

Trouver des déterminants à ce Guts Feeling a donc été la suite logique de ces travaux. Il se manifeste sous deux formes : Un sens d'alarme et un sens de réassurance.

En lien avec l'expression néerlandaise princeps « *Niet Pluis* », le sens d'alarme est perçu comme un malaise par le médecin, et la sensation que « *quelque chose cloche* » chez son patient, sans qu'il y ait des éléments objectifs validant ses craintes [68].

A l'inverse, du sens de réassurance émane un sentiment de sécurité « *ça colle* ».

Il s'agit ici de la question plus générale de la prise de décision en médecine, de ses conditions de réalisation et de la nécessité de limiter au mieux l'incertitude diagnostique.

Comment ? Par des facteurs dits analytiques et non analytiques.

Les facteurs analytiques concernent globalement l'Evidence Based Médecine telle qu'elle est comprise de nos jours, c'est à dire « *l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* » [69].

Il convient pourtant de souligner que sa définition initiale portait sur une définition plus large, basant l'attitude médicale sur la recherche d'un maximum de « *preuves* » récoltées. Cette recherche exhaustive reposant idéalement sur trois aspects incontournables et indissociables: les preuves scientifiques, mais aussi les souhaits du patient et l'expérience (l'expertise) du clinicien. Ces deux derniers aspects sont désormais rarement cités dans les modèles EBV [69].

Les facteurs non analytiques incluent ces deux derniers aspects et regroupent donc : l'expérience, le vécu, la connaissance du patient, la personnalité du médecin ou encore le contexte de la rencontre avec le patient. Ils sont pour la plupart automatiques.

L'expérience semble médiée selon le processus cognitif que nous avons décrit plus haut de reconnaissance de forme (« *pattern recognition* »), et permet une approche intuitive sur le modèle des prototypes.

« *L'intuition peut être définie comme le résultat d'une connaissance hautement personnalisée, de processus non analytiques qui peuvent aider les médecins dans la complexité des problèmes auxquels ils font face.* » [68].

On retrouve une diffusion de ce Gut Feeling en dehors de la pratique de la médecine générale, en particulier en pédiatrie, en chirurgie, en médecine interne ou encore en hépato-gastro-entérologie.

Il peut s'intégrer au raisonnement expert et pourrait bien être vu comme un moyen préventif de l'erreur.

Le jugement expert tend donc à être transdisciplinaire et aspécifique.

V - Conclusion

Le Praecox Feeling de Rümke, tant dans sa première définition que dans la recherche contemporaine, apparaît comme un outil pertinent dans les processus diagnostics de la schizophrénie.

Cette entité questionne sur des aspects de la rencontre clinique qui tendent à disparaître des recommandations de bonne pratique actuelle.

Cependant, il convient de remarquer qu'au-delà du champ strictement psychiatrique, le jugement expert apporte une pertinence indéniable dans la prise de décision quotidienne des praticiens, et ce qu'importe la spécialité exercée.

Ce qui apparaît comme « intuitif » se dévoile comme le fruit de synthèses complexes et passives opérant à un carrefour entre expérience, empathie, subjectivité et relation avec le patient.

Dans la course à l'objectivation scientifique de tout symptôme ou de toute maladie, la réhabilitation, ou plutôt la prise en compte, de ces phénomènes dans la démarche médicale globale semble inévitable.

Sir Peter Medawar, prix Nobel de Physiologie en 1960 dit en ces termes : « *Si il y a un grand et profond élément scientifique dans la pratique de la médecine, il y a aussi un art indéfinissable, un aperçu de l'imagination. Et la Médecine naît d'un mariage entre les deux* »

B - Praecox Feeling et schizophrénie : une analyse descriptive et qualitative des pratiques de médecins psychiatres

Michel Cermolacce, Antoine-Marie Serafino, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, Michael Schwartz, Marcin Moskalewicz, Christophe Gauld, Tudi Gozé

I - Méthodologie

A - Recueil des données

Les données ont été recueillies sur les centres de Toulouse et Marseille dans un premier temps sous la forme d'un questionnaire au format « Google Form ».

L'objectif à terme est d'ouvrir cette étude sur d'autres centres, notamment en Pologne, afin d'obtenir un reflet transculturel des pratiques.

L'étude concerne des psychiatres hospitaliers et libéraux. Les internes en DES de Psychiatrie ont aussi été sollicités afin d'obtenir un large panel d'expérience.

Comportant onze questions, ce questionnaire a été envoyé par mail à l'ensemble des psychiatres hospitaliers présents sur le site de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, ainsi qu'aux internes en stage au C.H.U de Marseille à ce moment là.

Il a aussi été envoyé sur la mailing list de l'AFFEP (Association Fédérative Française des étudiants en psychiatrie) comprenant quelques 1296 internes et assistants en psychiatrie présents dans toute la France.

S'agissant des médecins libéraux, un contact un à un à été réalisé par téléphone dans le but d'obtenir leur adresse mail si ils étaient d'accord pour participer à cette étude.

