



**HAL**  
open science

# L'expérience schizophrénique comme perturbation de la distance vécue

Zachary Maric

► **To cite this version:**

Zachary Maric. L'expérience schizophrénique comme perturbation de la distance vécue. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03366199

**HAL Id: dumas-03366199**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03366199>**

Submitted on 5 Oct 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.

**L'expérience schizophrénique comme perturbation de la distance vécue**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 23 Septembre 2021**

**Par Monsieur Zachary MARIC**

**Né le 5 mars 1993 à Echirolles (38)**

**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**

**Madame le Docteur SIRERE Sophie**

**Directeur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur PAULIN PIERRE**

**Assesseur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
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

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **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<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> 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	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
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

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## 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

**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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

## Honoris causa

<b>1967</b>	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b>	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b>	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b>	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b>	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b>	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b>	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b>	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b>	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b>	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b>	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs

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

**2001**

MM. les Professeurs

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

**2002**

MM. les Professeurs

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

**2003**

M. le Professeur  
Sir

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

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

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

**2006**

M. le Professeur

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

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

# PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

## 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 retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

## PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUYS Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia



## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

*VIEHWEGER Heide Elke détachement*

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
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	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	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	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

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

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

**ANATOMIE 4201**

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

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

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

**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)

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

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

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

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

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)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

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

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

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

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

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)

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE**

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)  
PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

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

BONELLO Laurent (PU-PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
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)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERRROT Thierry (PU-PH)  
*VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
FAURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE**

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)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-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)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-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)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
*BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre*  
 BRETELLE 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)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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)

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

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

**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)

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

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

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)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-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)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)



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)

**PHYSIOLOGIE 4402**

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

**HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801**

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

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

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

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Naudin, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre enseignement et vos conseils m'ont été d'une grande aide.

A Madame le Docteur Sirere, je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse. Surtout, je vous remercie pour votre enseignement. Mon passage dans votre service m'a permis de découvrir le psychiatre que je voulais être.

A Monsieur le Docteur Paulin, je te remercie d'avoir fait partie de mon jury de thèse. Ce fut un réel plaisir d'avoir assisté à tes consultations. Tes connaissances ainsi que ta curiosité sont inspirantes pour le jeune médecin que je suis.

A Monsieur le Docteur Cermolacce, je te remercie pour ton aide. Ta disponibilité, tes conseils et tes enseignements m'ont beaucoup apporté.

A Madame le Docteur Faget, j'ai effectué deux stages où tu m'as accompagné. Je te remercie pour ta gentillesse et ta disponibilité.

Je souhaite remercier tous les médecins, toutes les équipes qui m'ont accueilli et formé à travers mon internat, à tous les patients que j'ai rencontrés, je vous remercie.

A mon père, avec un an de retard, je te dédie ce travail. Mon frère et ma mère.

A ma Femme Andreea, lorsque nous nous sommes rencontrés nous étions voisins de chambre universitaire, aujourd'hui nous sommes mariés. J'ai traversé ces études de médecine à tes côtés, je t'en remercie.

Je remercie tous ceux qui nous ont honoré par leur présence à notre mariage et qui ont rendu ce moment magique. Je remercie ma nouvelle belle famille pour leur générosité et leur gentillesse.

A la BYZ, cet ouragan échelon 5.

Au Docteur David, de Jimmy à chirurgien, rien ne résiste à ta détermination et à ton scalpel. Je suis de tout cœur avec toi dans ces moments difficiles.

A Caro, coloc, co-interne, coéquipiers en toute circonstance grâce à notre passion commune pour... la psychiatrie.

A Marie, très fière d'avoir été ton co-interne, de te côtoyer, d'être témoin de ton courage et de ta rigueur. A Teddy et Nathan je suis fière de vous compter parmi mes amis.

A Adélie, Martin, votre compagnie à surmonter le confinement.

A Hugo, allongé dans une décharge ou assis dans un taxi.

A Juliette et Benoit, que de souvenirs, chaque rencontre dans la légende.

A Dean, Basile, Ugo, Thomas, Sofia, tous ces nulards qui ont fait que mes années d'études sont passées si vite.

A Pablo et Jorge qui redore le blason.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	3
<b>I. La distance vécue en phénoménologie</b> .....	7
A) Approche de la distance vécue par Minkowski.....	7
<b>II. Modèles cliniques traduisant une perturbation de la distance vécue</b> .....	10
A) L'espace noir de Minkowski.....	10
B) L'atmosphère délirante de Jaspers .....	12
1) La présentification intuitive.....	12
2) L'incompréhensibilité schizophrénique.....	13
C) L'Anastrophé de Conrad.....	16
1) Le Trema.....	16
2) L'Apophanie.....	17
D) La centralité d'Henri Grivois.....	18
1) Le concernement.....	18
2) La centralité.....	19
<b>III. Modèles phénoménologiques permettant d'appréhender les troubles perceptifs de la distance vécue schizophrénique</b> .....	20
A) La perception chez Husserl.....	21
B) La perte de l'évidence naturelle de Blankenburg.....	22
C) L'altération de l'ipséité chez Sass.....	26
D) Le solipsisme chez Sass.....	28
<b>IV. Approches expérimentales de la distance vécue dans la schizophrénie</b> .....	32
A) L'expérience spatiale anormale dans la schizophrénie.....	32
B) EAWE : Examination of Anomalous World Expérience.....	35

<b>V. Etude : exploration de la perturbation de la distance vécue dans les troubles du spectre schizophrénique, une étude qualitative d’orientation phénoménologique.....</b>	<b>39</b>
A) Matériel et méthode.....	39
B) Résultats.....	40
1) M.F.....	40
2) M.T.....	43
3) Mme N.....	46
4) M. L.....	49
5) M.P.....	50
6) M.T.....	52
7) M. M.....	56
8) M.B.....	57
C) Discussion.....	57
 <b>CONCLUSION.....</b>	 <b>59</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	 <b>60</b>
 <b>ANNEXE.....</b>	 <b>63</b>

# INTRODUCTION

La phénoménologie a l'habitude de qualifier la rencontre avec la personne souffrant de schizophrénie, de « rencontre manquée »(1). Intuitivement, le patient nous paraît excentrique, distant, bizarre, inaccessible, lointain, ailleurs et même perdu. Il est distant face à cette familiarité qui nous accompagne dans notre quotidien. Il est en dehors de toute interaction des plus banales. Il est inaccessible car nous n'arrivons pas à le cerner, à en faire le tour. Son comportement, son discours l'exclut du monde environnant. A travers la distance vécue et sa potentielle perturbation, nous allons étudier l'expérience schizophrénique. En introduction, nous allons décrire la vision contemporaine de la personne souffrant de schizophrénie, sous le prisme du DSM et en pointer certaines limites. Ensuite, nous allons voir comment une approche phénoménologique peut compléter cette approche contemporaine et nous aider à comprendre le vécu de la schizophrénie.

## *Vision contemporaine de la schizophrénie :*

La schizophrénie(2) est un trouble fréquent et invalidant dont la prévalence au cours de la vie entière est d'environ 1%. La pathologie débute classiquement entre 15 et 25 ans. Il y a de fortes répercussions individuelles, sociales et professionnelles. Le DSM-5(3) introduit le concept de « spectre schizophrénique » qui regroupe plusieurs troubles psychotiques dont le trouble de la personnalité schizotypique, le trouble psychotique bref, le trouble schizophréniforme, la schizophrénie ou encore le trouble schizoaffectif. Une période prodromique précède fréquemment le premier épisode psychotique. Le diagnostic est clinique. Il repose sur la présence de symptômes positifs, négatifs, un syndrome de désorganisation et des troubles cognitifs. Les symptômes positifs comprennent les délires et les hallucinations. La psychiatrie contemporaine appréhende ces différentes entités de manière distincte et isolée. Ce sont des expériences différentes qui s'additionnent et forment la schizophrénie. Les symptômes les plus typiques sont les délires et les hallucinations. Jaspers, (un célèbre psychiatre dont nous allons étudier certains concepts dans ce travail) disait que « depuis des temps immoraux, on a considéré le délire comme la caractéristique de base de la folie. Être fou c'était délirer »(4). Dans le DSM-5, les délires sont définis comme étant « une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire ». Le délire est donc le fruit d'une opération cognitive aboutissant à une croyance erronée. Le délirant émet un faux jugement sur

la réalité extérieure. Quant aux hallucinations, elles sont définies comme « des expériences semblables à la perception qui se produisent sans stimulus externe ». En d'autres termes, il s'agit de l'expérience perceptive habituelle mais sans qu'aucun contact avec le réel ne soit nécessaire pour soutenir cette expérience. Nous remarquons que ces définitions sous-tendent des jugements de valeur (croyance erronée, opinion très généralement partagée). Aussi, ces définitions adoptent l'attitude naturelle husserlienne, en présupposant le fait que nous partageons le même monde avec le délirant, mais que celui-ci se trompe dans la manière de viser le monde extérieur. Sass fait le même constat, « il y a quelque chose de rassurant et d'irrésistible dans ce genre de formulation qui assimile le différent au familier, sans vraiment solliciter notre capacité d'empathie par l'imagination ».(5)

Le DSM présente la schizophrénie comme une défaillance des capacités cognitives à travers le délire ainsi qu'une défaillance des capacités perceptives à travers les hallucinations. La perception de choses qui n'existent pas, et la croyance en des choses qui ne sont pas vraies. Ce dualisme corps/esprit, hallucinations/délires n'est que peu convaincant. Un questionnement psychopathologique paraît nécessaire(5),(6). Comment comprendre l'étrange cohabitation de ces deux entités cliniques dans une seule et même unité nosographique qu'est la schizophrénie ? La schizophrénie affecte-elle l'âme et le corps sans distinction et sans préférence, par pur hasard ? Les troubles perceptifs et cognitifs relèvent-ils de deux processus indépendants ? La psychopathologie va s'intéresser à rechercher des correspondances entre ces symptômes et se questionner sur les liens possibles entre ces manifestations, notamment à travers la phénoménologie. Une conceptualisation globale du vécu de l'expérience schizophrénique doit permettre de répondre à ces problématiques.

#### *La phénoménologie, une approche philosophique :*

La phénoménologie est un courant philosophique fondée par Husserl. L'objectif est de saisir les structures essentielles de l'expérience humaine. C'est une approche philosophique qui s'intéresse à la conscience et dans laquelle le concept d'expérience occupe une place centrale(7) (8) (1). Notre expérience du monde est sous-tendue par des phénomènes. Ces phénomènes correspondent aux manifestations du monde dans notre conscience. C'est à travers la conscience que l'expérience du monde se révèle. « La conscience ne crée pas le monde mais elle est la dimension qui le permet ou qui le constitue, le « lieu » dans lequel le monde peut se révéler et se structurer. Si quelque chose apparaît un jour, c'est toujours dans le milieu de la conscience » (9). Une des bases des travaux d'Husserl est que la conscience est « toujours orientée vers quelque chose », c'est « l'intentionnalité ». La conscience correspond

à une structure essentielle. Les essences sont les formations primitives de la conscience, elles correspondent à ce qui est toujours présent, de manière implicite et automatique, dans toute expérience humaine. Les essences transcendent les phénomènes, organisent implicitement la conscience et sont à la base d'actes explicites tels que la perception ou le jugement. Accéder à la structure essentielle de la conscience suppose « d'abandonner notre attitude naturelle » pour aller « au-delà de la réalité au sens de la perception sensorielle, les essences se dévoilent par un autre mode de connaissance, direct et intuitif, « l'intuition catégoriale »(8). Husserl définit la phénoménologie comme une « science essentielle », ceci signifie que la phénoménologie s'intéresse davantage à la structure de la conscience qu'à son contenu(9). Elle ne s'intéresse pas à la réalité de l'expérience en tant que telle mais à « ses conditions de possibilités »(1). Nous allons voir comment la phénoménologie peut nous aider à aborder la problématique de l'expérience schizophrénique évoquée plus haut.

#### *La phénoménologie en psychiatrie :*

En utilisant la même démarche, la phénoménologie psychiatrique s'intéresse aux structures essentielles de l'expérience schizophrénique. La phénoménologie ne cherche pas à expliquer de manière causale les troubles psychiatriques mais à les décrire. Contrairement à la description sémiologique classique, la phénoménologie prend pour objet le phénomène et non le symptôme. Les phénomènes correspondent aux expériences du temps, de l'espace, de l'incarnation, de l'individualité et de l'altérité vécues par la personne(10), dans une « perspective en première personne »(11). Les phénomènes sont des données subjectives par essence. Ce sont les manifestations du monde, tels qu'ils apparaissent à la conscience du sujet qui en fait l'expérience. Les phénomènes nous renseignent sur la manière dont le sujet construit sa propre réalité(12). Il a été observé, que dans la maladie psychiatrique, le temps, l'espace, le corps, le soi et autrui peuvent être appréhendés différemment. Les personnes atteintes de pathologies psychiatriques expérimentent une variété de phénomènes anormaux. Ainsi, l'unité corporelle, la continuité temporelle qui sont des expériences évidentes pour le sujet sain, peuvent, chez l'être souffrant de schizophrénie, être perturbées. Des expériences de fragmentation corporelle anormale ou de discontinuité corporelle ont été décrites(13). En s'intéressant à l'expérience vécue des patients, la phénoménologie tente d'accéder à la personne qui expérimente le monde de manière différente. Il « passe par les phénomènes qui sont l'expression de la conception personnelle du monde sujet » pour « pénétrer la personne », la saisir dans sa globalité et chercher « le fond personnel »(8) ou la « structure de base » dans lesquels les phénomènes sont générés et qui donne sens à l'expérience vécue(10). La



phénoménologie psychiatrique fait l'hypothèse que ces transformations du rapport au soi et au monde sont en lien avec des modifications de la structure essentielle de la conscience. Les phénomènes anormaux seraient la traduction immédiate de changements se situant sur le plan de l'implicite, de l'habituellement tenu pour acquis. La phénoménologie psychiatrique s'éloigne de l'analyse du contenu de la conscience pour se rapprocher du « contenant », de l'organisation fondamentale de la conscience(14). Elle s'intéresse aux « conditions de possibilité de l'expérience »(1) et tente de mettre en lumière comment dans les troubles psychiatriques, est exprimée l'expérience d'une réalité subjective à travers les manifestations idéiques, affectives et comportementales. Les symptômes sont censés être l'expression du vécu de la personne. Cependant, dans un souci de rester le plus objectif possible, les classifications actuelles type DSM-5, privilégient les descriptions comportementales dans une « perspective en troisième personne », plutôt que le vécu subjectif du patient. Cette nosographie ne permet pas de se représenter la structure expérientielle de la pathologie. La phénoménologie est donc une approche complémentaire, cherchant à compléter et enrichir les connaissances en psychiatrie. Elle adopte une approche compréhensive du sujet. En s'appuyant sur l'expérience vécue du sujet, elle tente de comprendre comment le monde est appréhendé par le sujet atteint d'un trouble psychiatrique. Cette approche aide à évaluer les difficultés d'accès au monde du sujet, et peut donc servir de base pour favoriser le rétablissement. Il est aussi à noter que les études récentes soulignent l'importance d'une prise en charge précoce des troubles psychotiques. Or les symptômes sont plus subtils à cette période de la pathologie. Une perspective en première personne, et une connaissance fine du vécu schizophrénique permet une prise en charge plus précoce et améliore le pronostic. Dans ce travail, nous allons chercher à comprendre le vécu schizophrénique à travers la distance vécue, comment la perturbation de cette distance vécue modifie-t-elle la structure du monde schizophrénique. Pour ce faire, une première partie définira ce qu'est la distance vécue à travers les travaux de Minkowski. Il évoquera les notions d'espace clair et d'espace noir. Une deuxième partie sera consacrée aux modèles cliniques traduisant des perturbations de la distance vécue. Nous nous appuierons sur Minkowski et sa comparaison de la schizophrénie et de l'espace noir, puis l'atmosphère délirante de Jaspers, l'Anastrophé de Conrad, la centralité de Grivois. Ensuite nous verrons des modèles phénoménologiques permettant de comprendre ces modèles cliniques. Nous mentionnerons des approches expérimentales traitant de la distance vécue dans la schizophrénie. Pour finir avec une étude menée sur une exploration des troubles de la distance vécue chez des patients souffrant de schizophrénie.

# **I. LA DISTANCE VECUE EN PHENOMENOLOGIE**

## **A) Approche de la distance vécue par Minkowski**

Eugène Minkowski est un des fondateurs de la phénoménologie psychiatrique. Il s'intéresse à la psychopathologie de la schizophrénie, et au rapport au temps et à l'espace : le « moi, ici, maintenant » de chaque individu. Pour Minkowski, l'existence humaine est continuellement rythmée par un élan. Cet élan est à la fois vital et temporel. Il nous pousse sans cesse vers l'avant, vers le devenir. L'individu excède toujours ses propres finalités, il se déborde constamment. Il vise constamment, et dépasse ce qu'il vise. Cet effort de viser est la force de l'élan vital. La vie s'écoule par débordement. Le sujet est alors porté par l'ambient. L'ambient correspond à l'union de l'élan personnel et de l'élan du monde. Grâce à l'ambient, le sujet est porté par le courant de la vie. Minkowski décrit la schizophrénie comme « la perte de contact avec la réalité », la perte de synchronisation entre un devenir personnel et le devenir du monde. L'activité du sujet est dévitalisée, déconnectée de l'ambiance. Minkowski caractérise cette activité pathologique « d'activité autistique ». Il emprunte à Bergson l'idée que le temps et l'espace, intuition et intelligence, facteurs dynamiques et facteurs statiques s'opposent et se complètent pour former un équilibre. La perte de contact avec la réalité est permise par un envahissement des facteurs spatiaux statiques sur les facteurs temporeux dynamiques, vivants. Il introduit les termes de « statisme morbide », « rationalisme morbide », « géométrisme morbide », pour illustrer cette hypertrophie du rigide, du spatial et du rationnel dans la conscience schizophrénique. Cette vision de l'espace mathématique, géométrique, est donc dénuée de vie.

Jusqu'ici, l'espace est relégué au statique, au dévitalisé, à son opposition au temps. Dans le dernier chapitre de « temps vécu », Minkowski s'intéresse à un autre espace. Celui-ci se veut amathématique, agéométrique. Cet « espace vécu », n'est plus une mesure objective, mais devient un espace subjectif. L'individu est entouré de vie. Cette vie « ne le touche pas », il en est indépendant, il n'y a pas de contact immédiat avec la vie. Pour Minkowski, cette indépendance est permise par ce qu'il nomme la « distance vécue ». Cette distance à la fois le sépare, mais surtout l'unit à la vie. Cette distance libre permet à l'individu d'agir, de s'épanouir. Grâce à elle, il peut s'appropriier l'environnement. Comme nous l'avons vu, le « moi-ici-maintenant », cherche toujours à se déborder, par l'élan vital. S'il existe bien un débordement temporel, le devenir ambient est aussi « distant » de l'individu. Cette distance

est englobée par ce que Minkowski nomme la « sphère de l'aisance ». Minkowski introduit un autre concept, celui « d'ampleur de la vie ». Il correspond à la somme des distances vécues individuelles. L'ampleur de la vie permet la collectivité. Il est à l'origine de toute possibilité individuelle. L'individu vit dans une « toile de fond mouvante ». Il s'abandonne dans cette toile de fond mouvante, où il se sent à l'aise. Celle-ci est à l'origine de rencontres, de hasard, de surprises. Pour Minkowski, cette toile de fond mouvante est nécessaire à la vie. L'élan vital n'est plus une harmonisation purement temporelle, mais aussi une union harmonique entre l'espace vécu individuel et l'ampleur de la vie. Sans l'ampleur de la vie, l'individu vit dans le déterminisme et la causalité.