Ainsi, 145 psychiatres ont été contactés sur Marseille, pour 49 réponses positives ; et 100 psychiatres ont été contactés sur Toulouse, pour 18 réponses positives.

Sur l'ensemble des psychiatres inclus à savoir 1811 (correspondant au nombre de mails envoyés), 463 ont rempli le questionnaire, soit 25,56 %.

Une lettre d'information concernant l'étude ainsi que les conflits d'intérêt éventuels a été remise à cette même occasion.

Le recueil des données s'inspire directement des études antérieures menées par Schwartz et Sagi en 1988, elles mêmes inspirées de l'étude de Irle en Allemagne de l'Ouest en 1962. Les questionnaires sont identiques (ils ont été traduits de manière littérale), afin d'évaluer l'évolution temporelle de ce concept. Le Terme « Praecox Feeling » n'a pas été nommé explicitement. Pour éviter la suggestion, les termes « sentiments fortement évocateurs du diagnostic de schizophrénie » ont été préférés comme c'était le cas pour les études antérieures.

Les différentes données recueillies correspondaient :

Au type d'activité, à la durée d'activité, à l'orientation de la pratique professionnelle.

Deux questions portaient sur la schizophrénie : il s'agissait de la question de la réversibilité du diagnostic, ainsi que la possibilité d'un diagnostic rapide.

Deux analyses consécutives sur le Praecox Feeling ont été réalisées : Une analyse quantitative et une analyse semi qualitative.

B - Analyse quantitative

L'analyse quantitative comportait trois parties :

- Une analyse descriptive des données
- Une analyse des caractéristiques liées au praecox feeling
- Une comparaison entre les données descriptives et les caractéristiques liées au PF.

Premièrement, l'analyse descriptive de la population a permis de comparer les différentes données recueillies chez l'ensemble des participants de l'étude. Le nombre et le pourcentage de réponses ont été donnés. Des comparaisons statistiques deux à deux ont été effectuées dans un second temps (corrélations de Spearman et régressions linéaires et logistiques).

Puis, concernant les caractéristiques liées au Praecox Feeling, les analyses ont été effectuées uniquement chez les participants ayant répondu par l'affirmative à la question « *Avez vous parfois fait l'expérience de « sentiments » à l'égard d'un patient qui sont fortement évocateurs d'un diagnostic de schizophrénie ?* », témoignant leur

reconnaissance de tels sentiments.

Les différentes caractéristiques liées correspondaient à « *l'origine du sentiment* » (expérience du psychiatre ou sentiment « profane »), la *description verbale*, la *fiabilité*, ainsi que la possibilité d'*une meilleure fiabilité de ce sentiment par rapport à d'autres données ou critères psychopathologiques* (par exemple, par rapport à la critériologie descriptive du DSM). Des comparaisons ont été effectuées concernant ces différentes caractéristiques (corrélation de Spearman et régressions linéaires et logistiques).

Troisièmement, l'analyse statistique portait sur la comparaison entre les caractéristiques liées au *praecox feeling* et les facteurs descriptifs de la population, chez les psychiatres ayant témoigné de leur reconnaissance en un *Praecox Feeling*.

C - Analyse semi qualitative

L'analyse semi-qualitative comportait également deux axes. Le premier axe consistait à déterminer par une analyse qualitative du réseau lexical (traitement automatique du langage) les principaux contenus de l'expérience, sous formes des termes les plus fréquemment employés, chez les participants ayant témoigné d'une reconnaissance en un *praecox feeling*. Cette détermination nécessite deux étapes : 1) la séparation des termes se rapportant aux modalités de l'expérience (par exemple, « sentiment », « contact », « impression ») par rapport aux termes se rapportant au contenu de l'expérience (par exemple, « étrangeté », « bizarrerie ») ; 2) la représentation de leur densité, fréquence et relations.

Le second axe consistait à examiner la topologie du *praecox feeling* chez les participants ayant témoigné d'une reconnaissance en un *praecox feeling*. Pour effectuer ce positionnement topographique, l'application d'une règle de classement (*division en unités les plus élémentaires pour chaque participant en gardant le sens*) a été effectuée par les auteurs, permettant de splitter les réponses des participants en différentes unités d'analyse (par exemple, la réponse « Sentiment de bizarrerie du fait de la désorganisation du patient » devient « sentiment de bizarrerie » et « désorganisation du patient »).

L'objectif d'une telle topologie consistait à déterminer si l'origine des sentiments évocateurs (i.e le *praecox feeling*) provenait soit : 1) du clinicien ; 2) de la relation entre le patient et le clinicien ; 3) du patient. Cette triple catégorisation a été choisie

par les auteurs car elle semble résumer l'intégralité des positionnements concernant l'origine du *praecox feeling*. Pour répondre à cet objectif, les coefficients Kappa de Cohen ont été calculés sur l'ensemble des unités d'analyses isolées par les trois évaluateurs.

Toutes les analyses ont été effectuées avec le software R (4.0.3).

II - Résultats

A - Description de l'échantillon

Les données recueillies sont résumées dans le **Tableau 1** .

	Items	Number and percentage
Type d'activité	Hospitalier interne	283 (%)
	Hospitalier externe	89 (%)
	Privé	54 (%)
	Autre	37 (%)
Temps d'activité	Durée d'activité en année	Mean : 7.80 (SD : 9.41)
Orientation de pratique professionnelle	Modèle Bio-psycho-social	290 (%)
	Biologique	60 (%)
	Psychanalyse	77 (%)
	TCC systémie institutionnel	36 (%)
Sentiment de réversibilité	Améliorable	310 (%)
	Réversible	143 (%)
	Incurabilité	10 (%)

Diagnostic rapide

Diagnostic rapide : après
quelques minutes avec le
patient

Oui : 231 Non : 232

Il apparaît que le le temps d'activité est fortement corrélé au type de pratique clinique, $p < 0.001^{***}$ (ANOVA). Cette relation significative est présentée dans la **Figure 1** .

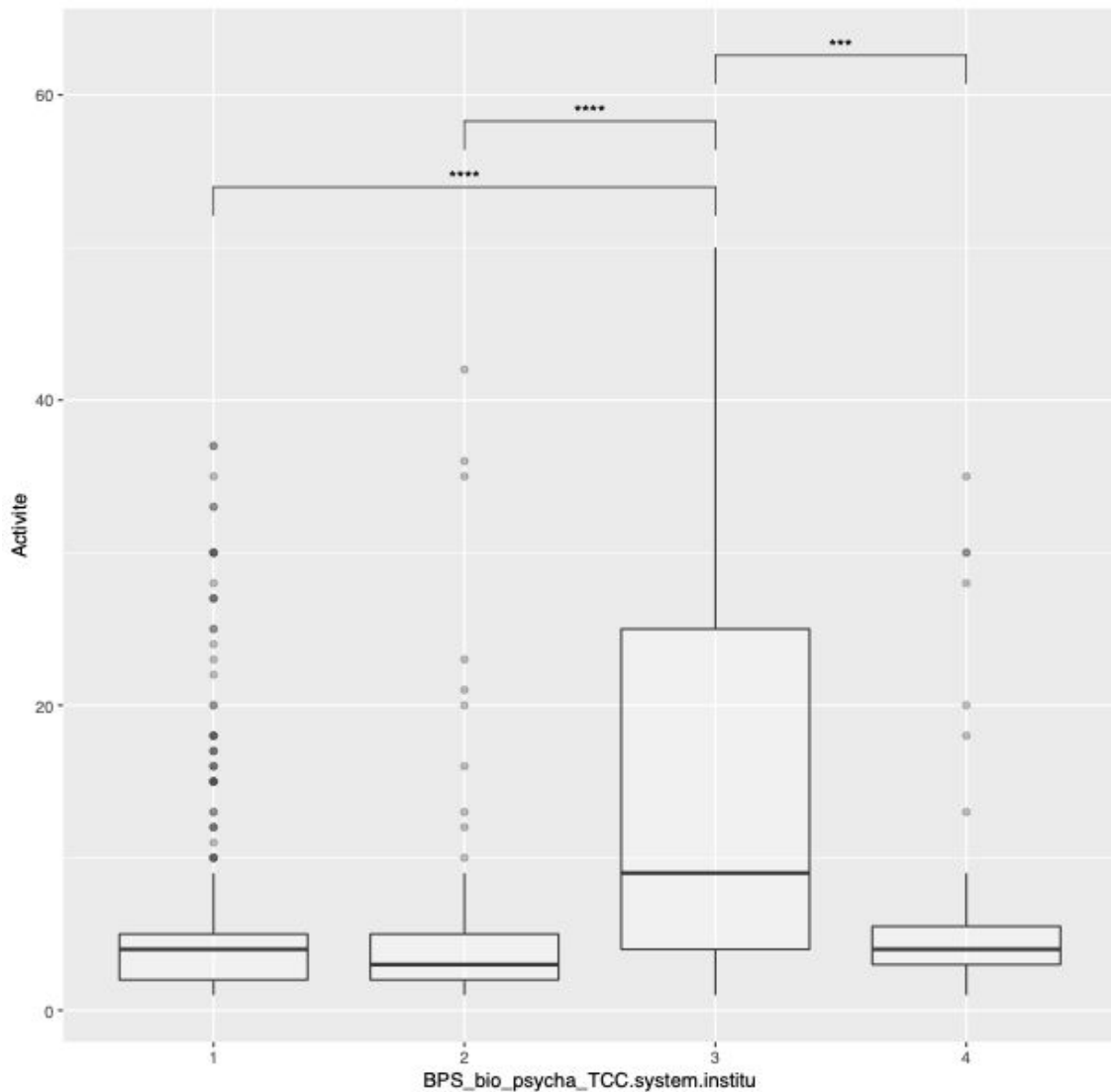


Figure 1 . Boxplots des relations entre temps d'activité clinique et différents courants : l'ordre est donné par le titre de l'axe.

B - Caractéristiques liées au Praecox Feeling

Table 2 . Résultats des participants ayant témoigné d'une reconnaissance en un Praecox Feeling (N = 388).