Pour éclairer ce concept, Minkowski étudie une situation non-pathologique où la distance vécue disparaît. Comme nous l'avons vu, l'espace vécu est un espace qualitatif qui relie plus qu'il ne sépare. Cette union avec le devenir ambiant est permise par la clarté du champ visuel. Dans « l'espace clair », l'individu voit nettement les objets dans son champ visuel. Il voit aussi « l'espace entre » la distance qui relie les objets entre eux, les met en rapport. Il y a de la spatialité dans la clarté, de l'étendue et de l'ampleur. Cet espace-entre est plus éphémère, moins palpable que la chose, mais elle est bien perçue. Elle donne de la forme, de la structure au monde. Les sons peuvent aussi être perçus dans l'espace clair, ceux-ci sont alors reliés à un objet. Minkowski donne l'exemple du tic-tac rattaché au pendule, de la parole rattachée à la personne... Dans cet espace clair, l'individu occupe une place propre. Il est situé dans l'espace, comme n'importe quel objet. Il « rentre dans le rang ». L'espace englobe tout et nivelle ses tenants. Cet espace devient ainsi du « domaine public », il est d'emblée socialisé. En se situant dans celui-ci, l'individu ne se livre pas totalement à lui, certains recoins de son être renient l'espace.

Nous vivons aussi en absence de clarté. Minkowski décrit la nuit noire pour approfondir sa description de l'espace vécu. La nuit n'est pas simplement l'absence de lumière, il y a quelque chose de positif en elle. La nuit est palpable et matérielle. Elle enveloppe l'individu, le pénètre. Elle a un côté plus personnel que la clarté du jour. Il n'y a pas d'horizon, d'étendu, elle touche directement l'individu. Celui-ci est perméable à la nuit. L'individu ne s'affirme pas dans la nuit, il est traversé par elle, si bien qu'il se confond avec l'obscurité. La nuit est mystérieuse, la personne est confrontée à l'inconnu. Une lumière, une étincelle peuvent surgir dans l'obscurité, mais de manière éphémère. On peut relier un objet à une image ou un son perçu dans l'obscurité. Mais ceci se fait grâce à des représentations de l'espace clair. Il s'agit d'un processus secondaire, non-inhérent à l'obscurité. Dans la nuit noire, tout est éphémère, fugitif. Le véritable objet est la nuit elle-même. La nuit noire n'est pas la forme, mais le

véhicule de tous les objets environnants. Elle les relie, les rattache sans se soucier de leurs contingences. Cette union semble animé, sur fond de mystère. Pour Minkowski, la nuit est encore un espace. Il n’y a pas d’étendu, ni d’horizon, mais de la profondeur comme unique dimension. Pour illustrer cette caractéristique, Minkowski fait appel à l’espace auditif. Il s’imagine dans une salle de concert les yeux fermés. L’espace va alors se remplir de notes sonores. Il n’y a pas de verticalité, ni d’étendue. Une « sphère sonore uniforme » est formée. Celle-ci enveloppe de toutes parts et pénètre l’individu. Il vibre à son contact. Il n’est alors possible de se situer vis-à-vis de cette sphère sonore, pas plus qu’il n’est possible de situer les objets environnants. Le sujet vit cette sphère sonore comme sienne, elle lui appartient. L’espace n’est pas socialisé. Cependant, ce n’est pas une expérience subjective, la sphère sonore étant un stimulus objectif. Sans clarté, l’individu ne sait pas si son expérience est partageable. Pour cela, il faut « voir » les autres individus face au stimulus, voir de quelle manière ils l’appréhendent, voir si l’espace est à eux comme il est à l’individu. Nous allons maintenant voir comment cette description phénoménologique de l’espace noir peut nous aider à appréhender le vécu schizophrène.

Espace clair	Espace noir
Couleurs, lumières, vue précise des objets	Mystère, matérialité
Spatialité, distance, ampleur, horizon et étendu	Pas d’horizon mais de la profondeur, sphère uniforme
Espace entre, met en rapport, donne de la forme, de la structure	Pénètre, enveloppe, traverse, fait confondre, touche directement, pas la forme mais le véhicule des objets et des individus
Objet et soi situé avec une place propre, l’individu ne se donne pas entièrement, il en est indépendant	Pas de place propre, individu se confond avec l’espace ambiant, rattache sans se soucier des contingences
Socialisé, public	Sentiment d’appartenance, non socialisé, impossible de savoir si l’expérience est partagée
Toile de fond mouvante, harmonisations des distances vécues individuelles	Force mystérieuse qui l’anime, confrontation à l’inconnue
Hasard, rencontre	Déterminisme, causalité

Tableau 1 : récapitulatif des différentes caractéristiques phénoménologiques de l’espace clair et de l’espace noir.

## **II. MODELES CLINIQUES TRADUISANT UNE PERTURBATION DE LA DISTANCE VECUE**

### A) L'espace noir de Minkowski

Pour Minkowski, l'être souffrant de schizophrénie vit dans l'espace noir. Même de jour, il est pénétré par un espace obscur, mystérieux. Cet espace le palpe et l'envahit. La distance vécue et l'ampleur de vie sont abolies. Pour illustrer ses propos, Minkowski prend l'exemple d'un patient qu'il suit. Il s'agit d'un jeune patient atteint de psychose, qui a tendance à ramener les éléments de l'extérieur à sa propre personne. Il ne vient plus à ces consultations car il pense que les affiches placées dans le cabinet médical sont adressées à lui. Parmi les personnes présentant une valeur affective à ses yeux, il y a Minkowski et le curé de son village. Le patient est persuadé que le curé et Minkowski se sont rencontrés et ont discuté de la situation du patient. Le patient admet n'avoir aucun élément justifiant de telles croyances. Pour Minkowski, la personne souffrant de schizophrénie a tendance à unir les différents éléments présentant une valeur affective à ses yeux et de se les rapporter à soi. Une personne saine peut aussi envisager l'idée que deux connaissances se rencontre ou discute d'elle. Cette rencontre peut intervenir dans le cadre du pur hasard, dans le « flot mouvant de la vie ». Faute de preuve, cette affirmation va vite s'évaporer. Il en est tout autre pour l'être atteint de schizophrénie, celui-ci perd la notion de hasard, il est en dehors du « flot mouvant de la vie », il va s'attacher à son idée erronée. La distance vécue et l'ampleur de la vie ont disparu. Les quelques éléments ayant une tonalité affective pour le patient apparaissent rapprochés, condensés, collés. Comme dans la nuit noire, les différents objets du monde schizophrène semblent être véhiculés et rapportés à la personne. Le patient ne présente pas d'éléments délirants à ce stade. Pour Minkowski, le symptôme de « reconnaissance vague », où un patient reconnaît quelqu'un à travers une autre personne, use du même mécanisme. Il s'agit d'une conglomération dans l'espace des éléments familiers au patient. Ce phénomène est aussi à l'origine du délire de persécution. Tous les éléments ambiants sont polarisés, dirigés contre le moi. Le sentiment d'aisance, de familiarité a disparu. Plus rien n'est laissé au hasard. L'espace est porteur d'une intention dont l'individu est le témoin. Minkowski s'intéresse ensuite aux « sensations simultanées anormales » décrite par Jaspers dans Psychopathologie générale. Pour Minkowski, ce phénomène peut aussi être appréhendé sous le prisme d'une diminution de l'ampleur de vie. Minkowski illustre son

propos en faisant référence à un de ses patients. Celui-ci se plaint de symptômes apparaissant « en même temps » : les voix s'accompagnent en même temps de piqûres ; lorsqu'il a un écoulement nasal, les voix disent en même temps qu'il s'agit de sang ; lorsqu'il entend les voix, il présente des douleurs abdominales en même temps... De nouveau, il y a une disparition de la notion de hasard, de coïncidence. Le 'en-même-temps' sert à unir ces phénomènes. Il les rapproche, ceux-ci ne peuvent exister de manière indépendante. Pour Minkowski, il s'agit d'une diminution de l'ampleur de vie. Une « force mystérieuse » semble unir les phénomènes sensoriels du sujet et structurer son monde. Celui-ci désespéré, ne peut être qu'à la recherche du sens de celle-ci. L'influence par une force extérieure est retrouvée dans plusieurs symptômes de premier rang décrit par Schneider(15). Schneider était un psychiatre allemand, il fut l'élève de Jaspers. Il décrit les symptômes de premier rang en 1946, ceux-ci se rapportent surtout aux symptômes positifs. Une liste comportant des exemples de symptômes de premier rang peut être trouvée ci-dessous. Les perceptions pathologiques du patient peuvent être comparées aux perceptions dans l'espace noir. Les stimuli ne sont pas situés, il n'y a pas de profondeur. Ils apparaissent attachés au patient, et comme dans la nuit, les stimulations sont éphémères, futiles. Cet espace noir l'enveloppe de toutes parts. En l'enveloppant, l'espace morbide va priver l'individu de tout ce qu'il a d'intime et personnel. Le patient va se dissoudre dans cet espace et ne former qu'un avec celui-ci. Les hallucinations témoignent aussi d'une perte de la distance vécue. Il n'y a plus d'épaisseur vis-à-vis de celles-ci. Elles touchent directement l'individu et son devenir. Les hallucinations ont des qualités toutes différentes des stimuli habituels, elles sont prémonitoires, témoignent d'une volonté extérieure, non situable, invisible mais écrasante. Elles dirigent directement le patient. Il n'y a plus de coïncidence, de hasard. Cette proximité envahissante met à nu le patient, il n'y a plus d'intimité psychique. Le patient souffrant de schizophrénie semble aliéné par une force extérieure, qui se révèle à travers les hallucinations. La force mystérieuse inhérente à l'ambiance prive l'individu de liberté et prend le contrôle. C'est ainsi que Minkowski interprète les rires imposés, vols de pensées et les pensées imposées dont se plaint le patient décrit. La notion de perte de contact avec la réalité, peut s'entendre sur son versant spatial.

- Voix qui discutent entre elles
- Voix qui commentent le comportement ou les pensées du sujet
- Expériences d'influence des pensées
- Contrôle de la volonté par des forces extérieures
- Pensées volées par des forces extérieures
- Pensées insérées dans l'esprit du sujet
- Diffusion de pensées
- Interférences de pensées par d'autres pensées

*Liste d'exemples de symptômes de premier rang décrit par Schneider en 1946*

## B) L'atmosphère délirante de Jaspers

### 1) La présentification intuitive

Jaspers fut un psychiatre allemand, qui dès son plus jeune âge souffre de mucoviscidose. Cette maladie et ses répercussions influenceront la pratique de Jaspers. Celui-ci développe très rapidement un intérêt pour la philosophie. Il cherche à comprendre l'expérience pathologique et développe la psychopathologie clinique. Son ouvrage principal Psychopathologie générale(4) est publié en 1913. Il avance une approche en première personne de la schizophrénie, mettant l'accent sur le vécu de la souffrance psychique. Le vécu de la pathologie est analysé « comme de l'intérieur ». Il utilise la méthode d'Husserl pour arriver à ses fins. Cette méthode comprend trois étapes : la suspension des présupposés, l'impératif de description et la mise en valeur épistémologique de l'intuition. Selon Jaspers, l'intuition du clinicien est primordiale pour la compréhension de la pathologie. L'intuition est « l'expérience immédiate de quelque chose ». Dans l'intuition, l'objet est directement donné à la personne qui en fait l'expérience. Pour Jaspers, le psychiatre se base sur deux types de symptômes pour fonder sa clinique. Les symptômes objectifs qui sont directement

perceptibles (le discours du patient, son activité motrice...), d'emblés accessibles à l'observation. Le sens apparaît tout de suite, il est directement « intuitionnable ». Les données en troisième personne ont du sens avec les symptômes objectifs. Cependant, si le clinicien se contente de ces symptômes, il passe à côté d'une partie de la clinique. Ces symptômes sont insuffisants pour une psychopathologie complète. Pour Jaspers, les symptômes subjectifs sont nécessaires à une compréhension globale. Ils donnent accès au vécu du malade. La problématique est qu'ils ne sont pas directement perçus par le clinicien. Il n'y a pas d'accès intuitif direct aux symptômes subjectifs. Le vécu du patient ne se dévoile pas sous les yeux de l'observateur. Pour avoir accès à ces symptômes, il faut faire preuve d'une « compréhension empathique », les symptômes doivent devenir « une réalité interne ». Ceci nécessite un effort du clinicien qui doit « se rendre intuitivement présent », le vécu du malade. Cet acte est permis par la « présentification du vécu d'autrui », « comme si » il le vivait lui-même. La présentification correspond à la capacité de faire l'expérience de quelque chose d'absent, comme si elle était présente. C'est le processus utilisé lors de la remémoration d'un souvenir, ou lors de l'imagination. Nous n'avons pas directement accès à la chose, un processus de représentation est nécessaire. Pour Jaspers, l'accès au vécu d'autrui est donc un processus actif permettant d'intérioriser ce vécu. Ce processus de présentification est la base de la compréhension en première personne de l'expérience pathologique et donc de la psychopathologie.

## 2) L'incompréhensibilité schizophrénique

Jaspers s'interroge ensuite sur la présentification de l'expérience schizophrénique : est-elle possible ? Pour Jaspers, la schizophrénie est fermée à la présentification. Aucune approche psychopathologique n'est alors possible. Jaspers décrit la schizophrénie comme une « expérience incompréhensible ». La personnalité du patient est altérée de manière inaccessible. « Toutes ces personnalités ont quelque chose de déconcertant, ce qui brouille notre compréhension de manière particulière ; il y a quelque chose de bizarre, de froid, d'inaccessible, de rigide et de pétrifié là. Même quand les patients sont sensibles, qu'ils peuvent communiquer et même quand ils sont impatients de parler d'eux-mêmes. Nous pensons que nous pouvons comprendre les dispositions les plus éloignées de la nôtre, mais face à de telles personnes, nous sentons un gouffre qui définit la description ». Il y a quelque chose de radicalement incompréhensible dans la schizophrénie. Cette expérience est



imperméable aux processus de compréhension qui fondent la psychopathologie. Pour Jaspers, il est impossible de réellement se présenter l'expérience schizophrénique, de se l'imaginer.

Un des aspects qui rend la schizophrénie inaccessible à la compréhension est l'atmosphère délirante qui envahit le patient. Jaspers décrit cette perturbation de l'ambiance qui survient au début des phases psychotiques ou lors des phases prodromiques, pouvant durer quelques jours à plusieurs mois. L'atmosphère délirante (« *Wahnstimmung* ») (4) (16) (17) est ce « quelque chose dans l'air », cette transformation de l'ambiance qui conditionne l'apparition d'idées délirantes. Elle se caractérise par une transformation du monde vécu. Les modifications sont indescriptibles, subtiles, mais envahissent tout le champ d'action de la personne. Les objets perdent leurs caractéristiques pratiques et apparaissent comme de simples copies. Toute chose perçue semble porter une signification particulière, la personne est pourtant incapable d'en donner une explication. « L'environnement, dit Jaspers, est plus ou moins différent - pas à un degré flagrant - la perception en soi ne souffre pas d'altération, mais il y a une espèce de variation qui baigne tout d'une lumière subtile, insinuante et étrangement incertaine ». Cette « tension surnaturelle » entraîne un climat de peur, de méfiance et d'instabilité. Cette inconnue quant au sens ambiant fonde le délire. Pour Jaspers le déficit de l'épreuve de réalité est relégué au second plan : « un délire pouvait être adéquat sur le plan du contenu sans cesser d'être un délire ». En effet, dans l'atmosphère délirante, tout devient différent, hautement significatif. La personne vivant cette expérience a l'impression que tout fait sens. Jaspers avance le terme de « percept délirant » : où un événement tout à fait banal pour un individu sain, peut pour le patient être révélateur. Il y a souvent une qualité « juste comme ça », tout semble exister ou être placé de manière spécifique plutôt qu'aléatoire. La saillance des objets augmente. Pourtant, on ne trouve ni altération perceptive grossière, ni hallucination sensorielle. Le monde apparaît inchangé, mais il est teinté d'une signification particulière. Un événement tout à fait quelconque peut apparaître comme ayant une signification irréductible. Les objets et les éléments entourants apparaissent avec des caractéristiques précises et un aspect de familiarité. Ils sont « ainsi et pas autrement ». Jaspers illustre l'atmosphère délirante par le passage suivant :

« Un patient remarquait le serveur au café : il passait devant lui si vite, de façon si étrange. Il remarquait un comportement bizarre chez une connaissance, ce qui le faisait lui-même se sentir bizarre ; tous dans la rue étaient si différents, pour sûr, quelque chose était sur le point d'arriver. Un passant lui avait jeté un regard si pénétrant, ce devait être un détective. Ensuite, il y avait un chien qui avait été hypnotisé, une sorte de chien mécanique en caoutchouc. Il y

avait tellement de gens marchant çà et là, quelque chose devait assurément se tramer contre le patient. Tous les parapluies cliquetaient, comme s'il y avait une certaine machine cachée dedans [...] Les enseignes sur les maisons sont de travers les rues ont l'air suspectes ; tout arrive si vite. Le chien gratte à la porte. » Dans ce climat d'insécurité, le patient pense que quelque chose est sur le point d'arriver. Il en est sûr, mais il ignore ce dont il s'agit. Il est à la recherche de la signification de son nouvel état. Tout prend alors un nouveau sens. Le patient se sent devenir l'objet d'une attention, d'une observation. Les éléments perçus sont porteurs d'un message, d'un sens caché et inédit dont le message est à déchiffrer. Les idées délirantes interviennent donc dans un second temps. Le patient donne une signification stable à ce climat délétère. Les patients souffrent de cette ambiance, de ce flou insupportable. Une explication délirante sera un soulagement énorme.

Nous pouvons noter deux aspects dans l'atmosphère délirante pouvant être à l'origine du délire schizophrénique. Les premiers étant la perte de familiarité avec la réalité, entraînant un sentiment de déréalisation, de dépersonnalisation, d'étrangeté, de vide, de défaut de consistance du monde ou du soi. Mais aussi l'atmosphère délirante est à l'origine d'une perturbation de la distance vécue, de la distance nécessaire à chaque individu afin de pouvoir vivre de manière sereine son quotidien. En effet, ce « quelque chose dans l'air », cet élément nouveau, donnant une tonalité terrifiante à l'ambiant, entraîne une impression de référence pour le sujet. L'environnement vise le patient. La distance vécue est réduite à néant. Les différents éléments du paysage jaillissent sur l'individu. La personne souffrant de schizophrénie se trouve cadencé dans son monde vécu. Il est étouffé par son quotidien, pris au piège. Le moindre regard est directement posé sur sa personne. Il ne peut se libérer des différentes affiches, des éclairages ayant une signification certaine.

Nous remarquons dans l'atmosphère délirante les mêmes caractéristiques que dans l'espace noir. Il s'agit d'une modification fine de la teinte atmosphérique. L'individu ressent une perturbation de son champ expérientiel. Celui-ci n'est plus propice à la familiarité, à l'aisance, mais une coloration fine englobe les différents éléments du champ perceptif. Comme dans l'espace noir, cette nouvelle caractéristique ambiante véhicule les constituants du paysage et les rapprochent de l'individu. Ceci a pour effet d'animer le décor d'un sens nouveau et inquiétant.

### C) L'Anastrophé de Conrad

Conrad est un psychiatre allemand, son ouvrage principal est Die beginnende Schizophrenie (1958). Conrad (18) (19) (20) (21) s'intéresse à la psychopathologie de la schizophrénie, notamment à travers la perturbation de l'espace vécu. Il sort du modèle où la psychose est réduite à une dysfonction mentale. Il développe une description clinique en plusieurs phases traduisant la progression de la psychose et l'envahissement de son monde vécu. Ces phases ne se succèdent pas dans le temps, mais peuvent être contemporaines. Nous allons détailler les deux premières phases :

#### 1) Le Trema

Le Trema (Das Trema), se traduit par « trac », et correspond à l'expérience de l'ambiance ressentie par un artiste avant de monter sur scène. Le Trema renvoie à l'atmosphère délirante de Jaspers. Il survient lors des phases prodromiques de la schizophrénie et il s'agit d'une phase de rupture, de transformation du monde vécu. La tension affective va croître et envahir le sujet. Cette affectivité peut être angoissante, oppressante, inhibitrice ou agitatrice. Communément, l'individu est dans l'attente d'un « moment imminent », sans présupposé que cet événement sera vécu comme une souffrance ou un soulagement. A la différence du trac de l'artiste, le Trema n'est pas lié à une situation précise, sa nature reste indéterminée tout comme l'instant de vérité. Le patient ressent une imminence dans l'air, sans être capable de le relier à une signification satisfaisante. Il y a un pressentiment de catastrophe. La personne faisant l'expérience du Trema se sent « entouré de barrières ». Celles-ci délimitent son champ d'action. Conrad interprète certains passages à l'acte comme des réactions de détresses permettant de « sauter les barrières » et de se libérer de cette ambiance oppressante. Dans ce climat, les patients perdent l'accès aux autres. Il existe une cassure ressentie liée à cette méfiance régnante. Le Trac est donc ce « pressentiment délirant » (Wahnstimmung), ce désarroi indéfinissable qui envahit le patient. « Il se passe quelque chose, mais je ne sais pas quoi ; dites-moi donc ce qui se passe ». La modification ambiante provoque une attente angoissante, « la physionomie de la situation a pris un « trait » nouveau et déconcertant ». Le sujet ressent ce changement, et ceci provoque un questionnement. « Le monde regarde le patient avec une physionomie qui le met en question ». Le monde du sujet est structurellement modifié. Il remarque les changements se produisant. Il n'attribue pas les changements à son propre état, mais les externalise à un processus qui reste à comprendre dans le monde. L'altération de la distance vécue est au cœur du Trema. Le monde environnant « regardant »

le sujet, celui-ci lui est directement accessible de manière angoissante et pathologique. L'individu atteint de psychose est comme cloîtré, enfermé par des barrières suffocantes.

## 2) L'Apophanie

Apophanie vient du grec et signifie « devenir visible ou apparent », c'est le stade de la révélation. L'Apophanie se produit en réponse au Trema. Le vécu d'étrangeté, de questionnement va laisser place à une phase de significations. Le terme Apophanie renvoie à l'immédiateté dont se donnent les significations : « Le patient délirant se comporte comme l'homme dans la révélation. La signification de ce qui est donné est pour lui 'manifeste' ». L'Apophanie survient comme une libération, un soulagement. Il s'agit d'un retour sur soi que Conrad va nommer Anastrophé. L'Anastrophé renvoie à un sentiment de centralité que vit la conscience délirante lors de l'Apophanie, dans lequel l'univers est vécu comme « tournant » autour de soi comme point central. La déformation de l'espace s'est accentuée. Les éléments du décor semblent contenir un message dirigé contre le patient, celui-ci est incapable d'en déceler le sens. Conrad décrit trois étapes d'expériences perceptives durant l'Apophanie : Lors de la première phase, le patient ressent que la chose perçue « vaut pour lui », sans qu'il sache encore de quelle façon. Tous les composants du champ perceptif prennent une dimension signifiante pour le sujet qui les vise. Le système de référence change. L'ambiance environnante prend une signification envahissante, mais confuse.

La seconde phase est marquée par l'apparition d'une direction et d'un sens de la situation. L'espace est perçu comme un vaste « champ d'épreuve » où partout et à tout moment le patient se sent testé.

La troisième phase se caractérise par une certitude délirante. L'ambiance est marquée d'un sens qui ne laisse plus place au doute. Le patient vit sur un mode réceptif lui étant révélé et à l'origine de la production délirante.

Conrad développe la structure perceptive délirante dans l'Apophanie. D'après Conrad, l'Apophanie se définit par une perte de la « possibilité de transcendance ». Le patient n'arrive plus à changer son système de référence. Il n'arrive plus à se décentrer, adopter une autre perspective sur le monde (celle d'une autre personne, d'une collectivité, d'un « on »). « La transcendance est devenue totalement impossible ». Il lui est impossible de « réaliser un échange de cadres de référence ou de perspectives, c'est-à-dire à considérer la situation - même si ce n'est que temporairement - avec les yeux de l'autre ou des autres ». La conscience

déliante ne peut plus accéder à la perspective du sens commun, ni échanger avec la perspective d'autrui. L'Apophanie survient lorsque la conscience délirante est dans l'incapacité de prendre du recul vis-à-vis de son expérience. Conrad décrit ensuite la phase apocalyptique, puis la phase de consolidation et enfin la phase résiduelle.

A travers ces différentes phases, Conrad décrit les modifications structurelles rencontrées dans la schizophrénie. Le Trema, l'Apophanie et l'Anastrophé témoignent tous de modifications spatiales. Lors du Trema, un trait angoissant envahit l'atmosphère et l'individu est dans l'attente d'un événement imminent. Celui-ci semble cloîtré dans une attente interrogative. Cette tension régnante envahit l'espace-entre, à l'origine de possibilités et d'ouverture. Ensuite survient l'Apophanie, la tension régnante va laisser place à une interprétation délirante quant aux modifications environnementales. L'individu n'arrive plus à changer son système de référence. Il en résulte des interprétations autocentrées. L'Anastrophé témoigne de cette centralité, où tous les constituants de l'environnement du patient sont dirigés contre lui.

#### D) La centralité d'Henri Grivois

Grivois est un psychiatre ayant fondé les urgences psychiatriques à l'Hôtel Dieu, Paris. Il est à l'origine de nombreux ouvrages traitant de la psychose débutante. Il caractérise la psychose à travers deux concepts traduisant des perturbations atmosphériques. De manière explicative il présente ces deux phases comme successives mais celles-ci peuvent être concomitantes. Voici ces deux phases :

##### 1) Le concernement

Il s'agit d'un terme emprunté à Starobinski. Celui-ci s'en sert pour décrire les troubles psychotiques dont était victime Jean-Jacques Rousseau. Proche du concept d'atmosphère délirante de Jaspers, il s'agit du moment où le sujet sent qu'il se passe quelque chose et que quelque chose le concerne, sans savoir quoi au juste. Pour Grivois(22) (23), c'est un sentiment qui « naît au milieu d'une foule ». Le sujet a alors l'impression d'être le centre de l'attention. Cette expérience est de faible intensité initialement puis va s'accroître jusqu'à devenir très envahissante. C'est un sentiment ancré dans l'air qui va accompagner le sujet partout, dans la

rue, les transports en commun, son lieu de travail... puis il ne l'abandonnera plus « même dans la solitude ». Les premiers temps sont vécus de manière interrogative, le sujet est capable de se détacher de ce sentiment étrange, de le remettre en cause. Il le vit sans hostilité, de manière neutre. Puis le concernement va se généraliser, le sujet « est cerné, il n'y a plus de sortie ». Grivois interprète les troubles du comportement comme une interrogation du monde environnant : « c'est une façon brutale d'interroger le monde qui l'entoure et qui bien sûr ne répond jamais ». Cette étrangeté, cette incertitude va se transformer en niveau de « croyance absolue », c'est la centralité.

## 2) La centralité

La centralité est un prolongement de l'intensité du concernement. Elle arrive comme « une véritable explosion », il n'y a plus de retour en arrière. C'est la « généralisation inexorable du concernement », son « unanimité ». Ce sentiment va bouleverser l'existence du sujet qui va la vivre de manière instable psychiquement. Il se sent au centre de l'attention du monde, au milieu de tous les hommes, il est « un et tous à la fois ». Grivois caractérise cette expérience par trois points : tout d'abord, sa polarisation, le sujet a le sentiment d'être au centre de la totalité des autres. Puis la singularité, il occupe seul cette place. Enfin le côté arbitraire de la situation, le sujet est incapable de donner une signification durable à cette centralité. Les premiers temps de la centralité sont marqués par une profonde instabilité. Tout l'environnement se tourne vers le sujet, sans que l'individu puisse en donner un début de signification. Il s'agit initialement d'une expérience paranoïde. Cette instabilité est inacceptable pour le sujet. Cette modification existentielle est à l'origine des éléments délirants. Ceux-ci arrivent dans un second temps, ils « naissent d'un besoin urgent de sens à donner à cette humeur délirante qui caractérise le début de la psychose ». La centralité est à l'origine d'une modification perceptive majeure de l'atmosphère régnante, celle-ci se fait à travers une perturbation de la subjectivité du sujet. La relation au monde du psychotique oscille entre « être soi, être voué au néant et être tous ».

A travers la centralité, Grivois définit l'expérience psychotique par trois propriétés qui se rapportent à la distance vécue : la polarisation du monde extérieur vers le soi, le fait d'occuper seul cette place et le fait de ne pas savoir pourquoi l'individu occupe cette place.

### **III. MODELES PHENOMENOLOGIQUES PERMETTANT D'APPREHENDER LES TROUBLES PERCEPTIFS DE LA DISTANCE VECUE SCHIZOPHRENIQUE**

Dans les parties précédentes, nous nous sommes intéressés aux vécus pathologiques chez les patients souffrants de schizophrénie. Il existe un profond changement structurel dans le monde du patient. L'environnement schizophrénique semble teinté d'angoisse, d'incertitude. Un changement s'opère dans le champ perceptif sans que l'individu ne puisse savoir exactement l'origine de cette modification. Les différents éléments du paysage prennent une coloration effrayante. L'espace entre, permettant la rencontre, les possibilités individuelles et collectives s'effacent au profit d'un espace effrayant, véhiculant un projet qui semble s'imposer à l'individu. L'ambiance n'est plus neutre mais va comme porter les différents constituants vers le sujet. Cette polarisation est vectrice d'un message, comme si une force mystérieuse, extérieure était à l'origine de ces changements perceptifs. Cet environnement ne permet pas l'aisance ou la familiarité. Plus tard, l'individu est convaincu que les changements s'adressent à lui, qu'il est le centre de l'attention générale. Ces modifications sont à l'origine de l'émergence du délire. Nous avons vu que la distance vécue est nécessaire à l'épanouissement. Elle permet l'investissement, l'ancrage au monde. Or dans la psychose, l'individu n'arrive plus à se distancier de ce qui l'entoure, il est étouffé par le monde environnant. Il est comme pris au piège.

Nous allons tenter, dans cette partie, d'expliquer ces distorsions à travers les travaux sur la perception d'Husserl, la perte de l'évidence naturelle de Blankenburg et les travaux sur la perturbation de l'ipséité et le solipsisme de Sass.

## A) La perception chez Husserl

Husserl<sup>(24)(25)(26)</sup> est l'un des fondateurs de la phénoménologie. Pour Husserl, l'intentionnalité caractérise la conscience. Pour développer sa théorie de la perception, Husserl part d'un paradoxe : bien que la perception soit donnée d'un seul point de vue et à un seul moment donné, la perception est transmise de manière tridimensionnelle. Autrement dit, même si la perception est perspectiviste, la globalité de l'objet est donnée à la personne et non une seule « vue » ou un seul « aspect ». Ce paradoxe est le point de départ de la pensée d'Husserl sur la perception. Pour Husserl, la perception surmonte sa propre perspectivité. Il y a un nombre infini de facettes potentielles. L'ensemble de ces facettes forme « l'horizon interne de la chose », l'indéterminé, l'inaccessible. L'individu n'a pas accès à toutes les facettes de l'objet mais tout de même, il perçoit l'objet dans sa globalité.

Selon Husserl, la perception est permise par un ensemble de processus intentionnels combinés, ce qu'Husserl appelle « synthèse passive ». Prenons l'exemple de la perception d'une table. Lorsqu'elle est perçue, seuls les côtés visibles du point de vue de la personne la regardant lui sont donnés. Cependant, de manière concomitante, les côtés non donnés sont synthétiquement « présentés » à la conscience. La conscience a accès à la totalité de la table. En changeant la perspective de perception, la même table est donnée à la conscience. Autrement dit, les synthèses passives permettent la perception active menée par l'intentionnalité. La conception d'un objet est permise par l'union de ses multiples facettes grâce à un travail de réflexion, mené par la conscience. Cette unification perceptive est nommée *aperception*. Les objets ne sont perçus de manière isolée mais c'est la situation dans son ensemble qui est donnée à la conscience. C'est le fond, 'l'entre', qui permet la perception intentionnelle. Dans un second temps seulement, la conscience isole différents éléments de son champ perceptif. Ce fond forme une strate rudimentaire, basique du champ d'expérience. Cette couche est pré-réflexive, tacite. Elle sous-tend les synthèses passives et permet une perception active, secondaire, intentionnelle. Le sens est donc directement donné avec la perception, et ceci s'intègre dans un ensemble, familier et appréhendable pour la conscience. L'intentionnalité vise les objets et en dégage simultanément le sens pour le sujet. La conscience a alors accès à la totalité de l'objet, l'objet en tant que tel, réel et non une simple copie. Sans cette intentionnalité totale et signifiante, nous ne pourrions avoir accès au monde



selon « l'attitude naturelle », nous serions en dehors du monde. L'individu s'ouvre au monde, s'incorpore à lui, grâce à la quête de sens.

## B) La perte de l'évidence naturelle de Blankenburg

L'atmosphère délirante désigne ce vécu d'étrangeté accompagnant l'expérience psychotique. Un climat hostile, angoissant envahit l'ambiance. Il s'agit d'une transformation fine. Une coloration particulière de l'air, sujette à interprétation. L'individu est dans l'incertitude. La familiarité qui permettait à l'individu de vivre de manière sereine a disparu. Le monde n'est plus habitable pour le sujet. Il lui est hostile. La modification est indescriptible, indéfinissable. Il s'agit de quelque chose de vague, qui pénètre le patient de manière angoissante. Quelque chose a changé, le patient ne sait pas quoi. Un quelque chose dans l'air, la couleur de la réalité est modifiée. La modification ne s'opère pas au niveau perceptif, chaque objet étant reconnu par le patient. C'est le climat de confiance, la couche de familiarité qui est perturbée, le mode d'accès à la réalité(26)(27). La couche rudimentaire, basique liant au monde et à autrui est altérée. La couche pré-réflexive rassemblant le fond à travers les synthèses passives. C'est le fond, l'horizon qui est profondément modifié et qui modifie l'expérience vécue du patient. Les phénomènes de modification de la saillance des objets, des modifications des distances perçues... sont secondaires à cette perturbation du fond. Blankenburg « parle de perte de l'évidence naturelle »(28) pour caractériser cette transformation du champ de conscience. L'évidence naturelle correspond à l'ensemble des synthèses passives implicites, toujours présentes. Elle permet à l'individu d'agir dans sa quotidienneté. Lors de la perte de l'évidence naturelle, il y a une disparition de cette strate pré-réflexive qui structure notre monde. La perception, qui normalement vise l'objet à travers ses différents aspects et « signifie » la chose elle-même, n'est plus capable que d'en donner un aspect, une image, une surface. L'individu semble vivre dans un monde fabriqué de toute pièce, construit comme une scène de théâtre. Le patient remet en cause la véracité de ce qui l'entoure, il a l'impression de vivre dans un environnement mis en scène. C'est le « syndrome du Truman show ». Une autre conséquence de la perte de l'évidence naturelle est la non-reconnaissance du sens familier des objets de perception. La signification des choses devient inaccessible. Les significations ont une valeur intersubjective, sociale. Elles sont aussi données par le contexte, le fond. Elles font

partie du sens commun de la vie quotidienne. Les patients souffrants de schizophrénies qui ont perdus accès à cette familiarité sont en dehors de ces significations. La constitution du monde commun est fondamentalement perturbée. Les différentes perceptions ne se présentent plus « d'elle-même », allant de soi. Les objets sont isolés les uns des autres, déconnectés entre eux. Le fait que le fond soit perturbé, les éléments sont détachés du contexte général. N'étant en mesure d'accéder aux significations usuelles, la personne est dans l'obligation d'attribuer un nouveau sens aux éléments du décor. Or le patient n'a plus conscience du sens commun, socialement reconnu. Il n'arrive plus à surmonter sa propre perspective, il est cloué dans un monde égocentrique, le visant. Il va conférer à son environnement des significations nouvelles, idiosyncratiques. Des significations auto-référentielles sont attribuées à chaque élément par le patient. Il semble y avoir une signification, une intention cachée, signifiant le sujet lui-même enfoui dans l'environnement. L'être souffrant de schizophrénie devient le centre passif du monde. Chaque vue semble se retourner contre lui. Tout devient signifiant, le sens est déjà là. Le monde est saturé de sens. Il n'y a plus de possibilité supplémentaire. Or nous avons vu l'individu s'ouvrir au monde grâce à la quête de sens. Le monde psychotique déjà plein de sens ne peut plus être investi par le patient. Le sujet ne se perçoit plus en percevant, il ne se sent plus en sentant. La personne souffrant de schizophrénie observe ses propres perceptions « de l'extérieur », au lieu de les vivre. Il ne reconnaît pas au sens actif, mais il est entouré d'images inquiétantes qui semblent le viser. Il existe une inversion de l'intentionnalité. Au lieu d'avoir une intention sur les objets, le patient est visé par eux. Il existe une subjectivité cachée, une intentionnalité étrangère inaccessible qui envahit le sujet. Il n'y a plus de profondeur, plus d'ouverture. Le futur est bouclé par avance. Tout est déjà programmé, le patient n'a plus aucune marge de manœuvre pour influencer son sort. Le monde est inexplorable, il est animé d'une mécanique aliénant le patient. Le sujet est directement touché par le monde, pénétré par son projet. La distance vécue est nulle. Sans cet espace, il n'y a plus de place pour la subjectivité.