	Questions	Réponses
Sur l'ensemble des participants (N = 463)	Avez-vous parfois fait l'expérience de « sentiments » à l'égard d'un patient qui sont fortement évocateurs du diagnostic de schizophrénie ?	Oui : 388 Non : 75
	Les « sentiments » évocateurs du diagnostic de schizophrénie sont issus de l'expérience du psychiatre plutôt qu'une expérience « d'étrangeté » qu'un profane pourrait également éprouver	Expérience du psychiatre : 245 Profane : 143
Sur les participants ayant répondu « Oui » au fait d'avoir éprouvé un sentiment évocateur (N=388)	Êtes-vous en mesure de décrire verbalement ces « sentiments » ?	Verbalement : 197 Non verbal : 191
	Ces « sentiments » sont-ils généralement fiables ou avez-vous eu souvent tort à leur sujet ?	Fiable : 348 Non fiable : 40
	Ces « sentiments » sont-ils plus fiables que les autres symptômes ?	Plus fiable : 60 Pas plus fiable : 328

Chez les 388 participants ayant témoigné d'une reconnaissance en un praecox feeling, les différentes caractéristiques relevées correspondaient à : l'origine du sentiment (expérience du psychiatre ou sentiment "profane"), la description verbale, la fiabilité, ainsi que la possibilité d'une meilleure fiabilité de ce sentiment par rapport à d'autres données ou critères psychopathologiques. Leur répartition chez les 388 participants est décrit dans la **Figure 2** .

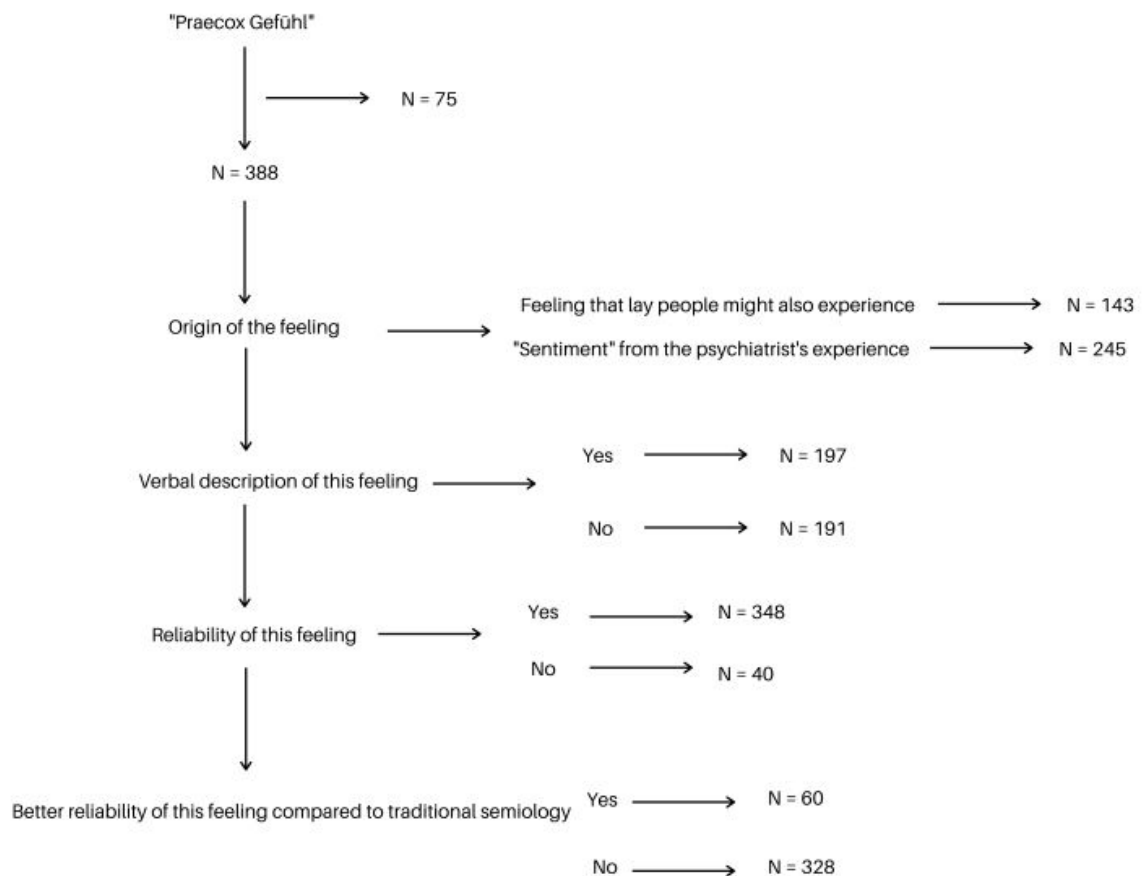


Figure 2. Répartition des caractéristiques liées au praecox feeling chez les 388 patients ayant témoigné d’une reconnaissance en ce sentiment.

Ces différentes caractéristiques ont été comparés deux à deux (coefficient de Spearman et régressions logistiques). Premièrement, le fait que l’origine du « sentiment » provienne de l’expérience du praticien ou d’un sentiment profane n’influence pas le fait que ce sentiment puisse être ou non décrit verbalement ($p=0.74$) $[-0.32 - 0.45]$. Deuxièmement, l’origine de ce sentiment n’influence pas non plus le fait qu’il puisse être fiable ou non ($p=0.45$) $[-1.25 - 0.05]$. Troisièmement, le fait que ce sentiment provienne de l’expérience du clinicien est statistiquement corrélé au fait que les cliniciens le juge plus fiable que la sémiologie traditionnelle ($p=0.000512$) $[-1.3 - -0.37]$. Quatrièmement et sans surprise, les participants qui trouvent ce « sentiment » plus fiable que la sémiologie traditionnelle le trouvent également fiable en soi ($p= 0.0013$) $[0.93 - 4.47]$.

C - Comparaison entre les caractéristiques liées au PF et la description de la population

Nous avons analysé si la croyance en un sentiment de praecox feeling dépendait de certains facteurs descriptifs de la population.

Aucune différence significative n'est retrouvée pour ces différentes comparaisons. Notamment, on retrouve en fonction de l'orientation de soin du clinicien une valeur de $p = 0.31$ (-0.14) [-0.41 ; 0.11]. En fonction du temps d'activité, on retrouve une valeur de $p = 0.45$ (-0.01) [-0.042 ; 0.015]. En fonction de la possibilité d'établir un diagnostic rapide, on retrouve une valeur de $p = 0.107$ (0.41) [-0.08 ; 0.91]. En étudiant à la fois le temps d'activité et l'orientation de soin du clinicien (interaction mixte), on retrouve une valeur de $p = 0.387$ (0.01) [-0.02 ; 0.04]. En fonction du lieu de travail, on retrouve une valeur de $p = 0.12$ (-0.22) [-0.08 ; 0.44]. Enfin, en fonction de la croyance en une réversibilité du diagnostic, on retrouve une valeur de $p = 0.699$ (0.09) [-0.39 ; 0.55].

D - Analyse de traitement automatique du langage

L'analyse qualitative du réseau lexical a été réalisée avec le logiciel NVivo (traitement automatique du langage) et permettait d'isoler les principaux contenus de l'expérience, sous formes des termes les plus fréquemment employés, chez les participants ayant témoigné d'une reconnaissance en un praecox feeling.

2,245 termes ont été relevés chez les 388 participants, avec 833 unique word forms.

Les principaux termes se rapportant aux contenus de l'expérience ont été relevés : étrangeté (71); bizarrerie (42); discours (22); regard (16); discordance (13); désorganisation (11); pensée (11); décalage (9); froideur (9); présentation (9); dissociation (8); malaise (7); distance (6); manque (6); particulier (6); vécu (6); vide (6); attitudes (5); bizarreries (5); communication (5); comportement (5); côté (5); difficile (5); émotionnelle (5); face (5); fixité (5); langage (5); monde (5). Leur relation est décrite dans la **Figure 3** .

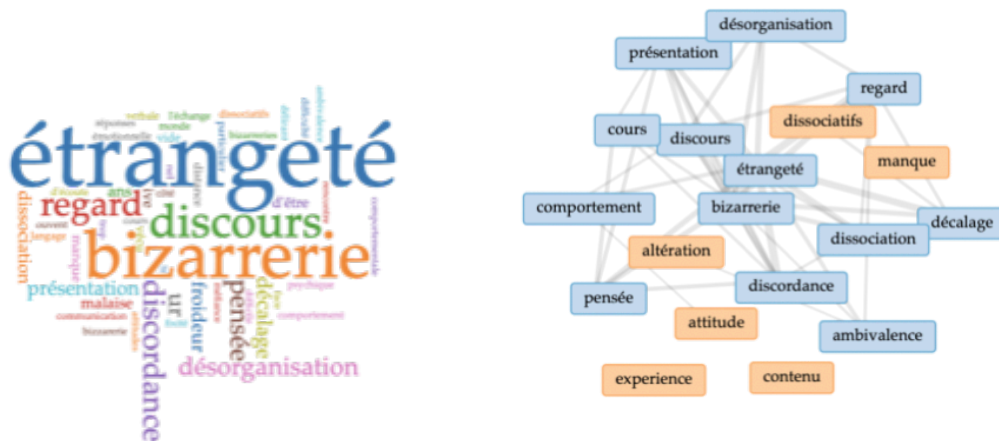


Figure 3 . Principaux termes se rapportant aux contenus de l'expérience du Praecox Feeling

(N = ...). **A** . Wordcloud des termes. **B** . Corrélations entre les termes.

Les principaux termes se rapportant aux modalités de l'expérience ont également été relevés : Sentiment : N=50, Contact : N=66, Impression : N =18, Relation : N=20, Trouble : N=16, Rencontre : N=5.

E - Topologie de l'origine du Praecox Feeling - Résultats préliminaires

Chez les participants ayant pu mettre en mot l'origine de ces « sentiments », soit 197 cliniciens, 491 unités d'analyse ont été individualisées.