Aussi la défaillance de l'intentionnalité est à l'origine d'un autre phénomène. Le sujet n'a plus accès au sens commun, intersubjectif. Or l'intentionnalité permet de mettre l'objet de perception à distance. Sans lui, l'objet perceptif va fusionner avec le sujet. Privée de son caractère neutre, de son objectivité, l'objet de perception va rester un corrélat du corps. Chaque élément du décor prend une expression corporelle écrasante. La composante pathique de la perception, peut devenir anarchique. Cette incarnation excessive est à l'origine d'une communion pathologique entre le corps et l'environnement. Pour Merleau-Ponty(29,30), chez

l'individu sain les objets sont neutralisés, « gardant leur distance » avec la personne. Alors que pour comprendre le vécu schizophrénique il faut se représenter « un enracinement des choses dans notre corps, la proximité écrasante de l'objet, l'unicité de l'homme et du monde ». Il faut ressusciter « en nous-mêmes, dans notre perception actuelle, la relation du sujet et de son monde que la réflexion analytique supprime ». La perte de la signification intersubjective ancre l'objet comme prolongement du corps et lui donne son expressivité écrasante, teintée d'émotions angoissantes. Les regards d'autrui, les différents éléments du décor prennent une expressivité, animée, incarnée, hostile.

Perception saine	Perception schizophrénique
Se fait dans un climat de confiance, familier	Se fait dans un climat d'étrangeté, hostile, angoissant
Surmonte sa propre perspective grâce aux synthèses passives	Impossibilité de surmonter sa propre perspective
Environnement structuré, cohérent, familier, accès au sens noématique directement et à la globalité de l'objet	Environnement apparaît comme une mise en scène, « syndrome Truman show », objets apparaissent comme de simples copies, pas d'accès au sens noématique
La situation, le fond, la globalité se donne initialement, de manière pré-réflexive, puis intentionnalité active dégage les figures	Pas d'accès à la globalité, à la situation, perturbation de cette couche familière, figure directement donné sans le contexte
Adopte l'attitude naturelle	Perte attitude naturelle
Permet ouverture au monde grâce au sens donné	Pas d'ouverture au monde possible, le monde est saturé de sens, inaccessible
Se fait en mouvement, l'individu donne et se donne	Pas de mouvement possible, patient pris au piège
Permise par la distance, l'horizon	Distance vécue nulle, pas d'horizon
Renvoi à des significations communes	Sens autoréférencé, sous l'influence d'une subjectivité caché
Structure son expérience comme appartenant au monde	En dehors du monde
Favorise la coïncidence, le hasard, la rencontre	Perte de la notion de hasard, l'individu est sous l'influence d'une force extérieur
Objectivée, distancée par le sens interindividuelle	Incarnée de manière anarchique, fusion de l'objet et du corps

Tableau 2 comparant les différentes caractéristiques des perceptions chez l'individu sain et l'individu souffrant de schizophrénie.

### C) L'altération de l'ipséité chez Sass

Sass est un professeur de psychologie américain. Il dénonce la vision contemporaine du délire schizophrène comme « croyance incorrecte, soutenue par une certitude inébranlable, relevant ainsi de l'erreur du jugement et de la perte de cohérence ». Pour Sass, la schizophrénie relève d'une anomalie de la structure du monde et non d'un déficit de l'épreuve de réalité. Il cherche donc à comprendre l'expérience schizophrénique en outre-passant nos conceptions communes, en dépliant « avec autant de soin et de simplicité que l'objet le permet, les délires s'enroulant sur eux-mêmes en longues spirales de la forme de vie schizophrénique et de dissiper ainsi l'atmosphère d'inexprimable mystère et de profondeur dont de tels patients s'enveloppent, et qui les égare souvent eux-mêmes autant que ceux qui s'efforcent de les connaître ». Il s'appuie sur l'autobiographie de Schreber « mémoire d'un névropathe », célèbre patient souffrant de schizophrénie paranoïde dont les écrits ont notamment été étudiés par Freud.

Sass s'intéresse à la conscience de soi chez le sujet sain avant d'envisager la schizophrénie comme perturbation de la conscience de soi. Dans la vie quotidienne, lorsqu'un individu expérimente, il a conscience de l'objet de son expérimentation, car cette expérimentation est faite de manière réflexive. Aussi, l'individu sait également de manière implicite, pré-réflexive, qu'il est le sujet de cette expérience. Ce sentiment de « mienneté » est une caractéristique essentielle de l'expérience du sujet sain. Chaque pensée, perception, est donnée dans une perspective personnelle, en première personne. L'individu attribue comme lui appartenant chaque acte de conscience. Lorsque je perçois un objet, le « je » percevant est vécu de manière tacite, je n'ai pas besoin de penser explicitement que c'est moi qui perçois l'objet, cela m'est donné de manière implicite. Le tacite est le moyen de l'identité personnelle, de l'auto-affection normale, ce que nous savons de manière tacite nous l'habitons. Cette capacité à s'identifier automatiquement comme sujet de ses pensées et de ses actes constitue l'ipséité.

Pour Sass, la perturbation de l'ipséité est à la base de la schizophrénie. Ceci se caractérise par deux distorsions complémentaires : la diminution de l'auto-affection et l'hyperréflexivité. Plutôt qu'un déficit des capacités cognitives, l'individu souffrant de schizophrénie présente une conscience de soi exagérée. Le patient pour qui rien ne va de soi, est obligé de se questionner en permanence. Chaque situation est propice à interrogation. Ceci est à l'origine d'un « sentiment diffus de subjectivation ». L'individu se focalise davantage sur son

expérimentation de l'expérience que sur l'expérience elle-même. La conscience d'une certaine manière, « se prend pour objet elle-même ». En réfléchissant à sa propre expérience, le sujet vérifie s'il est en train de faire ce qu'il pense qu'il est en train de faire. Il s'agit d'une « hyperconscience de soi comme conscience », d'une « conscience suraiguë » profondément détachée de l'environnement. Le résultat est un monde vu « de l'œil de l'esprit ».

L'expérience de soi normalement tacite, implicite devient explicite et focale. Or, diriger l'attention vers ce qui était auparavant tacite, revient à objectiver ce phénomène, à le faire vivre comme étant à une certaine distance. Ce qui est focal est aussi distal. Dans la schizophrénie, les aspects de soi sont vécus comme des objets externes, distants. Cette mise à distance concerne des aspects a priori inaliénables du soi. Il peut s'agir d'un outil, d'un membre, d'une sensation corporelle, et même d'une parole, d'une pensée ou d'un sentiment. Ces éléments semblent séparés, détachés. Ils peuvent finir par sembler objectivés, étrangers, à part, ou même comme sous la possession d'un être étranger. Chaque action, chaque expression, semble perdre sa fluidité naturelle et peut donner une illusion d'influence. D'autres symptômes de premier rang usent du même mécanisme. Les « pensées à haute voix », « la diffusion des pensées », le fait d'entendre ses propres pensées comme si elles étaient simultanément accessibles à d'autres personnes. Les processus mentaux ne sont plus imprégnés du sentiment de soi, ils sont devenus des objets introspectés, avec des qualités réifiées, spatialisées et externalisées. Les hallucinations acoustico-verbales les plus caractéristiques de la schizophrénie, décrites par Schneider dans les symptômes de premier rang, implique une prise de conscience explicite des processus de la conscience elle-même, ce qui crée un sentiment de distance et d'aliénation.

A travers ces lignes, nous remarquons que les propriétés spatiales sont constitutives des éléments pathologiques de la schizophrénie. L'hallucination schizophrénique n'est pas une simple perception sans objet. C'est la proximité dont elle fait preuve qui lui confère une influence aliénante. A travers l'immédiateté spatiale de l'hallucination, l'être étranger semble rentrer dans l'intimité du sujet et prendre possession de ce qu'il a de plus personnelle. Ceci va ensuite entraîner la construction délirante.

## D) Le solipsisme chez Sass

Nous avons vu que selon Sass une perturbation de l'ipséité caractérisée par une hyperréflexie et une diminution de l'auto-affection était à l'origine de l'expérience schizophrénique. Le patient pour qui rien ne va de soi, est obligé de se questionner en permanence. Chaque situation est propice à interrogation. Le sentiment d'exister est affaibli, l'individu ne se sent plus comme « une source vitale et auto-coïncidente de conscience et d'action ». Il en résulte un désengagement de toute activité pratique et sociale, au profit d'une profonde introversion. Sass, dans son ouvrage « Dans les paradoxes du délire. Wittgenstein, Schreber, et l'esprit schizophrénique(5)(31) » reprend les travaux du célèbre philosophe Wittgenstein, et compare l'expérience schizophrénique au solipsisme. Pour le solipsiste, la réalité, le monde extérieur et autrui, n'est qu'une représentation qui apparaît à un soi unique et individuel. Wittgenstein résume le solipsisme par les formules « Le monde est mon monde », « le monde est mon idée ». Il y a un vécu de centralité, ou l'environnement extérieur est forgé par sa propre conscience et son activité solipsiste, introspective.

C'est cette « concentration passive » qui donne l'impression d'expérimenter l'expérience plutôt que le monde extérieur, la finalité étant résumé par Schreber, « tout ce qui se passe se ramène à moi ». L'expérience mondaine est profondément perturbée. L'intériorité excessive entraîne un détachement vis-à-vis des objets extérieurs au profit d'objet intime, il y a un basculement de l'activité sensitivomotrice vers un « registre idéologique ». Pour Sass, cette transformation est à l'origine de l'atmosphère délirante, désaffectivé, dévitalisée, déréalisée. Aussi, tellement ancrée dans « la réalité et la centralité » de sa propre expérience, le patient ne peut reconnaître autrui comme conscience à part entière. Pour Schreber, les gens qui l'entourent sont « suscités par miracle », « bâclés à la six-quatre-deux », ils apparaissent comme de plates images et disparaissent aussi rapidement qu'ils sont venus. Cette teinture atmosphérique est permise par l'attitude solipsiste, à savoir le retrait, l'isolement et l'hyperconcentration. L'individu devient un véritable « centre conscient ». Schreber va être à l'origine du « miracle des guêpes ». Schreber était persuadé que des guêpes n'existaient que lorsque qu'il en faisait l'expérience et uniquement dans le but d'être vues par lui. Elles surgissaient du néant et disparaissaient lorsqu'il tournait la tête. Schreber écrit « les liens de Dieu à ma personne avaient entraîné la disparition de toutes les créatures de la surface de la terre, à l'exception de ces présences suscitées immédiatement autour de moi par le jeu de quelque miracle ». Ce qui n'est pas directement en contact avec le patient n'existe pas.

Ensuite Sass s'intéresse aux points qui semblent a priori contredire le solipsisme. En se référant aux écrits de Schreber, Sass note que malgré la révélation de la centralité de Schreber comme conscience constituante, il donne parfois l'impression d'être en présence d'une autre conscience, celle de Dieu. Pour résoudre ce paradoxe, Wittgenstein écrit que le solipsiste est « irrésistiblement poussé à outrepasser un solipsisme qui en resterait strictement à lui-même ». Pour que son discours soit « puissant », « digne », le solipsiste cherche à convaincre que sa centralité peut être objectivée. Le solipsiste déborde le cadre purement subjectif en cherchant à atteindre le monde commun et partagé. Sans l'adhésion de l'autre, l'expérience solipsiste n'a aucune substance. « Le solipsiste est ainsi conduit à désirer ardemment ce qu'il ne peut jamais avoir, la reconnaissance de sa prétention dans le monde partagé par tous, et cela sape au fondement son autosuffisance prétendue ». Le solipsiste est donc confronté à l'obligation de quitter sa position de centre conscient pour être approuvé par autrui. Or ceci est impossible, car autrui ne peut admettre la vision solipsiste du sujet et quand bien même il pourrait, la vision solipsiste ne serait plus valable. La révélation de la centralité se trouve « pris au piège dans une tentative auto contradictoire d'outrepasser cette centralité en s'efforçant de communiquer son intuition solipsiste ».

Un autre élément vient bouleverser le solipsisme schizophrénique. Bien que se présentant comme centre conscient, centre constituant, Schreber fait régulièrement allusion à une autre conscience omnisciente. Il fait régulièrement référence à un « on », à Dieu qui le contrôle et le surveille. Il y a une coexistence du sentiment de toute puissance, Schreber est le pivot autour duquel l'univers tourne, le pilier constitutif du monde, mais aussi, il a un sentiment de perte de maîtrise et de contrôle où Schreber se sent écrasé et perd tout pouvoir. Sass souligne la relation paradoxale qu'entretient Schreber avec Dieu. Par moment, il se sent très proche de lui, le « voir divin » est circonscrit au voisinage de Schreber. « Toute l'attention de Dieu, tout ce qu'il sait, passe par le canal Schreber ». Dieu est présenté comme un prolongement de Schreber « Dieu est désormais, de par la puissance invincible de mes nerfs, indissolublement lié, et depuis des années à ma personne ; toute possibilité de parvenir à se dégager de mes nerfs (...) est exclue ». A d'autres moments, au contraire, Dieu est comme « un être étranger », « loin ». Un « être séparé et lointain » qui prend possession de Schreber et le surveille. Schreber n'est plus le centre conscient, il est réduit au rôle d'exécutant d'un Dieu omniscient. Les perceptions divines passant à travers Schreber, celles-ci sont vécues comme lointaines et séparées. A travers le solipsisme, nous pouvons appréhender les notions de distances vécues. Il existe à la fois un sentiment de centralité, d'omniscience, où le solipsiste



fonde le monde environnant, mais aussi un sentiment d'être écrasé, envahi, et d'agir sous influence extérieure. Cet antagonisme centre épistémique constituant/ pion agissant sous le contrôle de Dieu est illustré par Schreber : « Je suis celui qui suis loin ». Pour Sass ce double sentiment de se sentir à la fois comme centre absolu et omniscient et à la fois comme faible, infiniment petit, négligeable, voire inexistant est une des raisons qui rend le vécu schizophrénique si difficilement compréhensible. Le patient se sent à la fois comme se dépassant de manière infinie et en même temps minuscule. Sass donne l'exemple d'un de ses patients qui, pour illustrer ce paradoxe, se compare à une photocopieuse. A la fois, il est une machine inconsciente, dépourvue de volition, répondant à une force extérieure, à la fois il est capable de créer, de donner son ordre propre à l'univers.

Pour illustrer ce phénomène Sass s'appuie de nouveau sur Wittgenstein. L'hyperréflexie entraîne une subjectivation de l'expérience mondaine, ayant pour conséquence un vécu de centralité. Le sujet est le centre conscient du monde, tous les individus et objets dépendent de l'existence du sujet. Il n'y a que ce qui est directement accessible au sujet qui existe. Cependant, en poussant la réflexion, le solipsiste ne se trouve pas dans ce qui est là. D'ailleurs, même s'il s'aperçoit au sein de sa propre expérience, le « soi », présent dans le champ phénoménal ne serait qu'un objet parmi les constituants. En aucun cas ce ne serait le centre conscient, tout-puissant et constituant auquel aspire le solipsiste. Le solipsiste, maintenant une certaine logique, ne peut tenir pour acquis l'existence du soi, « mais uniquement ce qui est directement observé : des vécus ». Il y a un retour au réalisme pur. Le soi solipsiste est réduit à « un point sans extension ». « La subjectivité, poussée dans ses derniers retranchements, s'effondre en objectivité ». C'est ce que Sass appelle « balancement solipsiste ». L'individu envahit tout l'univers puis se rétracte pour ne former qu'un point infime. « Le 'je' s'évanouit et passe dans ses objets ». Sass cite le poète Antonin Artaud pour illustrer cette oscillation épistémique : « Comme la vie, comme la nature, la pensée va du dedans au-dehors avant d'aller du dehors au-dedans. Je commence à penser dans le vide et du vide, je vais vers le plein ; et lorsque j'ai atteint le plein, je peux retomber dans le vide. Je vais de l'abstrait au concret et non du concret vers l'abstrait ». Sinon, le solipsiste peut s'accrocher à l'existence de sa propre conscience. Mais pour cela, il doit « adopter une perspective qui lui vient de l'extérieur », une perspective provenant d'une autre conscience et qui prend pour objet la conscience du solipsiste. La position externe permet au solipsiste de « faire l'expérience de son expérience ». Il y a donc deux possibilités pour le solipsiste, soit il reste fixé sur ses vécus, la centralité disparaît et le 'je' se dissout au profit d'une objectivité ; soit il

s'accroche à son vécu solipsiste en prenant pour objet sa propre conscience. Dans ce dernier cas la reconnaissance d'un autre esprit est obligatoire. Schreber oscille entre ces deux vécus. A certains moments, il est le centre conscient de l'univers puis il a l'impression d'être contrôlé par une autre subjectivité.

Le solipsisme témoigne d'une perturbation des propriétés spatiales vécues. Le solipsiste présente un vécu de centralité, celui-ci devient le centre conscient, constituant le monde. L'individu n'admet que ce qui est directement en contact avec son vécu comme existant. La relation qu'entretient le solipsiste avec Dieu renseigne aussi sur la distance vécue. Il est à la fois très proche, voire se confond avec le milieu environnant, mais en même temps se sent séparé et lointain du monde. Aussi, nous avons vu en quoi l'existence, comme une force mystérieuse, décrite par Minkowski, était nécessaire à ce solipsisme. Cette force mystérieuse est à l'origine d'un vécu déterministe. Il y a une permutation entre la toute-puissance solipsiste et l'aliénation à cette force mystérieuse. Tous ces paradoxes rendent le vécu schizophrénique difficilement accessible.

#### **IV. APPROCHES EXPERIMENTALES DE LA DISTANCE VECUE DANS LA SCHIZOPHRENIE**

La partie précédente de ce travail s'intéressait à la psychopathologie de la perturbation de l'espace vécu dans la schizophrénie sous l'angle de la phénoménologie, avec une perspective à la première personne. Nous allons maintenant voir comment ce travail théorique peut s'appliquer à travers des approches expérimentales.

##### A) L'expérience spatiale anormale dans la schizophrénie

Stanghellini et Al (19) étudie l'expérience spatiale chez 301 patients souffrant de schizophrénie. Cette étude qualitative cherche à étudier cette perturbation expérientielle afin de comprendre la nature de l'expérience spatiale anormale (ESA). Il définit l'ESA comme une conscience anormale de l'environnement qui affecte son extension, ses distances ou ses propriétés perspectives, ainsi que les caractéristiques des choses ou des personnes. Cette étude décrit et nous donne un aperçu détaillé du monde vécu schizophrénique. Celui-ci est illustré par les travaux de Conrad sur la distance vécue. La clinique qu'il rapporte est ensuite mis en parallèle avec l'examen de l'expérience anormale du monde (EAWM) (32). Il s'agit d'une étude rétrospective sur les dossiers cliniques de 550 patients consécutifs souffrants de schizophrénie et de troubles affectifs interrogés entre 1979 et 1993 par un psychiatre senior expérimenté. Les patients ont été évalués par le biais d'entretiens cliniques dans le cadre d'un programme de "seconde opinion". Les diagnostics ont été établis en conformité avec le DSM III puis réattribués selon le DSM 5. Les 198 patients souffrant de schizophrénie aiguë présentaient une exacerbation clinique survenue au cours du dernier mois, confirmée par des changements majeurs dans la pharmacothérapie ; les 103 patients souffrant de schizophrénie chronique ont une durée de maladie continue d'au moins 2 ans. Les données ont été recueillies par le biais d'un entretien semi-structuré avec questions ouvertes. L'objectif n'était pas de trouver un modèle explicatif mais d'obtenir des données qualitatives grâce à la méthode de recherche qualitative (CQR) qui permet de faire ressortir les caractéristiques typiques des données subjectives recueillies.