Pour rappel, l'objectif de cette topologie était d'évaluer l'origine de ces sentiments du point de vue des psychiatres

Ont été cotés :

0 : Sentiments liés aux ressentis du psychiatre

1 : Sentiments liés à la rencontre

2 : Sentiments liés aux symptômes du patient

Après une scission des réponses en unité d'analyse élémentaires, scission approuvée par l'ensemble des experts, ceux ci ont coté en aveugle ces unités et un coefficient de Kappa de Cohen a été appliqué.

Celui ci a été retrouvé à 0,7 et est donc témoin d'une bonne concordance inter juge.

Cette concordance signifie que les déterminants et la topologie en trois axes sont valides.

Sur les 488 unités d'analyses réalisées :

- 103 unités d'analyses élémentaires ont été cotées 0
- 135 unités d'analyses élémentaires ont été cotées 1
- 250 unités d'analyses élémentaires ont été cotées 2

IV - Discussion

Le premier résultat de notre étude qui a déjà été identifié précédemment est le pourcentage de praticien reconnaissant l'existence de sentiments particuliers évocateur du diagnostic de schizophrénie, en somme le Praecox Feeling.

Nous retrouvons 388 réponses positives sur les 463 participants, soit 83 %.

Le deuxième résultat significatif est que les psychiatres qui jugent que la reconnaissance du PF est liée à l'expérience le considère plus fiable que la sémiologie traditionnelle.

Troisièmement, aucune différence significative n'a été retrouvée dans la comparaison des caractéristiques liées au PF et la description de la population, ce qui suggère son universalité.

Cependant, la verbalisation (ou capacité de description verbale) de l'expérience du Praecox Feeling semble diminuer à mesure de la croyance qu'il s'agit d'un sentiment profane ($p=0,08$).

Il semble donc y avoir une certitude du vécu, mais un impact de l'expérience sur la capacité de description, comme le suggérait Rümke.

Malgré un grand nombre de terme utilisés, l'étrangeté et la bizarrerie apparaissent le plus souvent dans les contenus de l'expérience. Ils semblent indiquer la rupture du sens commun qui apparait lors d'une interaction du clinicien avec son patient. S'agit il d'un sentiment lié à l'ambiance, ou plutôt à la forme de présence particulière du patient ou du clinicien ?

Les modalités d'expérience retrouvées majoritairement sont le « sentiment » et le « contact ».

La topologie effectuée retrouve une grande disparité sur l'origine « géographique » du Praecox Feeling en dépit de la relative suggestion de la question portant sur l'origine de ces « sentiments ». Certains le reconnaissent directement via les modifications de leur attitude interne, d'autres l'associent aux symptômes du patient, alors que la part de l'intersubjectivité et l'impact de la rencontre est claire pour une partie d'entre eux.

Le Praecox Feeling apparaît comme une tentative de thématization d'un phénomène intersubjectif non thématique (la bizarrerie de contact) puisque issu de dynamiques non verbales.

Le Gut Feeling apparaît, lui, comme l'entraînement d'un repérage thématique d'une intuition, pourtant sans phénomène intersubjectif.

Références

1 : Rümke HC. Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. [Clinical differentiation within the group of schizophrenias.]. Der Nervenarzt. 1958;29:49-53.

2 : Rümke HC. Das Kernsymptom Der Schizophrenie und das „Praecox Gefühl“, Zentralblatt Für Die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 1942;102:168-169.

3 : Cornelius RH. Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. CAHIERS HENRI EY. 2014;(33-34):55-115.

4 : Anonymous. That 'praecox feeling'. Psychiatr bull. juill 2001;25(7):275-275.

5 : Bota RG, Ricci WF. Empathy as a method of identification of the debut of the prodrome of schizophrenia. Bull Menninger Clin. 2007;71(4):312-24.

6 : Gozé T, Grohmann T, Naudin J, Cermolacce M. New Insight into Affectivity in Schizophrenia: from the Phenomenology of Marc Richir. Psychopathology. 2017;50(6):401-7.

7 : Gozé T. La bizarrerie de contact : Perspective phénoménologique en psychopathologie. « Bizareness of contact in schizophrenic encounter, a phenomenological perspective in psychopathology. » 2017.

8 : Gozé T. Expérience de la rencontre schizophrénique. De la bizarrerie de contact. 2020.

9 : Pallagrosi M, Fonzi L. On the Concept of Praecox Feeling. PSP. 2018;51(6):353-61.