Les principaux résultats sont les suivants :

I/ Les ESA sont une caractéristique pertinente de la schizophrénie (70,1% des patients ont rapporté au moins 1 ESA).

II/ Les ESA dans la schizophrénie sont caractérisés par 5 catégories principales de phénomènes (listés de plus représentés à moins représentés) :

- des expériences d'étrangeté et de non-familiarité
- expériences de centralité/invasion de l'espace péri personnel
- altération de la qualité des choses
- altération de la qualité de l'environnement
- itemisation et saillance perceptive

III/ Les ESA sont beaucoup plus fréquents chez les patients atteints de schizophrénie aiguë (91,9%) que chez les patients atteints de schizophrénie chronique (28,15%).

Pour obtenir ces résultats, les auteurs ont relié chaque phénomène pathologique à des items de l'EAW. Voici un tableau résumant les correspondances utilisées :

PHENOMENE	SOUS-PHENOMENE	ITEM EAW
1. Étrangeté et méconnaissance	1.1 Atmosphère étrange 1.2 Étrangeté des propriétés expressives des personnes	1.7.Perturbations de la distance perceptive ou de la juxtaposition d'objets  1.7.1 Les objets semblent plus proches ou plus éloignés*.  1.7.2 Perturbation de la relation spatiale relative (juxtaposition) des objets.  1.7.3 Perturbations générales de l'estimation de la distance
2. Expériences de centralité/invasion de l'espace péri personnel		6.10 Sentiment de centralité

<p>3. Expériences d'altération de la qualité de l'environnement</p>	<p>3.1 Modification de l'extension de l'environnement</p> <p>3.2 Désorientation spatiale</p>	<p>1.3 Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions visuelles</p> <p>1.3.1. Les illusions visuelles</p> <p>1.3.2 Hallucinations visuelles</p> <p>1.3.3 Pseudo-hallucinations visuelles</p> <p>1.6. Changements de la qualité, de la taille ou de la forme des perceptions visuelles</p> <p>1.6.1 Modifications de la couleur des perceptions visuelles</p> <p>1.6.2 Micropsies/macropsies</p> <p>1.6.3 Dismégalopsie</p> <p>1.6.4 Métamorphopsie</p> <p>1.6.5 Autres distorsions</p>
<p>4. Altération de la qualité des choses</p>	<p>4.1 Altération des couleurs</p> <p>4.2 Altération des propriétés géométriques</p>	<p>1.8. Expériences déformées de l'espace</p> <p>1.8.1 Diminution de l'orientation perspective</p> <p>1.8.2 Perte d'orientation topographique</p> <p>1.8.3 Perte d'intégrité ou de structure spatiale</p> <p>1.8.4 Perte de dimensionnalité</p>
<p>5. L'itemisation et la saillance perceptive</p>		<p>1.3. Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions visuelles</p>

		1.3.1 Les illusions visuelles
		1.3.2 Hallucinations visuelles
		1.3.3 Pseudo-hallucinations visuelles

Tableau 3 : Correspondance entre phénomènes anormaux et item EAWE

Cette étude confirme l'importance de la perturbation de l'espace vécu chez le patient souffrant de schizophrénie. Elle peaufine notre connaissance des phénomènes anormaux rencontrés. Ceci nous permet de mieux appréhender le monde schizophrénique. Les limites de cette étude sont la nature archivée des données, l'absence de test cognitif, et le manque de données sur les effets possibles des antipsychotiques.

## B) EAWE : Examination of Anomalous World Experience

EAWE est un entretien semi-structuré d'orientation phénoménologique récemment conçu afin d'explorer les anomalies qualitatives de l'expérience d'une personne. Elle s'intéresse à son « monde vécu ». EAWE est divisé en six sous-échelles : 1) Espace et objets, 2) Temps et événements, 3) Autres personnes, 4) Langage, 5) Atmosphère, et 6) Orientation existentielle. Chaque échelle comprend entre 6 et 17 items avec un total de 75 items. Ces six sous-échelles correspondent aux six grands domaines de l'expérience subjective du monde. EAWE est proposée comme un instrument complet visant à évaluer l'expérience subjective du monde dans sa globalité. EAWE a pour objectif d'aider le chercheur et le clinicien à mieux comprendre le vécu subjectif du patient et son rapport au monde. Elle peut permettre d'aider aussi les personnes à partager des expériences subtiles parfois difficiles à verbaliser. Bien qu'EAWE puisse être utilisée pour explorer divers troubles, l'instrument se concentre principalement sur les anomalies expérientielles retrouvées dans le spectre de la schizophrénie. Les items sont basés sur des descriptions à la première personne issues des travaux de psychopathologie phénoménologique, de la théorie phénoménologique, d'expériences cliniques des auteurs et ont été affinées grâce à des

entretiens et des conversations avec des personnes souffrant de trouble du spectre schizophrénique. EAWÉ nécessite pour sa passation une bonne connaissance de la psychopathologie phénoménologique. Certains items d'EAWÉ sont suivis par un astérisque, ils indiquent les items pouvant être également retrouvés dans d'autres troubles psychiatriques. L'hypothèse des auteurs et de la phénoménologie psychiatrique en général est que certaines formes d'expériences du monde et du soi sont caractéristiques du trouble du spectre schizophrénique et peuvent être retrouvées dans les états pré-morbides, marquant ainsi une certaine vulnérabilité. Bien qu'EAWÉ soit susceptible d'avoir une signification diagnostique, aucune étude à ce jour n'en a apporté la preuve. Pour le moment, on ne retrouve que quelques études utilisant EAWÉ chez des patients avec un trouble du spectre schizophrénique (33), (34), (35),(36), <sup>1</sup>. Les résultats de ses travaux suggèrent des profils d'expérience du monde très hétérogènes. Des recherches futures sont nécessaires pour évaluer quels items parmi les nombreuses expériences du monde anormales incluses dans EAWÉ sont potentiellement caractéristiques et discriminants pour le trouble du spectre schizophrénique. L'item se rapportant à l'espace vécu est l'item 1) Espace et objet ainsi que le sous-item 6.10 Sentiment de centralité, appartenant à l'item 6) Orientation existentielle. Voici une figure montrant tous les items ainsi que les sous-items correspondants :

---

1	<b>Espace et Objets</b>
1.1	<i>Intensité anormale ou persistance des perceptions visuelles</i>
1.1.1	Augmentation de l'intensité des perceptions visuelles*
1.1.2	Diminution de l'intensité des perceptions visuelles *
1.1.3	Récurrence ou prolongation des stimuli visuels
1.2	<i>Cécité ou cécité partielle</i>
1.2.1	Vision floue*
1.2.2	Vision partielle
1.2.3	Cécité transitoire
1.3	<i>Perturbations de la véracité (exactitude) des perceptions visuelles*</i> .
1.3.1	Illusions visuelles*
1.3.2	Hallucinations visuelles*
1.3.3	Pseudo-hallucinations visuelles*
1.4	<i>Fragmentation visuelle</i>
1.4.1	Fragmentation des objets
1.4.2	Fragmentation d'une scène
1.4.3	Captivation de l'attention par des détails isolés
1.5	<i>Désorganisation ou stabilité perturbée de l'objet</i>
1.5.1	Contours d'objets désorganisés
1.5.2	Perte de stabilité perceptive
1.6	<i>Changements de la qualité, de la taille ou de la forme des perceptions visuelles</i>
1.6.1	Changements de couleur des perceptions visuelles
1.6.2	Micropsies/macropsies
1.6.3	Dysmégalopsie
1.6.4	Métamorphopsie
1.6.5	Autres distorsions
1.7	<i>Perturbations de la distance perceptive ou de la juxtaposition des objets</i>
1.7.1	Les objets semblent plus proches ou plus éloignés*
1.7.2	Perturbation de la relation spatiale relative (juxtaposition) des objets.
1.7.3	Perturbations générales de l'estimation de la distance
1.8	<i>Expériences déformées de l'espace</i>
1.8.1	Diminution de l'orientation perspectiviste
1.8.2	Perte de l'orientation topographique
1.8.3	Perte de l'intégrité ou de la structure spatiale
1.8.4	Perte de dimensionnalité
1.8.5	Expérience de l'espace infini
1.8.6	Inversion figure/fond
1.8.7	Expérience affective de l'espace*
1.9	<i>Intensité ou persistance anormale des perceptions auditives</i>
1.9.1	Augmentation de l'intensité des perceptions auditives*
1.9.2	Diminution de l'intensité des perceptions auditives*
1.9.3	Conscience accrue des sensations auditives de fond
1.9.4	Récurrence ou prolongation des stimuli auditifs
1.10	<i>Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions auditives*</i>
1.10.1	Illusions auditives*
1.10.2	Hallucinations auditives*
1.10.3	Pseudo-hallucinations auditives*
1.11	<i>Autres modifications de la qualité des perceptions auditives</i>
1.12	<i>Problèmes de localisation des sons</i>



1.13	<i>Perturbations des autres sens*</i>
1.13.1	<i>Perturbations tactiles*</i>
1.13.2	<i>Perturbation gustative*</i>
1.13.3	<i>Troubles olfactifs*</i>
1.14	<i>Synesthésie ou perception concomitante anormale*</i>
1.15	<i>Dissociation ou isolement des perceptions sensorielles</i>
1.16	<i>Troubles de la reconnaissance ou de l'identification d'un objet de perception</i>
1.17	<i>Perte des limites ou de la démarcation avec le monde physique.</i>

Figure 1 Traduction en français de la partie Espace et objet d'EAWÉ : items et sous items

## **V. ETUDE : EXPLORATION DE LA PERTURBATION DE LA DISTANCE VECUE DANS LES TROUBLES DU SPECTRE SCHIZOPHRENIQUE, UNE ETUDE QUALITATIVE D'ORIENTATION PHENOMENOLOGIQUE**

### A) Matériel et méthode

La participation à ce projet a été ouverte aux patients hospitalisés en psychiatrie dans le secteur 13014 au C.H. Edouard Toulouse ainsi qu'aux patients ayant un suivi ambulatoire au CMP du secteur 13005. Les participants devaient avoir entre 18 et 65 ans et d'être d'expression française. Tous les participants ont été informés par oral, par une notice d'information écrite et ont donné leur consentement par écrit.

Nous avons inclus 6 patients avec un trouble du spectre schizophrénique, ainsi que deux patients présentant un trouble de l'humeur sans schizophrénie associée. Ces deux patients sont des patients témoins.

Les participants étaient reçus en entretien pendant environ une heure. Ils étaient d'abord interrogés sur leur histoire de vie et sur l'expérience de leur maladie (symptômes, diagnostic, antécédent d'hospitalisation...) avant de se centrer sur l'exploration de la distance vécue. Lors de l'évocation de leur biographie et de l'histoire de leur maladie, de nombreux éléments spatiaux sont spontanément verbalisés. Ensuite, des questions ouvertes sur l'expérience de la distance et ses éventuelles modifications au cours des troubles leur sont posées. Finalement les items EAW se rapportant à la distance sont évoqués. Les items ont été préalablement traduits.

L'objectif principal est exploratoire : récolter des données qualitatives sur l'expérience de la distance chez ces patients afin de mieux se représenter leur vécu subjectif et orienter les recherches futures.

## B) Résultats

### 1) M.F.

M. F est un patient de 24 ans, hospitalisé lorsque je le rencontre. Il présente un diagnostic de schizophrénie. Le premier contact avec la psychiatrie survient lorsque M.F est âgé de 19 ans. M.F habitait en dehors de Marseille, chez sa grand-mère maternelle, avec sa petite-amie. Tout d'abord il est orienté pour un suivi en CMP. Il présente des idées délirantes et des HAV, un traitement antipsychotique est instauré. Il était alors un gros consommateur de cannabis. M.F s'installe à Marseille en 2017 à la suite d'une rupture sentimentale. Il vit chez sa mère et travaille en cuisine. Une recrudescence d'éléments de persécutions pousse M.F. à la démission. Il sollicite le CMP pour reprendre un suivi à Marseille. Dans son dossier, il est noté un vécu de centralité à ce moment (*EAWÉ 6.10 Sentiment de centralité*). Devant le repli sur soi et la non-recherche de travail, M.F est mis à la porte par sa mère. Il s'installe dans l'appartement de son père, incarcéré. Au bout de quelques jours, il s'installe de nouveau chez la mère. Un soir de février 2018, M.F se dispute avec le « cousin » de sa mère, qui est en réalité son beau-père. Lorsqu'il part se coucher, M.F ressent « une montée de chaleur » qui l'envahit. Il sort du logement, marche un certain temps tout en s'alcoolisant. Il « sent » qu'il a besoin de rentrer chez sa mère. S'ensuit un malaise, lorsque M.F ouvre les yeux, ses mains sont recouvertes de sang. Il tient un couteau. Il ère de nouveau dans la rue, s'alcoolise. Le patient décrit un sentiment d'étrangeté (*EAWÉ 5.14.3 étrangeté indéterminée, EAWÉ 1.7 Perturbations de la distance perceptive ou de la juxtaposition des objets*), « je sentais que mon corps bougeait tout seul ». Quelques jours plus tard, M.F est hospitalisé en psychiatrie suite à une non-compatibilité avec la garde à vue. M.F. est placé en chambre d'isolement, en SDRE. Il présente des éléments délirants, mystique et à type de persécution, une désorganisation idéo-affective et semble halluciné. Il est froid, distant dans le contact. Lorsqu'il est interrogé sur son passage à l'acte, M.F dit avoir agi sous influence, il est victime d'un complot et n'a que peu de souvenir du geste. Plus tard, l'amélioration de son état clinique, lui permet de sortir de sa chambre d'isolement. Il demande à plusieurs reprises de voir un rabbin. M.F se sent ensorcelé par son beau-père. Après quelques jours, il présente un fléchissement thymique avec des idées de culpabilités. Il y a un amendement des idées délirantes et des hallucinations. A sa sortie, il décide d'habiter avec son père, récemment sorti de prison. Un relais de prise en charge ambulatoire est organisé au CMP avec un programme de soins. M.F prend son traitement de manière irrégulière. Il travaille en cuisine, change

plusieurs fois de poste à la suite de difficultés relationnelles. En désaccord avec la nécessité de soins, il engage des procédures judiciaires pour lever son programme de soins. M.F est de nouveau hospitalisé en juin 2021 à la suite d'une recrudescence symptomatique. Le patient présente des éléments délirants, une dissociation psychique et un trouble du cours de la pensée. Il se dit victime du système, de la mafia. Il existe une désorganisation idéo-affective, le patient est froid et hermétique. Il est dans le déni des troubles et juge son hospitalisation abusive. Je le rencontre dans ce cadre. M.F. accepte de faire partie de l'étude sans aucun problème. Il est calme et volontaire. Son discours est fixé sur l'énoncé de mon étude, M.F présente une rigidité idéique. Il est loquace sur des éléments abstraits, intellectualisé de manière excessive. Il est difficilement flexible quant à mes remarques ou mes questions, préférant garder le cap sur des réflexions diffuses. Il est difficile d'avoir accès aux affects de M.F, celui-ci présente une désorganisation idéo-affective et rationalise son vécu affectif. Cependant des éléments spatiaux sont abordés spontanément à de nombreuses reprises, sans que je n'aie à le diriger. Ensuite, M.F. se reconnaît dans les items EAWÉ étudiés et verbalise de manière fluide son vécu.

M.F. commence par me parler de sa spiritualité. Il justifie son intérêt soudain pour les différentes religions à la suite d'une « modification des perceptions...chacun choisi son orientation en fonction de ce qu'il est le plus apte à comprendre ». M.F décrit une modification de la perception (*EAWÉ 1.7 Perturbations de la distance perceptive ou de la juxtaposition des objets ; EAWÉ 1.7.1 Les objets semblent plus proches ou plus éloignés ; EAWÉ 1.7.2 Perturbation de la relation spatiale relative (juxtaposition) des objets ; EAWÉ 1.7.3 Perturbations générales de l'estimation de la distance*). M.F. se compare à « Saint Thomas qui a cru seulement lorsqu'il a vu ». C'était comme « un rêve extralucide, je n'étais pas exalté, juste étonné (...) Tout est là et tout est irréel à la fois. Faisons-nous un rêve commun ? ». M.F. décrit l'atmosphère délirante, où tout semble irréel et artificiel. Plus tard lorsque je le questionne sur une mise en scène de l'environnement, M.F. répond « le malade imaginaire de Truman, ça m'est arrivé en bouffée délirante ». (*EAWÉ 1.3 Trouble de la véracité des perceptions visuelles ; EAWÉ 1.6 changement de la qualité, de la taille ou de la forme des perceptions visuelles, EAWÉ 5.1 déréalisation du monde ; 5.1.4 Fausseté*). Plus loin il dira « Je voyais des gens déformés, c'était des mises en scène, des morts qu'ils ont épinglés et ils faisaient croire qu'ils étaient vivants ». M.F. va ensuite expliquer cette nouvelle perception par « les réceptacles », il poursuit « normalement les réceptacles sont bouchés et donc nous n'avons pas accès à l'invisible mais moi j'ai su libérer certains réceptacles qui me

permettent de voir l'invisible, l'alter ego permet d'émailler l'invisible ». Ceci est propice au développement d'idées délirantes mystiques (*EAWÉ 5.15 Expérience quasi-mystique*). L'ouverture des réceptacles le rapproche du sacré, M.V. voit une forme ressemblant à un ange. Dans cette nouvelle atmosphère, les éléments vont prendre une signification particulière. « Lorsque j'ai reçu mon premier jeu vidéo, j'ai vu la signification derrière le boîtier. Je pensais que tout le monde le voyait mais ce n'était pas le cas ». D'ailleurs « derrière chaque marque il y a une signification difficilement accessible, lors de la prière j'ouvre mes réceptacles. Nous sommes tous comme une porte ». (*EAWÉ 5.8 Manière anormale d'attribuer ou de percevoir le sens*). Un nouveau sens autoréférencé est attribué aux objets. (*EAWÉ 5.14.2 Autoréférentialité*). M.F. décrit également un vécu de centralité (*EAWÉ 6.10 sentiment de centralité*). « J'étais très mal, mon corps devait récupérer. Je pensais à 30 personnes en même temps, je recevais tout ce qu'il y avait à recevoir. Le plus dure n'est pas de monter au sommet, c'est d'y rester. Les maladies psychiques, c'est de se lever au sommet et de tout perdre ». M.F. décrit clairement être le réceptacle de tout ce qui se passait autour de lui, des 30 personnes qui l'entouraient. Pour le patient c'est cette centralité qui rend euphorique et qui en quelque sorte fait la psychose. Actuellement il ne réagit plus de la même manière, « je vis de manière cartésienne, c'est-à-dire que je garde les choses pour moi de manière sereine. Je suis mon propre cow-boy ». M.F. décrit une possibilité de se détacher de l'expérience de centralité afin de rester dans la maîtrise.

M.F. exprime aussi un vécu solipsiste, « J'arrivais à autogénérer des formes avec les murs, il fallait se concentrer sur le cubisme. Le cubisme pouvait ensuite rester dans mon œil ». (*EAWÉ 5.13.1 Solipsisme ; EAWÉ 1.7 Perturbation de la distance perceptive ou de la juxtaposition d'objets*). L'hyperréflexie est à l'origine d'une modification de l'environnement, autogénérée. Ce solipsisme est ensuite mis à mal par « un esprit » qui contrôle M.F. « J'ai laissé ça progresser. Je l'ai laissé à cet esprit, mais cet esprit m'a beaucoup aidé. Maintenant j'ai une relation différente avec cet esprit. Allez savoir qui est cet esprit. Il me dit que quelqu'un va appeler puis quelqu'un appelle. Maintenant j'arrête de convoquer cet esprit, il m'a assez donné ». M.F. décrit cet esprit comme une force mystérieuse qui semble contrôler le monde. Différents événements comme une voix hallucinatoire et un appel téléphonique sont rattachés, sans explication supplémentaire. Il n'y a pas de coïncidence. M.F. banalise ce déterminisme « On a tous cette phrase 'oh je t'ai vu et grâce à ça il m'est arrivé ça ' » (*EAWÉ 5.11.1 Les actions ou les événements semblent contrôlés par une force ou une volonté extérieure ; EAWÉ 5.11.2 Les actions ou les événements semblent prédéterminés ou planifiés*).

M.F. rencontre aussi des difficultés à se distancier des autres. Il décrit de nombreuses intrusions psychiques et vols de pensées. « Je peux me mettre dans une aura et recevoir ce que je veux recevoir, mes propres pensées, je ne pense pas qu'en silence, tout le monde pense, ça fait des attroupements de pensées, ensuite je filtre le brouhaha. Dans un équilibre je dois rendre ce que je reçois, et ça peut me rendre malade ». Les pensées d'autrui se confondent avec les siennes. Il n'arrive pas à se libérer des autres individus, « je sais quand quelqu'un m'a pris en grippe. Les gens me prennent dans la tête ».

Tout au long de l'entretien, M.F. décrit de nombreuses perturbations de la distance vécue. Il décrit une atmosphère délirante qu'il vit comme un trouble perceptif. Les personnes ressemblent à des morts ressuscités, le décor est mis en place comme dans le Truman show. M.F. a aussi vécu un sentiment de centralité, extrêmement anxiogène, où il captait les pensées de toutes les personnes environnantes. Il a d'ailleurs toujours du mal à se distancier d'autrui, il vit des vols de pensées et une intrusion psychique. Enfin M.F. présente un vécu solipsiste où il modifie les qualités des objets ambiants. Il en résulte que le monde vécu par M.F., où la distance vécue est nulle, semble dirigée par un « esprit », omniscient et qui prévoit l'avenir. M.F. vit dans le déterminisme, tout est bouclé par avance et il n'y a plus de coïncidence.

## 2) M.T

M.T est un patient de 28 ans, actuellement hospitalisé psychiatrie, souffrant d'un trouble schizoaffectif. M.T est régulièrement hospitalisé pour des décompensations anxio-délirantes. En inter crise, il décrit fréquemment un vécu de concernement, des idées délirantes de référence et sent qu'il ne maîtrise plus ses pensées. Ce vécu est assez fluctuant. Son évolution est à mettre en parallèle avec son niveau d'anxiété. Il est ambivalent quant à la prise de traitements. Ceux-ci l'aident à diminuer l'envahissement psychique, mais ils l'empêchent « d'accéder à la vérité ». Une des hospitalisations de M.T. date de 2016, M.T présente alors une tension interne importante, un vécu de transformation sexuelle, et d'influence externe. M.T est persuadé d'être ensorcelé, qu'on essaie de le faire passer pour un fou. Il présente également des hallucinations olfactives et cénesthésiques. Il est hospitalisé à la suite d'une fracture au pied, il s'est jeté du pont de l'autoroute pour se prouver qu'il était bel et bien un

homme. Il voulait aussi punir ses mauvaises pensées. M.T. est aussi handicapé dans ses relations sentimentales, de manière délirante, il pense être victime de nombreuses tromperies. Il présente également des faux-souvenirs. Il s'est rendu au commissariat au décours d'une affaire de délit de fuite après une collision automobile. Les policiers n'ont constaté aucune trace de collision sur son automobile. Ses faux-souvenirs sont très anxiogènes et questionnent M.T. Selon ses parents, son état sthénique est fluctuant. Lorsque M.T. est tendu, il reproche souvent à ses parents des faits anciens. Les soins hospitaliers atténuent ses symptômes et M.T. sort d'hospitalisation avec un relais ambulatoire. Durant ce suivi, M.T. présente des épisodes où il perçoit « un autre monde ». Il y a alors une impression de suspension du temps, de déréalisation avec beaucoup de pensées imposées. M.T. est de nouveau hospitalisé à 25 ans sous contrainte de soins, pour une symptomatologie similaire. Il présente un vécu de concernement, tout le monde est au courant de sa transformation sexuelle. En conséquence, il a voulu s'engager dans la légion afin de prouver qu'il « restait un homme », et ainsi « garder sa dignité ». Pour M.T, soit il rentrait dans la légion, soit il se suicidait. Il sort d'hospitalisation puis quelques mois plus tard, M.T est de nouveau hospitalisé suite à une incompatibilité à la garde à vue. Il venait d'agresser un policier lors d'un contrôle routier. Il est hospitalisé en SDRE. Il est très hostile, se sent persécuté par les soignants qui « sont tous au courant » (*EAWÉ 6.10 Sentiment de centralité*). Il est halluciné et présente des idées délirantes. M.T. dénie totalement ses troubles psychiques. M.T se dit être ensorcelé. Il décrit un automatisme mental avec des souvenirs anciens imposés, et qui apparaissent de manière brutale (*EAWÉ 5.11.1 Les actions ou les évènements semblent contrôlés par une force ou une volonté extérieure ; EAWÉ 5.11.2 Les actions ou les évènements semblent prédéterminés ou planifiés*). Il décrit un vécu d'étrangeté, il a l'impression d'être surveillé, que sa maison n'est pas réelle et on l'a « monté de toute pièce, les visages sont déformés, la télé se transforme, le portail de la maison est couvert de toiles d'araignées qui tombent de nulle part » (*EAWÉ 5.1.4 Fausseté, 5.7.3 monde vécu comme incohérent*). Il a eu l'impression de voir un œil l'observer à travers son téléphone, il s'en est débarrassé. Il présente un délire de filiation, ses parents ne sont pas ses vrais parents. Ceux-ci auraient dit à M.T. qu'ils l'avaient « trouvé dans une poubelle à l'âge de 11 ans ». Un soir, « à la place du reflet de ma mère dans le miroir de la salle de bain, j'ai vu furtivement le visage d'une femme » (*EAWÉ 1.3 Trouble de la véracité des perceptions visuelles ; EAWÉ 1.6 changement de la qualité, de la taille ou de la forme des perceptions visuelles, EAWÉ 5.1 déréalisation du monde*). Le patient s'isole régulièrement dans sa chambre pour « éviter les stimulations ». Il est ensuite régulièrement hospitalisé pour des états similaires. Je le rencontre dans ce contexte. M.T. est de bon contact, souriant. Il est

capable de décrire de façon assez précise son vécu. Il est cependant dans le déni de sa pathologie psychiatrique et est persécuté par des membres de l'équipe soignante. Au fur et à mesure de l'entretien, M.T. va se montrer de plus en plus méfiant. A la fin de l'entretien, certaines questions le dérangent, avec un sentiment d'intrusion psychique.

M.T parle spontanément de troubles de la distance vécue. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de ressentir une atmosphère délirante. « J'ai déjà eu l'impression que tout était bizarre, je ne sais pas comment dire, pour moi ça avait un lien avec le diable. Comme si je voyais un flou devant moi. J'étais dans un quartier où je jouais aux boules, j'habitais dans ce quartier. Le quartier me semblait bizarre, un genre de voile blanc, translucide ». Cette atmosphère délirante et les troubles perceptifs vont entraîner les idées délirantes mystiques (*EAWÉ 1.3 Trouble de la véracité des perceptions visuelles ; EAWÉ 1.6 changement de la qualité, de la taille ou de la forme des perceptions visuelles, EAWÉ 5.1 déréalisation du monde ; 5.1.4 Fausseté*). Les individus vont apparaître étranges, avec de fausses reconnaissances « J'ai déjà cru voir quelqu'un. Le visage de la personne s'est légèrement modifié et j'ai cru reconnaître quelqu'un, mais ce n'était pas lui ». Aussi, les objets se déforment, changent de taille, ceci renforce le climat d'irréalité. « J'ai cru voir des objets se déformer, je ne sais pas si c'est réel ou irréel. J'ai fixé une coupelle fixée au mur. Cette coupelle, en la regardant, peut être par télékinésie, j'ai eu l'impression qu'elle grossissait. Le lustre de ma chambre se déformait. J'essayais de rester réveillé et de me concentrer mais l'irréel m'envahissait. Je pense que l'irréel existe ». Cette modification du monde du patient va être à l'origine de questionnements. M.T. va chercher des solutions dans le mystique, dans les énergies. « Je crois beaucoup aux énergies depuis peu, en lisant des livres. C'est dans cette voie. Ça va me faire du bien. Ce sont des choses qu'on ne voit pas et qu'on n'entend pas mais qui existe ». (*EAWÉ 5.15 Expérience quasi-mystique*). M.T. présente un vécu de concernement. Les énergies mystiques cherchent à communiquer avec lui. Il doute des personnes qui l'entourent, ne sachant s'il ne s'agit pas d'un piège dont il serait la victime. « Un jour, un soignant a ouvert une porte et j'ai entendu un rire malsain. Le soignant ne l'avait pas entendu. Je me suis demandé s'il l'avait vraiment entendu ou non. Je me suis dit que le rire m'était destiné. Peut-être l'irréel essaie de communiquer avec moi. Mais sans être en crise, j'ai des problèmes de confiance, sans arrêt j'ai des doutes sur les autres, ça me ronge ». En conséquence, les différents événements sont tous intriqués, reliés et forment un tout, visant le patient. « J'ai appris qu'une personne proche du service est décédé, juste avant, durant la matinée une soignante parlait au téléphone avec une voix étrange, un chuchotement dans une langue



étrangère. Je pensais que la voix m'était destinée. Je pensais qu'il y avait un rapport entre cette voix et le décès de la personne ». Il n'y a plus de coïncidence, tout est enveloppé par un projet initié par les énergies, le diable et dont le patient est victime. (*EAWÉ 5.8 Manière anormale d'attribuer ou de percevoir le sens ; EAWÉ 5.14.2 Autoréférentialité*). Deux sensations étranges peuvent également être relié de manière pathologique. « Les forces du mal me mettent des bâtons dans les roues. Elles ont des influences sur moi, elles me font cligner des yeux. Il s'est passé quelque chose lorsque ma grand-mère m'a donné une bible, un moment je l'ai lu et j'ai reçu une pique dans la poitrine, je l'ai fermée ». M.T. décrit également un vécu de centralité. « J'avais l'impression que tout le monde me connaissait, qu'ils me voulaient quelque chose. Je me demandais pourquoi tout le monde me connaissait. Est-ce que tout se sait dans la vie ? Est-ce que tout le monde sait tous de tout le monde ? ». Il existe des symptômes de vols de pensées, d'intrusion psychique (*EAWÉ 6.10 sentiment de centralité*). Le vécu hallucinatoire est directement en contact du patient, qui le vit de manière très envahissante. « J'avais l'impression qu'on me suivait. Ce sont des ressentis et des visions de diable. Le diable m'apparaît clairement volant au-dessus de moi. J'avais l'impression qu'on m'a violé, j'ai fait de la parano après ça. J'ai l'impression de ressentir beaucoup de choses, lorsque quelqu'un s'assoit près de moi je me lève. Je ressens beaucoup de choses qui m'envahissent. J'ai l'impression de perdre mon énergie ».

M.T. décrit des troubles perceptifs en lien avec une perturbation de la distance vécue. Il en résulte un monde réduit à la volonté du diable ou des énergies. Tous les événements vont dans ce sens et M.T. en est victime. Il ne peut plus investir se monde, ne faisant confiance à personne. Il se retrouve au milieu d'une mécanique dont il ignore les tenants et les aboutissants.

### 3) Mme N.

Mme N. est une patiente de 44 ans, actuellement suivi de manière mensuelle pour une schizophrénie paranoïde. Elle est traitée par un antipsychotique retard. La patiente vit à son domicile avec ses deux jumeaux de 5 ans, elle a une fille plus âgée dont la garde lui a été retirée en 2014 à la suite d'un signalement du voisinage pour « troubles du comportement » et

« maltraitance ». Parmi les membres de sa famille proche, elle peut compter sur ses deux parents, divorcés, et son frère. Les relations sont fluctuantes, pouvant devenir conflictuelles. Elle n'a plus de lien avec le reste de la fratrie. Mme N. est actuellement à la recherche d'un nouvel appartement et aussi d'un nouveau travail. Elle ne travaille plus depuis une quinzaine d'année. La patiente évoque un « syndrome dépressif » dans sa jeunesse ayant nécessité la prise d'un antidépresseur, elle ne souhaite pas davantage s'étendre sur le sujet.

Les premières notions de troubles psychotiques sont survenues il y a une quinzaine d'année. Mme N. occupait alors un poste important à l'office national de l'immigration. Elle a alors développé des symptômes de persécution envers ses collègues de travail, lui faisant perdre son poste. Sa santé mentale s'est ensuite détériorée progressivement. Mme N. présentait des hallucinations auditives et elle était très délirante. Les répercussions comportementales ont entraîné de nombreuses plaintes de la part du voisinage. Ceci a eu pour conséquence une enquête, et Mme N. perd la garde de sa fille. Celle-ci est alors âgée de 12 ans. Mme N. commence un suivi psychiatrique en libéral, ratant régulièrement ses rendez-vous. En 2014, Mme N. est amenée aux urgences psychiatriques, les voisins ont appelé par les pompiers. Ceux-ci se plaignent de troubles du comportement répétés. La patiente est placée en chambre d'isolement, une mesure de soins sous contrainte est instaurée. Mme N. est alors enceinte de ses deux jumeaux. Depuis le placement de sa fille, Mme N. présente des rapports très conflictuels avec ses voisins et les différents membres de sa famille. Régulièrement elle menace de mort ceux-ci. Elle se promène en permanence avec un couteau. La mère de Mme N. ne sort plus de son domicile par peur de sa fille. Parmi les troubles du comportement rapportés, Mme N. déambulerait de manière inhabituelle dans la rue, elle présente un discours incohérent et agit comme si elle présentait des superpouvoirs. Les éléments de persécutions sont rapportés à tout son entourage immédiat, surtout les femmes. Mme N. pense qu'on en veut à sa grossesse, on voudrait « lui prendre le pouvoir ». Elle présente aussi des hallucinations auditives, elle entend les voisines se moquer d'elle et celles-ci cherchent à séduire les différents hommes de sa vie. Concernant ses superpouvoirs, Mme N. lit dans l'avenir. Régulièrement elle aurait des comportements auto-agressifs envers son ventre. Mme N. présente une adhésion totale aux éléments délirants et nie toute possibilité de trouble psychiatrique. Elle est ensuite transférée en hospitalisation à temps plein. Le contact avec le personnel est très fluctuant. Un traitement par antipsychotique est instaurée, l'état clinique de Mme N. s'améliore rapidement. L'appartement de Mme N. est insalubre, une expulsion est

mise en place quelque jours avant la sortie d'hospitalisation. Elle sort avec un programme de soins, une ordonnance d'antipsychotique et loge chez sa mère avec ses deux jumeaux.

Elle honore son suivi pendant un an puis ne se présente plus aux consultations. Elle arrête d'elle-même son traitement, celui-ci l'ayant fait prendre du poids. En 2020, Mme N. est de nouveau amenée aux urgences par les pompiers. Elle a eu une altercation dans la rue. D'après les proches, cela fait 6 mois qu'elle présente une recrudescence délirante et hallucinatoire. Les symptômes sont semblables à la première hospitalisation, elle sort trois mois après son entrée avec un antipsychotique et un programme de soins. Elle sera hospitalisée deux mois plus tard sous contrainte, dans un contexte de rupture de traitement. Elle est de nouveau persécutée par son voisinage et sa famille. Elle est hospitalisée moins d'un mois. Un programme de soins est mis en place. Depuis elle honore ses rendez-vous.

Je la rencontre après une consultation de suivi. Mme N. est dans le déni de sa pathologie schizophrénique. Elle a été hospitalisée car elle est « susceptible aux évènements, lorsque ça s'accumule, je fais des grosses crises d'angoisses. Spontanément, elle décrit un vécu de centralité. « Ce n'était pas de la paranoïa, mais beaucoup de personnes autour de moi m'en voulaient » (*EAWÉ 6.10 sentiment de centralité*). Mes questions dirigées sur la perception des objets/personnes ou de la qualité de l'environnement ne sont pas pertinentes pour Mme N., « je ne suis pas psychotique ». Pourtant lorsqu'elle évoque ses décompensations psychiques, la distance vécue est au cœur de son discours. Mme N. se questionne en permanence si les individus de son entourage ne sont pas responsables de ses problématiques sociales. Comme décrit par Minkowski, la patiente est hors du « flot mouvant de la vie », des éléments indépendants de sa vie sont rattachés. Il y a une perte de la notion de hasard, de coïncidence. « Mes proches ont été trop intrusifs, j'ai dû mettre de la distance. Pourtant, ils essayaient quand même de rentrer dans ma vie privée, c'était difficile de les éloigner. Lorsqu'ils faisaient un pas vers moi était-ce pour m'aider ? Ou pour me faire du mal ? Je me posais la question ». « Je dois mettre des œillères, je ne dois pas me focaliser sur ce qui est autour de moi. Comme j'étais angoissée pour tout, si je faisais attention à ce qui m'entoure ce n'était pas possible. Je ne pouvais pas faire attention aux problèmes des autres » (*EAWÉ 5.8 Manière anormale d'attribuer ou de percevoir le sens ; EAWÉ 5.14.2 Autoréférentialité*). Plus tard, lorsque je l'interroge elle explicite de manière précise son vécu de centralité « ils me crient dessus, il existe une autre femme qui a le même nom et prénom que moi dans la rue et c'est envers elle qu'ils crient mais j'ai mis du temps à m'en apercevoir ». L'entretien fut court car Mme N. était

prise par le temps. Cependant ces quelques échanges sur son ressenti de la pathologie mettent spontanément l'accès sur une perturbation des distances vécues.