- 10 : Ungvari GS, Xiang Y-T, Hong Y, Leung HCM, Chiu HFK. Diagnosis of schizophrenia: reliability of an operationalized approach to « praecox-feeling ». *Psychopathology*. 2010;43(5):292-9.
- 11 : Rümke HC. Eine blühende Psychiatrie in Gefahr [Internet]. Ritter von Baeyer W, éditeur. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1967
- 12 : Hempel C. Aspects of Scientific Explanation, and Other Essays in the Philosophy of Science. New York: The Free Press; 1965.
- 13 : Kraepelin E. Dementia Praecox and Paraphrenia. Miami, FL: Hardpress Publishing; 2012. 364 p.
- 14 : Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Gießen: Psychosozial Verlag GbR; 2014. 444 p.
- 15 : Meyer E. Die Prognose der Dementia praecox. *Archiv f Psychiatrie*. 1 déc 1908;45(1):351-407.
- 16 : Kendler KS. Phenomenology of Schizophrenia and the Representativeness of Modern Diagnostic Criteria. *JAMA Psychiatry*. 1 oct 2016;73(10):1082-92.
- 17 : Tatossian A. La phénoménologie des psychoses. Puteaux: Le Cercle Herméneutique; 2002. 256 p.
- 18 : Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. [Schizophrenia. Psychopathology of schizoids and schizophrenics]. Payot.
- 19 : Oury J, Legrain S, Oury-Pulliero Y, Delion P. Les sytômes primaires de la schizophrénie: cours de psychopathologie (1984-1986): suivi de Le corps et la psychose / Jean Oury ; texte établi et annoté par Sophie Legrain ; présenté par Yannick Oury-Pulliero et préfacé par Pierre Delion. Paris: Édition d'une; 2016. 441 p.

20 : Resnik S. *Personne et psychose: études sur le langage du corps*. Larmot-Plage, France: Editions du Hublot; 1978.

21 : Blankenburg W. *La perte de l'évidence naturelle: une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*. Paris: Presses Universitaires de France; 1991.

22 : Nelson B, Lavoie S, Gawęda Ł, Li E, Sass LA, Koren D, et al. The neurophenomenology of early psychosis: An integrative empirical study. *Consciousness and Cognition*. 1 janv 2020;77:102845.

23 : Van den Berg J.H : "Bref exposé de la position phénoménologique en psychiatrie", *Evol. Psychiatr. fasc. 2*, 1947

24 : Krauss A. The significance of intuition for the diagnosis of schizophrenia. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Schizophrenia*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1999. pp. 47–49.

25 : Srivastava A, Grube M. Does Intuition have a Role in Psychiatric Diagnosis? *Psychiatr Q*. 1 juin 2009;80(2):99-106.

26 : Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is Bizarre in Bizarre Delusions? A Critical Review. *Schizophr Bull*. juill 2010;36(4):667-79.

27 : Irle G. Das „Praecoxgefühl“ in der Diagnostik der Schizophrenie. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f d ges Neurologie*. 1 juill 1962;203(4):385-406.

28 : Sagi G, Schwartz M. The “Praecox Feeling” in the Diagnosis of Schizophrenia: A Survey of Manhattan Psychiatrists. *Schizophrenia Research*. 30 avr 1989;

29 : Hauck-Terver C. 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. :105.

- 30 : Grube M. Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's « praecox feeling » across the schizophrenia spectrum: preliminary results. *Psychopathology*. 2006;39(5):209-17.
- 31 : Gozé T, Moskalewicz M, Schwartz MA, Naudin J, Micoulaud-Franchi J-A, Cermolacce M. Is « praecox feeling » a phenomenological fossil? A preliminary study on diagnostic decision making in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2019;204:413-4.
- 32 : Gozé T, Naudin J. Discussing Rümke's "Praecox Feeling" from the clinician's experience of schizophrenic contact. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. 1 nov 2017;6:112-23.
- 33 : Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, éditeur. *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. 4., korrigierte Aufl. Bern: Huber; 2004. 259 p.
- 34 : Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie A, Baumann U, Stieglitz R-D. *Testmanual zum AMDP-System: Empirische Studien zur Psychopathologie*. [Internet]. 1983
- 35 : Gauron EF, Dickinson JK. Diagnostic decision making in psychiatry. I. Information usage. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1966;14(3):225-32.
- 36 : Gauron EF, Dickinson JK. Diagnostic decision making in psychiatry. II. Diagnostic styles. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1966;14(3):233-7.
- 37 : Gauron EF, Dickinson JK. The influence of seeing the patient first on diagnostic decision making in psychiatry. *Am J Psychiatry*. août 1969;126(2):199-205.
- 38 : Lavelle M, Healey PGT, McCabe R. Is Nonverbal Communication Disrupted in Interactions Involving Patients With Schizophrenia? *Schizophr Bull*. sept 2013;39(5):1150-8.

- 39 : Lavelle M, Healey PGT, McCabe R. Nonverbal Behavior During Face-to-face Social Interaction in Schizophrenia: A Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. janv 2014;202(1):47–54.
- 40 : Raffard S, Salesse RN, Marin L, Del-Monte J, Schmidt RC, Varlet M, et al. Social priming enhances interpersonal synchronization and feeling of connectedness towards schizophrenia patients. *Scientific Reports*. 2 févr 2015;5(1):8156.
- 41 : Dimic S, Wildgrube C, McCabe R, Hassan I, Barnes TRE, Priebe S. Non-verbal behaviour of patients with schizophrenia in medical consultations--a comparison with depressed patients and association with symptom levels. *Psychopathology*. 2010;43(4):216-22.
- 42 : Addington J, Penn D, Woods SW, Addington D, Perkins DO. Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res*. févr 2008;99(1-3):119-24.
- 43 : Monte RC, Goulding SM, Compton MT. Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: a comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. *Schizophr Res*. sept 2008;104(1-3):206-13.
- 44 : Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*. févr 2001;58(2):158-64.
- 45 : McGorry PD. Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis*. mai 2015;203(5):310-8.
- 46 : Pallagrosi M, Fonzi L, Picardi A, Biondi M. Assessing clinician's subjective experience during interaction with patients. *Psychopathology*. 2014;47(2):111-8.
- 47 : Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi#. *L'Encéphale*. déc 2012;38:S121-45.