#### 4) M. L

M. L est un patient de 57 ans qui présente un trouble schizoaffectif. La mère du patient est atteinte de psychose-maniaco-dépressive, il vit avec elle jusqu'à ces 11 ans. Il part ensuite vivre chez son père dans l'Oise. A 14 ans, M.L arrête l'école et travaille comme cultivateur. Son entrée en psychiatrie se fait au début des années 2000. M.L présente des HAV avec des éléments délirants. Il a alors un suivi ambulatoire au CMP et prend un traitement antipsychotique. A la fin des années 2000, le patient est en rémission de ces symptômes, il travaille comme travailleur pair pour une équipe mobile, précarité. Depuis plusieurs années, M.L souffre de poly toxicomanie. Il consomme de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne et d'autres stimulants. Il effectue régulièrement des voyages à Amsterdam et consomme des psychédéliques. Ses addictions ainsi que des prises irrégulières de traitements sont à l'origine de nombreuses décompensations délirantes, nécessitant des hospitalisations. Depuis une vingtaine d'année M.L subit également de nombreux sévices à la suite de dettes découlant de ses consommations. A l'âge de 34 ans, il est séquestré par un trafiquant de drogues à qui il devait de l'argent. En 2019, il décide de partir en voyage à Lourdes ce qui lui permet de se reconnecter à Dieu. Il décide de se sevrer en toxiques et de quitter Marseille. Il ne consomme que du CBD en substitution du cannabis. Le patient est hébergé à Compiègne par un ami. Un an plus tard et en rupture thérapeutique, M.L entreprend de retourner à Marseille. Il est hospitalisé un mois à sa demande pour une recrudescence anxio-délirante et des HAV. A sa sortie, il est suivi au CMP. Il n'a pas de logement stable, il est en arrêt de travail longue durée. M.L. interrompt son suivi psychiatrique et il est hospitalisé deux mois plus tard en juin 2021 pour recrudescence anxio-délirante et troubles du comportement. Un ami qui l'hébergeait a dû l'amener aux urgences à la suite d'une agitation à son domicile. Le patient est amaigri, cerné, et présente des éléments de persécutions. Il est replié au domicile depuis plusieurs semaines et présente une thymie basse. Je le rencontre dans ce contexte. M.L. est calme, volontaire pour répondre à mes questions. Il intellectualise beaucoup son vécu, utilise des interprétations rationnelles et mesure ses propos concernant son vécu de la pathologie. La prise de toxique est très présente dans sa narration. Lorsqu'il parle de son envahissement psychique survenant

lors de décompensation délirante, il livre des notions évoquant la distance vécue. « Lorsque la crise monte, je sens une perturbation de la luminosité. Elle n'est pas meilleure, elle n'est pas pire mais elle change, plus électrique, je ne peux pas vous l'expliquer. J'ai l'impression que les murs se rapprochent, ce n'est pas visuel ce sont les perceptions, j'étouffe en crise » (*EAWÉ 1.6 Changement de la qualité, de la taille, ou de la forme des perceptions visuelles ; EAWÉ 1.6.1 Modifications de la couleur des perceptions visuelles*). Les arabes qui le persécutent, apparaissent également de manière différente. « Les arabes paraissent plus menaçants, mais c'est dans mon interprétation du monde. Pourtant je ne suis pas raciste. Les gens m'empoisonnent avec du GHB ». Il y a aussi un vécu de centralité « Mes sens changent, j'entends mieux, je vois mieux. Et ça me rend parano, j'ai l'impression que les gens parlent de moi, me regardent. Ce ne sont pas des hallucinations, il faudrait que je les enregistre » (*EAWÉ 5.8 Manière anormale d'attribuer ou de percevoir le sens ; EAWÉ 5.14.2 Autoréférentialité ; EAWÉ 6.10 sentiment de centralité*). Aussi, les hallucinations que présente M.L. sont vécues de manières plus ou moins hostiles selon leur distance. « Grace à mon expérience de prises de LSD dans ma jeunesse, je réussis à mettre à distance mes hallucinations ».

## 5) M.P.

M.P est un patient de 41 ans suivi au CMP pour une schizophrénie. Les troubles de M.P ont débuté à l'âge de 18 ans. Il a présenté une bouffée délirante ayant nécessité une hospitalisation sous contrainte à Grenoble. M.P. est régulièrement hospitalisé depuis. Il déménage chez sa mère à Marseille il y a 4 ans. M.P. est replié, son appartement est en mauvaise état. Il est rapidement hospitalisé sous contrainte. M.P. présente des éléments de persécutions, un envahissement hallucinatoire. Il y a aussi des troubles du comportement, le patient ère la nuit en s'alcoolisant, ce qui inquiète sa mère. L'hospitalisation dure 2 mois, il sort avec un suivi ambulatoire. Quelques mois après sa sortie, M.P. s'exile en Thaïlande. Il ne prend plus ses traitements, il est incarcéré pour avoir dépassé son visa de séjour. Devant son état clinique, il est transféré à l'hôpital psychiatrique. Il est ensuite rapatrié en France. Le contact est étrange avec des rires immotivés, un résonnement paralogique, et une désorganisation du discours. M.P. sera hospitalisé trois mois. M.P. est de nouveau hospitalisé

après quelques mois en SDRE à la suite de troubles du comportement. Il est jugé non compatible à la garde à vue. M.P. a été arrêté alors qu'il jetait des pierres sur la voie publique depuis son domicile. M.P. présente des idées délirantes, un discours désorganisé et des hallucinations auditives. Il est hospitalisé huit mois et reprend son suivi ambulatoire. Je le vois dans ce contexte. M.P est volontaire pour s'entretenir avec moi. M.P. est de bon contact, familier, il me tutoie et m'interroge régulièrement sur des questions existentielles de manière inadapté. Il rationalise beaucoup son vécu de la maladie. M.P. pense que son parcours de vie est dû à une incompréhension des autres vis-à-vis de ses idées, des éléments de persécutions sont toujours présents vis-à-vis du système de soins. Le patient insiste sur les différents éléments de vie contraires, qui justifie, selon lui, son parcours. Son insight de la maladie est faible. Il utilise un vocabulaire soutenu avec beaucoup d'abstraction pour illustrer ses propos. La participation affective est désorganisée. M.P. est hermétique sur certain thème, et il choisit ses sujets de conversations. Pour M.P., ses troubles débutent à l'âge de 17 ans, à la suite d'un traumatisme. Le patient ne souhaite pas révéler l'origine de ce traumatisme, et il n'y a pas de trace de ce traumatisme dans son dossier. M.P. compare son vécu pathologique à « la grotte de Platon », « on lui projette des images en lumières, tout d'un coup il voit la vérité, il sort dehors et dit « c'est ça la vérité ». Moi, je voyais des images qui sont des illusions ». A travers cette comparaison, M.P. décrit un vécu d'inauthenticité. C'est d'ailleurs qu'à posteriori que M.P. fait le lien entre ce vécu et le traumatisme, « en prenant conscience de mon traumatisme j'ai pu aller dehors, je devais rechercher les causes de mes peurs puis les affronter, Il y a eu un avant et un après ma connaissance de la cause du traumatisme ». Le monde du sujet est vécu de manière différente, « il y avait la lentille et le conducteur. Tout le monde voit le monde à travers une lentille, c'est le prisme perspectif. Ma lentille a changé lorsque j'ai eu connaissance des causes de mon traumatisme. Tout le monde à sa paranoïa. J'ai accepté ma paranoïa, celle-ci avait un sens. Tu marches avec elle » (*EAWÉ 1.6 Changement de la qualité, de la taille, ou de la forme des perceptions visuelles ; EAWÉ 1.6.1 Modifications de la couleur des perceptions visuelles*). M.P. décrit également un vécu de centralité, qu'il compare aux ondes d'une radio. « Oui j'ai vécu la centralité, c'est normal. On a notre propre radio. Cette chanson « comme à la radio », le cerveau est comme une parabole, ça capte et peut être capté. Tout le monde est capteur, tout est parabole, le champ émotionnel est une fréquence. J'avais tendance à prendre les coups pour moi. C'est une façon que les psychotiques ont tendance à toujours dire oui aux autres » (*EAWÉ 6.10 sentiment de centralité*).

## 6) M.T.

M.T. est un patient de 40 ans, actuellement suivi au CMP pour un trouble schizoaffectif. Les troubles débutent lorsque M.T. à 20 ans. Le comportement du patient change progressivement, il s'isole et présente un contact étrange avec des propos incohérents. Il est rapidement hospitalisé à la suite d'idées délirantes mystiques et de persécution ayant un fort retentissement sur le quotidien de M.T. Il sort au bout de 5 mois avec un suivi ambulatoire. S'en suivent plusieurs hospitalisations, à la suite d'insobriété thérapeutique. A 22 ans, des mouvements anormaux apparaissent, des clignements des yeux, des TICs moteurs et verbaux avec des cris, ces symptômes sont invalidants. Une modification thérapeutique soulage de manière temporaire ses symptômes. Ceux-ci reviennent de manière plus violente quelques semaines plus tard. Le traitement est de nouveau modifié, et une décompensation délirante survient. Il est alors hospitalisé, à 25 ans. Il sort asymptomatique avec un suivi ambulatoire. Les cris compulsifs viennent de nouveau perturber le patient. Il interrompt son suivi et M.T. est hospitalisé à 26 ans suite à des troubles du comportement hétéro-agressifs. M.T. présente une accélération psychomotrice, des éléments délirants et hallucinatoires. Au bout de quelques semaines, M.T. sort d'hospitalisation de manière prématurée, à sa demande. Il accepte de reprendre un suivi ambulatoire. Son état psychique se stabilise jusqu'à ses 38ans, malgré la persistance de compulsions verbales et de quelques épisodes d'agitations. M.T est hospitalisé à 39 ans pour un trouble du comportement, il avait interrompu son suivi. Dans le service, M.T. fait plusieurs passages en chambre d'isolement. Impulsif il passe à l'acte sur d'autres patients régulièrement. L'hospitalisation permet une atténuation des troubles, et M.T. reprend un suivi ambulatoire. Je le rencontre dans ce contexte. M.T. dit se sentir angoissé, « lorsqu'on va moins bien ça se sent, c'est la forme qui change. Tout devient étrange, le doute plane. Quand je ne vais pas bien, tout m'angoisse. Je marche dans la rue et je ne me sens pas bien. Je me renferme et je ne parle à personne ». Il va ensuite décrire un climat d'irréalité, notamment concernant les visages d'autrui.

« Certaines fois j'ai l'impression que des visages défilent dans ma tête, comme dans une bande dessinée. Je ne reconnais plus les personnes. L'image qu'on a dans la tête décrit l'autre. Dans ces moments, ça n'a plus de valeur. L'image que je fonde dans ma tête ne correspond plus au cœur du gars. Je fais ce jeu, je ne sais pas si c'est réel ou non. J'arrive à le changer, voir si c'est réel ou non ». En faisant un effort de concentration, M.T. dit réussir à modifier sa

vision des visages (*EAWÉ 1.6 Changement de la qualité, de la taille, ou de la forme des perceptions visuelles ; EAWÉ 1.6.1 Modifications de la couleur des perceptions visuelles*). M.T. décrit également un vécu de centralité, « on a l'impression que tout le monde nous regarde, en espérant qu'on décline. C'est un regard que je connais, c'est vachement angoissant. Les gens sentent qu'on faiblit et ça les amusent presque. D'un seul coup la morale les reprend, mais leur côté "fauves" les pousse à regarder. Ça arrive d'un seul coup, en 10 minutes ». Ceci l'angoisse. Aussi M.T. décrit des vols de pensées, des intrusions psychiques. « Ils voient qu'on faiblit, qu'on délivre pleins de messages que l'on ne contrôle pas nous même. C'est comme si les yeux parlaient tout le temps, de nous, de nous, de nous... Les gens ont tellement d'informations qu'ils pensent que je suis en train de me pisser dessus, ça peut dégénérer. Mon intimité ne restait pas en moi, c'est un de mes problèmes. Les gens parlent toujours plus de moi, ça ne me fait pas plaisir, c'est parce que je ne mets pas de garde-fou » (*EAWÉ 6.10 sentiment de centralité*).

Ces six premiers patients ont tous été diagnostiqués avec un trouble du spectre schizophrénique. Ils ont tous spontanément verbalisé une perturbation de la distance vécue lorsqu'ils ont évoqué leurs histoires de la maladie. Les éléments qui reviennent le plus sont un vécu d'étrangeté qui peut se traduire par un sentiment d'irréalité concernant le monde environnant et autrui. Le vécu de centralité est parlant pour les patients qui va ensuite entraîner une idéation délirante et des troubles du comportement. Le monde envahit le sujet, et il y a souvent une force externe qui manœuvre contre le sujet. Il est souligné par la plupart des patients, une perte de l'intimité, les pensées sont transmises contre la volonté. Concernant la perturbation de la perception des distanciations vis-à-vis des objets, ou la déformation des objets, ce vécu est hétérogène. Certains patients l'ont expérimenté mais d'autres ne se reconnaissent pas du tout dans ce procédé.



## 7) M. M.

M.M. est un patient de 28 ans actuellement hospitalisé psychiatrie. M.M. est bipolaire et présente régulièrement des épisodes de manies délirantes. Les parents de M.M. sont divorcés. La mère habite en région Parisienne et le père à Marseille. A l'âge de 20 ans, M.M. connaît sa première hospitalisation en psychiatrie. Il présente des éléments d'exaltations thymiques et tient des propos délirants. Il est ensuite stabilisé sous Abilify. Faisant régulièrement des allers-retours chez parents, il interrompt son suivi ambulatoire. Il est de nouveau hospitalisé à 22ans à la suite d'une crise clastique chez son père dans un contexte de décompensation thymique avec des idées délirantes. Une mesure de contrainte est instaurée devant le déni des troubles. Durant son hospitalisation, il est objectivé des hallucinations. Concernant ses délires, M.M. est convaincu qu'il a un grand frère jumeau qui se fait passer pour lui et fréquente les mêmes endroits que le patient. Il est également persécuté par certains membres de sa famille, et ne reconnaît pas son père comme étant son vrai père. Un traitement par antipsychotique et un régulateur de l'humeur permettent de réduire l'exaltation thymique et de faire disparaître les éléments délirants. Il sort d'hospitalisation avec un relais des soins en ambulatoire. M.M. ne prendra jamais ses traitements et n'ira pas aux rendez-vous proposés. Il est de nouveau hospitalisé 4 mois plus tard, en soins sous contrainte. Le patient présente une accélération thymique, une labilité émotionnelle, une irritabilité, il est très sthénique. M.M. est dans le déni total de ses troubles, refuse tout dialogue et reste très conflictuel dans sa relation au soignant, il est mis en chambre d'isolement. La chambre d'isolement va rapidement l'apaiser, il justifie cet apaisement par la distance mise avec les autres, ceux « qui viennent tous vers lui et ce n'est pas mon métier » (*EAWÉ 6.10 sentiment de centralité*). M.M. sort au bout de quelques jours de chambre d'isolement, puis son état clinique sera compatible avec des soins ambulatoires. A 23 ans, M.M. est de nouveau hospitalisé à la suite d'une tentative de défenestration. Il était en rupture thérapeutique, son père est décédé quelques mois auparavant. M.M. continuait de vivre dans l'appartement de son père, sans électricité car il ne payait plus les factures depuis le décès du père. Lors d'une visite de sa mère, il a tenté de se défenestrer du 16ème étage devant sa mère et ses frères, il a été rattrapé de justesse. Il présente un état mixte, une tachypsychie, une logorrhée sur fond de tristesse. Il présente un délire de filiation et il est de nouveau convaincu d'avoir un frère jumeau. Il présente des

fausses reconnaissances, a l'impression que sa mère est une infirmière du service. Il présente aussi un vécu de centralité. Il est mis en chambre d'isolement. Lors des sorties aménagées dans l'unité, M.M présente à plusieurs reprises des agitations. La présence des autres patients est très anxiogène. Quelques semaines plus tard, il sort d'hospitalisation et décide d'aller vivre chez sa mère à Paris. A 27 ans, il contacte son CMP à Marseille pour reprendre un suivi. Il vient de déménager et souhaite travailler en alternance pour devenir mécanicien. Il est en rupture thérapeutique. Il est de nouveau hospitalisé depuis quelques semaines pour un état maniaque, lorsque je m'entretiens avec lui. Il est de bon contact, hypomane. Il présente une accélération psychomotrice, une certaine familiarité. M.M. arrive à garder le fil de la conversation. Son discours est organisé. L'état clinique est compatible avec une sortie d'hospitalisation proche. Nous sommes revenus sur les épisodes délirants du patient. M.M. avait l'impression d'être entouré d'une atmosphère étrange, un vécu de concernement « J'ai déjà eu l'impression d'être dans une pièce de théâtre. Lorsque j'ai fait un blackout. On est méfiant, on se sent en danger de manière improbable. C'était après beaucoup d'accumulations. J'avais des hallucinations des délires mais cette fois (pièce de théâtre), c'était plus le regard. Certaines personnes je ne pouvais plus les voir, il n'y avait plus d'adhérence possible. Je n'avais pas l'impression qu'il allait y avoir un truc de fou mais un truc pour moi, qu'on me touche. Un problème pas humanitaire mais je sentais du stress ». Aussi comme évoqué dans le dossier, M.M. a vécu un sentiment de centralité, « J'avais l'impression d'être le centre de tout, l'oppression, fois-ci, viens la... tout le monde me voulait quelque chose. J'ai dû m'échapper, j'ai couru. Je me sentais puissant, j'avais un discours incohérent, on rigolait de moi mais je me sentais très intelligent. C'était un confus d'éléments mélangés. J'étais gêné du regard des gens. Ce n'est pas ma beauté ou mon physique, je n'ai rien à me reprocher mais les gens doivent me regarder par amour, ça me gêne ».

M.M. est aussi revenu sur ces épisodes dépressifs, ceux-ci font référence à une perturbation des distances vécues. « Les autres rigolaient trop fort. Je suis, vous savez, le monsieur qui se cache derrière le tonneau parce qu'il a peur des monsieur rouges (il me confirmera que c'est un rêve qu'il fait de manière répétitive). Je suis gêné des gens. Je suis ouvert d'esprit mais des fois j'ai besoin de me faire petit, de me cacher. Il y a trop de personnes au Cours Lieutaud, j'ose pas les regarder. Je me fais discret. Je n'ai pas besoin de partager mes problèmes. Au contact, certaines personnes me font repenser au rêve. Mon rêve est donc prémonitoire. Il ne faut pas m'oppresser, j'ai besoin de repos. Lorsque j'allais mieux je reconnaissais mieux les personnes qui me voulaient du mal, je n'étais plus dans le blackout. J'avais pris l'habitude de

voir un faux visage, un smiley. Un aveugle sur le passage piéton. J'étais bloqué avec mon ex ». Les troubles décrits sont différents. Dans la dépression, la distance vécue semble s'agrandir. Le patient semble devoir mettre à distance son environnement. L'espace personnel semble s'agrandir afin de respecter l'hypersensibilité du patient. Concernant la perception des autres patients, là encore la distance instaurée rend autrui moins atteignable.

## 8) M.B.

M.B est un patient de 56 ans qui est actuellement hospitalisé en psychiatrie. M.B est originaire d'Ardèche, il a un frère et deux neveux. Ses parents sont divorcés. M.B entretient une relation conflictuelle avec ses parents, ceux-ci n'acceptant pas le compagnon de M.B. Le patient a un BAC littéraire, il a ensuite rejoint l'armée et a effectué une formation en hôtellerie. Il travaille depuis dans la restauration. Son activité professionnelle est à l'origine de nombreux voyages. M.B a travaillé à Djibouti puis sur des bateaux de croisières. Il s'est installé à Marseille dans les années 90.

Sa première hospitalisation en psychiatrie date de fin juillet 2020. Il est amené aux urgences à la suite d'une tentative de suicide par phlébotomie. Le patient est ralenti avec des idées de ruine, d'incurabilité et de faute survenu sur son lieu de travail. Son geste auto-agressif survient après un raptus anxieux majeur dans un état stuporeux, pseudo-confusionnel. Il est noté dans son dossier que le patient présentait un vécu de concernement avec un sentiment de déréalisation (*EAWÉ 5.1 Dérealisation ; EAWÉ 5.8 Manière anormale d'attribuer ou de percevoir le sens ; EAWÉ 5.14.2 Autoréférentialité*). L'hospitalisation dure 3 semaines, son état clinique s'améliore sous neuroleptique. Il est ensuite suivi en CMP. Il est de nouveau hospitalisé 3 semaines en fin d'année 2020, pour une recrudescence anxieuse, avant de reprendre un suivi en CMP. Son hospitalisation actuelle date de fin mai. Il est amené aux urgences pour tentative de suicide par phlébotomie. Il avait été en arrêt de travail quelques semaines, la reprise du travail l'avait fortement angoissé. Il présente des idées de culpabilité, il se dévalorise de manière pathologique et M.B est présente un ralentissement psychomoteur important. Je le vois dans ce contexte. M.B. ne se reconnaît pas dans les notions que je lui

présente. Il nie avoir ressenti une atmosphère étrange, un vécu de centralité ou des troubles de perception des distances. Il n'a pas l'impression que les choses lui paraissent inaccessibles lorsqu'il est déprimé, « je travaille normalement, je suis maniaque, j'aime que tout soit propre, je me promène, même quand je suis déprimé ». Cependant, d'autres éléments laissent à penser le contraire, « lorsque je ne vais pas bien, je n'arrive pas à demander de l'aide. Ça ne me vient pas à l'idée, je me replie, je subis. Tout s'accumule et je me retrouve seul. Habituellement je suis communicatif, je travaille dans la restauration ». Le soi semble avoir rétréci et les distances augmentées. D'ailleurs en parlant de son geste suicide il dit « c'était un appel au secours, j'étais invisible. »

Ces deux derniers cas (M.M. et M.B.) peuvent servir de cas témoins. Les perturbations des distances vécues comme décrites chez la personne souffrant de schizophrénie semblent survenir lors des moments de décompensations délirantes. Sinon, lorsqu'il s'agit d'une humeur basse, la distance vécue semble augmentée. Les patients ont l'air d'avoir plus de mal à se saisir de leur environnement immédiat. N'osant demander de l'aide ou étant obligé de mettre à distance l'entourage, les deux patients décrivent un vécu d'isolement, de mise en retrait. Dans les deux cas le soi est rétréci, chez M.M. « pour se cacher » et chez M.B. de manière subi.

### C) Discussion

L'exploration de la perception des distances chez ces huit patients à l'aide de l'échelle semi-structurée EAWE a permis de retrouver une variété d'expériences spatiales anormales différentes. Les entretiens ont permis de mettre en lumière le vécu subjectif de chacun de ces patients. Une approche du monde schizophrénique a été possible grâce à l'élaboration sur la distance et sur leurs histoires en général. Se concentrer sur le vécu plutôt que sur les symptômes permet une alliance différente et un rapport soignant-soigné qui favorise les échanges. Les patients ont semblé apprécié les échanges. Mieux comprendre le vécu de la personne peut permettre de développer de nouvelles pratiques et d'améliorer le suivi des patients.

Plusieurs remarques et critiques peuvent être faites :

L'échelle EAWÉ traduite en français a permis de mettre en évidence plusieurs expériences de la distance anormale. Cependant les questions ont été jugées difficiles par les patients. En tant qu'expérimentateur, j'ai également trouvé les questions complexes, leurs significations et leurs nuances pouvaient être compliquées à expliquer aux participants. L'échelle nécessite une formation et des connaissances solides en psychopathologie phénoménologique de la part de l'expérimentateur.

Certains facteurs de confusions peuvent être repérés. Les patients étaient tous sous traitements antipsychotiques, peut-être que ceux-ci altèrent nos rapports à l'espace. Aussi une grande partie des patients prenaient des toxiques de manière chronique lors de leurs expériences psychotiques.

La méthodologie utilisée (données qualitatives), n'apporte aucune preuve sur la fréquence des phénomènes retrouvés et leur spécificité mais peut permettre d'orienter les recherches futures sur l'évaluation expérimentale de la distance vécue chez les patients atteints de schizophrénie.

Des études sur de plus grands échantillons de patients sont nécessaires.

## CONCLUSION

Ce travail a permis une exploration large des particularités de la perception des distances dans la schizophrénie. Après avoir étudié la notion de distance vécue définie par Minkowski, une revue de la littérature a permis de mettre en lumière d'autres modèles cliniques traduisant une perturbation de la distance vécue dans la schizophrénie. Minkowski compare le vécu schizophrénique au vécu dans l'espace noir, Jaspers décrit l'atmosphère délirante dont est submergé l'individu atteint de schizophrénie, Conrad décrit plusieurs phases, le Trema, l'Apophanie, l'Anastrophé traduisant toutes une perturbation de la distance vécue, Grivois avance lui les notions de concernement et de centralité. Ensuite, à travers les travaux de Husserl, Blankenburg et Sass, nous avons décrit des modèles phénoménologiques s'intéressant à l'expérience schizophrénique. La partie sur les approches expérimentales a montré que plusieurs études s'étaient penchées sur les questions de distance vécue, et ont pu avancer des données chiffrées concernant ces troubles.

Le langage phénoménologique est à priori technique et difficilement accessible mais l'objectif de la phénoménologie psychiatrique est de mieux comprendre la réalité des patients à travers une approche en première personne. La phénoménologie psychiatrique permet d'avoir une perspective sur le vécu subjectif des troubles rencontrés. Ceci permet d'appréhender le monde schizophrénique et d'affiner notre expertise dans le domaine. Au niveau diagnostic, comprendre le vécu schizophrène, permet de détecter les phases prodromiques de la pathologie et donc d'agir de manière précoce. Aussi, cette expertise renforce l'alliance thérapeutique, comprendre le monde schizophrénique permet d'avoir une approche plus singulière avec le patient. Ceci est particulièrement important en psychiatrie où le dialogue soignant-soigné est fréquemment en décalage, les patients ne s'approprient pas les diagnostics et symptômes avancés par les psychiatres. Les conséquences sont la confrontation, la mauvaise observance thérapeutique et donc des récurrences des troubles. Comprendre le vécu schizophrénique permet aussi d'envisager une prise en charge adaptée à la personne schizophrène. La thérapie institutionnelle à l'hôpital ou le rétablissement extrahospitalier prennent appui sur la phénoménologie psychiatrique. Enfin, une connaissance plus fine de la psychopathologie, grâce à la phénoménologie, permet de cibler les recherches dans les neurosciences. La phénoménologie et les neurosciences peuvent être tout à fait complémentaires.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Tatossian A, Société d'Anthropologie Phénoménologique et d'Herméneutique Générale. La phénoménologie des psychoses. Puteaux: Association Le Cercle Herméneutique; 2002.
2. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia-An Overview. *JAMA Psychiatry*. 1 févr 2020;77(2):201-10.
3. Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C, éditeurs. Mini DSM-5®: critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux: Publié par Elsevier Masson SAS, [2016]; 2016. 347 p.
4. Jaspers K. Psychopathologie générale. Paris: Bibliothèque des introuvables; 2007.
5. Sass LA. Les paradoxes du délire: Wittgenstein, Schreber et l'esprit schizophrénique. Paris: Les Ed. d'Ithaque; 2010.
6. Tubasum S, Thomsson D, Cogdell R, Scheblykin I, Pullerits T. Polarization single complex imaging of circular photosynthetic antenna. *Photosynth Res*. mars 2012;111(1-2):41-5.
7. Zahavi D. Subjectivity and selfhood: investigating the first-person perspective. Cambridge, Mass: MIT Press; 2005. 265 p.
8. Binswanger L. Introduction à l'analyse existentielle. Paris: Ed. de Minuit; 1989. 263 p. (Arguments).
9. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull*. 2003;29(3):427-44.
10. Stanghellini G, Rossi R. Pheno-phenotypes: a holistic approach to the psychopathology of schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. mai 2014;27(3):236-41.
11. Northoff G. Slow cortical potentials and "inner time consciousness" — A neuro-phenomenal hypothesis about the "width of present". *International Journal of Psychophysiology*. mai 2016;103:174-84.
12. Wyllie M. Lived Time and Psychopathology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2005;12(3):173-85.
13. Northoff G, Stanghellini G. How to Link Brain and Experience? Spatiotemporal Psychopathology of the Lived Body. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 28 avr 2016 [cité 16 juin 2021];10. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fnhum.2016.00172/abstract>
14. Martin B, Piot M-A. Approche phénoménologique de la schizophrénie. *L'information psychiatrique*. 2011;87(10):781.

15. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. 13., unveränd. Aufl. Stuttgart New York: Thieme; 1987. 117 p.
16. Mishara AL, Fusar-Poli P. The Phenomenology and Neurobiology of Delusion Formation During Psychosis Onset: Jaspers, Truman Symptoms, and Aberrant Salience. *Schizophrenia Bulletin*. mars 2013;39(2):278-86.
17. Sass LA, Byrom G. Self-Disturbance and the Bizarre: On Incomprehensibility in Schizophrenic Delusions. *Psychopathology*. 2015;48(5):293-300.
18. Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl; 2012. 282 p. (Edition Das Narrenschiff).
19. Stanghellini G, Fernandez AV, Ballerini M, Blasi S, Belfiore E, Cutting J, et al. Abnormal Space Experiences in Persons With Schizophrenia: An Empirical Qualitative Study. *Schizophrenia Bulletin*. 10 avr 2020;46(3):530-9.
20. Mishara AL. Klaus Conrad (1905-1961): Delusional Mood, Psychosis, and Beginning Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1 janv 2010;36(1):9-13.
21. Seywert F, Célis-Gennart M. La transformation du champ de l'expérience dans la schizophrénie : F« analyse structurelle de Klaus Conrad. *L'Évolution Psychiatrique*. janv 1999;64(1):101-11.
22. Grivois H. *Naître à la folie*. Paris: Laboratoires Delagrangé; 1992.
23. Grivois H, Monchicourt M-O. *Urgence folie*. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1993. 89 p. (Les empêcheurs de penser en rond).
24. Husserl E, Schuhmann K, IJsseling S, Breda HL van, Bernet R. *Husserliana: gesammelte Werke*. Bd. 3 Halbbd. 2: *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie; Buch 1, Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie Ergänzende Texte (1912 - 1929)*. Den Haag: Nijhoff; 1998. 478 p.
25. Husserl E, Husserl E. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie: zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. Photomech. Repr. Biemer M, éditeur. Dordrecht: Kluwer; 1991. 426 p. (Gesammelte Werke).
26. Fuchs T. Delusional Mood and Delusional Perception – A Phenomenological Analysis. *Psychopathology*. 2005;38(3):133-9.
27. Wiggins OP, Schwartz MA, Northoff G. Toward a Husserlian Phenomenology of the Initial Stages of Schizophrenia. In: Spitzer M, Maher BA, éditeurs. *Philosophy and Psychopathology* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 1990 [cité 13 juin 2021]. p. 21-34. Disponible sur: [http://link.springer.com/10.1007/978-1-4613-9028-2\\_2](http://link.springer.com/10.1007/978-1-4613-9028-2_2)
28. Blankenburg W. *La perte de l'évidence naturelle: une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques*. Paris: Presses Universitaires de France; 1991.
29. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard; 2009. 537 p. (Tel).



30. Merleau-Ponty M. *L' œil et l'esprit*. Paris: Gallimard; 1989. 92 p. (Collection folio Essais).
31. Schreber DP, Schreber DP. *Mémoires d'un névropathe*. S.l.: Seuil; 1985. 388 p. (Coll. Points/essais).
32. Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, et al. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology*. 2017;50(1):10-54.
33. Conerty J, Skodlar B, Pienkos E, Zadavek T, Byrom G, Sass L. Examination of Anomalous World Experience: A Report on Reliability. *Psychopathology*. 2017;50(1):55-9.
34. Englebert J, Monville F, Valentiny C, Mossay F, Pienkos E, Sass L. Anomalous Experience of Self and World: Administration of the EASE and EAWE Scales to Four Subjects with Schizophrenia. *Psychopathology*. 2019;52(5):294-303.
35. Pienkos E, Silverstein S, Sass L. The Phenomenology of Anomalous World Experience in Schizophrenia: A Qualitative Study. *JPP*. 20 oct 2017;48(2):188-213.
36. 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*. sept 2019;211:69-78.

## ANNEXES

1	<b>Espace et Objets</b>
1.1	<i>Intensité anormale ou persistance des perceptions visuelles</i>
1.1.1	Augmentation de l'intensité des perceptions visuelles*
1.1.2	Diminution de l'intensité des perceptions visuelles *
1.1.3	Récurrence ou prolongation des stimuli visuels
1.2	<i>Cécité ou cécité partielle</i>
1.2.1	Vision floue*
1.2.2	Vision partielle
1.2.3	Cécité transitoire
1.3	<i>Perturbations de la véracité (exactitude) des perceptions visuelles*.</i>
1.3.1	Illusions visuelles*
1.3.2	Hallucinations visuelles*
1.3.3	Pseudo-hallucinations visuelles*
1.4	<i>Fragmentation visuelle</i>
1.4.1	Fragmentation des objets
1.4.2	Fragmentation d'une scène
1.4.3	Captivation de l'attention par des détails isolés
1.5	<i>Désorganisation ou stabilité perturbée de l'objet</i>
1.5.1	Contours d'objets désorganisés
1.5.2	Perte de stabilité perceptive
1.6	<i>Changements de la qualité, de la taille ou de la forme des perceptions visuelles</i>
1.6.1	Changements de couleur des perceptions visuelles
1.6.2	Micropsies/macropsies
1.6.3	Dysmégalopsie
1.6.4	Métamorphopsie
1.6.5	Autres distorsions
1.7	<i>Perturbations de la distance perceptive ou de la juxtaposition des objets</i>
1.7.1	Les objets semblent plus proches ou plus éloignés*
1.7.2	Perturbation de la relation spatiale relative (juxtaposition) des objets.
1.7.3	Perturbations générales de l'estimation de la distance
1.8	<i>Expériences déformées de l'espace</i>
1.8.1	Diminution de l'orientation perspectiviste
1.8.2	Perte de l'orientation topographique
1.8.3	Perte de l'intégrité ou de la structure spatiale
1.8.4	Perte de dimensionnalité
1.8.5	Expérience de l'espace infini
1.8.6	Inversion figure/fond
1.8.7	Expérience affective de l'espace*
1.9	<i>Intensité ou persistance anormale des perceptions auditives</i>
1.9.1	Augmentation de l'intensité des perceptions auditives*
1.9.2	Diminution de l'intensité des perceptions auditives*
1.9.3	Conscience accrue des sensations auditives de fond
1.9.4	Récurrence ou prolongation des stimuli auditifs
1.10	<i>Troubles de la véracité (exactitude) des perceptions auditives*</i>
1.10.1	Illusions auditives*
1.10.2	Hallucinations auditives*
1.10.3	Pseudo-hallucinations auditives*
1.11	<i>Autres modifications de la qualité des perceptions auditives</i>
1.12	<i>Problèmes de localisation des sons</i>

1.13	<i>Perturbations des autres sens*</i>
1.13.1	<i>Perturbations tactiles*</i>
1.13.2	<i>Perturbation gustative*</i>
1.13.3	<i>Troubles olfactifs*</i>
1.14	<i>Synesthésie ou perception concomitante anormale*</i>
1.15	<i>Dissociation ou isolement des perceptions sensorielles</i>
1.16	<i>Troubles de la reconnaissance ou de l'identification d'un objet de perception</i>
1.17	<i>Perte des limites ou de la démarcation avec le monde physique.</i>

Figure 1. Traduction en français de la partie Espace et objet d'EAWÉ : items et sous items

5	<b>Atmosphère</b>
5.1	<i>Déréalisation du monde</i>
5.1.1	Éloignement ou barrière (sensation de verre plat)*
5.1.2	Baisse d'intensité ou de durabilité*
5.1.3	Désanimation*
5.1.4	Fausseté
5.1.5	Perte de la qualité de l'attrait *
5.1.6	Qualité statique, immobilité ou intellectualisme morbide
5.1.7	Non spécifique/autre déréalisation *
5.2	<i>Perte d'affordances</i>
5.3	<i>Les choses inanimées semblent vivantes ou intentionnelles *</i>
5.4	<i>Intensité accrue/hyperréalisation</i>
5.5	<i>Expériences de déjà vu</i>
5.6	<i>Expériences de jamais vu</i>
5.7	<i>Perplexité</i>
5.7.1	Confusion des royaumes
5.7.2	L'irréel interfère
5.7.3	Monde vécu comme incohérent, désorienté
5.7.4	Hyperconscience de la dimension tacite qui laisse perplexe
5.8	<i>Manière anormale d'attribuer ou de percevoir le sens</i>
5.8.1	Sens imposé à l'objet par le sujet
5.8.2	Signification inhérente à l'objet lui-même
5.8.3	Prolifération de significations à partir de l'objet
5.9	<i>Formes anormales de signification</i>
5.9.1	Instanciation physique ou littéraliste d'une signification abstraite
5.9.2	Classification anormale
5.10	<i>Conscience accrue des modèles ou des tendances *</i>
5.11	<i>Sens anormal des relations causales</i>
5.11.1	Les actions ou les événements semblent contrôlés par une force ou une volonté extérieure.
5.11.2	Les actions ou les événements semblent prédéterminés ou planifiés
5.12	<i>Conscience de soi tout entière/"paranoïa" ontologique</i>
5.13	<i>Diminution de l'indépendance ontologique du monde vécu/subjectivisme</i>
5.13.1	Subjectivisme/solipsisme
5.13.2	Double comptabilité Influence sur la réalité physique
5.13.3	Pseudo mouvements d'objets/personnes
5.14	<i>Humeur révélatrice ou pseudo-révélatrice</i>
5.14.1	Particularité inquiétante
5.14.2	Autoréférentialité
5.14.2a	Signification paranoïaque *
5.14.2b	Sens grandiose
5.14.2c	Sens métaphysique
5.14.2d	Signification inconnue/impossible
5.14.3	Étrangeté indéterminée
5.15	<i>Expériences quasi-mystiques</i>
5.15.1	Union mystique avec le monde
5.15.2	Être simple
5.16	<i>Expériences de la fin du monde</i>
5.17	<i>Anomalies d'humeur ou d'affect</i>

5.17.1	Vide, engourdissement, indifférence, absence de réaction spontanée au monde*
5.17.2	Sentiment de blocage émotionnel/affectif*
5.17.3	Angoisse omniprésente, sans nom, avec peur de l'anéantissement*
5.17.4	Irritation de base, agitation, colère (dysphorie non émotionnelle) *
5.17.5	Euphorie détachée
5.17.6	Désespoir, démoralisation, désespoir*
5.17.7	Anomalies de la constance de l'humeur*
5.17.7a	L'humeur ou l'émotion est anormalement persistante*
5.17.7b	L'humeur ou l'émotion est anormalement labile*
5.17.8	Incongruité de l'humeur ou de l'émotion
5.17.8a	Humeur ou émotion inappropriée à la situation actuelle
5.17.8b	Les humeurs ou les émotions sont mutuellement contradictoires

Figure 2. Traduction en français de la partie Atmosphère d'EAW : items et sous items

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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