48 : Englebert J, Monville F, Valentiny C, Mossay F, Pienkos E, Sass L. Anomalous Experience of Self and World: Administration of the EASE and EAWES Scales to Four Subjects with Schizophrenia. *Psychopathology*. 2019;52(5):294-303.

49 : Davidsen KA. Anomalous self-experience in adolescents at risk of psychosis. Clinical and conceptual elucidation. *Psychopathology*. 2009;42(6):361-9.

50 : Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull*. 2000;26(1):217-32.

51 : Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic Self-Disturbance Predicts Psychosis Onset in the Ultra High Risk for Psychosis "Prodromal" Population. *Schizophr Bull*. nov 2012;38(6):1277-87.

52 : Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1 mai 1999;99(s395):20-9.

53 : Parnas J. The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia: A phenomenological study. In: *Exploring the self: Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience*. Amsterdam, Netherlands: John Benjamins Publishing Company; 2000. p. 115-47. (Advances in consciousness research).

54 : Sass L, Parnas J, Zahavi D. Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 1 mars 2011;18:1-23.

55 : Walling PT. From Axons to Identity: Neurological Explorations of the Nature of the Self, by Todd E. Feinberg, MD. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. janv 2010;23(1):0087-8.

56 : Madeira L, Pienkos E, Filipe T, Melo M, Queiroz G, Eira J, et al. Self and world experience in non-affective first episode of psychosis. *Schizophrenia Research*. 1 sept 2019;211:69-78.

- 57 : Reed G, Daumerie N, Marsili M, Desmons P, Lovell A, Garcin V, et al. Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones. *L'information psychiatrique*. 24 mai 2013;Volume 89(4):303-9.
- 58 : Jansson L, Handest P, Nielsen J, Saebye D, Parnas J. Exploring boundaries of schizophrenia: a comparison of ICD-10 with other diagnostic systems in first-admitted patients. *World Psychiatry*. juin 2002;1(2):109-14.
- 59 : Andreasen NC. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophr Bull*. janv 2007;33(1):108-12.
- 60 : Schwartz MA, Wiggins OP. Typifications. The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *J Nerv Ment Dis*. févr 1987;175(2):65-77.
- 61 : Schwartz MA, Wiggins OP. Diagnosis and ideal types: a contribution to psychiatric classification. *Compr Psychiatry*. août 1987;28(4):277-91.
- 62 : Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. juin 2013;263(4):353-64.
- 63 : Husserl E. *Experience and Judgement*. Evanston, Ill.: Northwestern University Press; 1973. 443 p.
- 64 : Suquet Coppens M, Le Reste J-Y, Université de Bretagne occidentale. *Le 6ème sens en médecine générale: validation d'un consensus néerlandais*. [S.l.]: [s.n.]; 2009.
- 65 : Stolper E, van Royen P, Dinant GJ. The « sense of alarm » ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. *Eur J Gen Pract*. juin 2010;16(2):72-4.
- 66 : Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract*. 17 sept 2009;10:66.

67 : Thiry A-S. Quelle est la perception du « gut feeling » dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne ? 9 nov 2016;87.

68 : Schotten A-CA de. Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives: le gut feeling en prevention de l'erreur. 2011. 158 p.

69 : Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13 janv 1996;312(7023):71-2.

Annexes

Table 1 : Etudes qualitatives sur la pratique des psychiatres et l'utilité du PF dans leur prise de décision diagnostique

	Echantillon (réponses)	PF Present (%)	PF Reliable (%)	PF Most reliable (%)
Irles 1962	n=2326 (n=1196, 51,4 %)	85,8 %	57,9 %	25 %
Schwartz et Sagi 1989	n=502 (n=257, 51,2%)	82,8 %	64,6 %	20,6 %
Goze 2017	n=1811 (n=463, 25,6%)	90,1 %	74,1 %	12,3 %

Table 2 : Etudes comparant la valeur du PF avec les critères diagnostics actuels

	Echantillon	Critères d'inclusion	Critères diagnostics utilisés	Résultats	Concordance
Grube et al. 2006	n = 67 patients	syndrome paranoïde	CIM 10 et DSM IV	Se = 0,85 Spe = 0,80 VPP = 0,90 VPN = 0,65	Kappa = 0,93
Ungvari et al. 2010	n = 102 patients	Patients « tout venant »	SCID - DSM IV	Se = 0,23 à 0,86 VPP = 0,35 à 0,40 VPN = 0,66 à 0,78	Kappa = 0,169 à 0,344

“ 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. ”



