



HAL
open science

Le regard paranoïaque à l'épreuve du visage neutre

Nassim Mohamed Sarni

► **To cite this version:**

Nassim Mohamed Sarni. Le regard paranoïaque à l'épreuve du visage neutre. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932255

HAL Id: hal-01932255

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932255>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2017

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée en Psychiatrie

par

Nassim Mohamed SARNI

le 7 avril 2017

Le regard paranoïaque à l'épreuve du visage neutre

Membres du jury :

M. Raymund SCHWAN	Professeur	Président
M. Marc BRAUN	Professeur	Juge
Mme Karine ANGIOI-DUPREZ	Professeur	Juge
M. Jerome LEROND	Docteur en Médecine	Juge, Directeur de thèse
M. Vincent LAPREVOTE	Docteur en Médecine	Juge



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER -
Professeur Henry COUDANE

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE
Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel
BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel
BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE -
Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX -
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre
GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro
GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain
LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude
MARCHAL - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-
Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel
SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET -
Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé
VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY – Professeur
Serge BRIANÇON
Professeur Jean-Pierre CRANCEU
- Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER -
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie
GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER -
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS –
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD -

Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT -
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-
BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER -
Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS -
Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE -
Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT -
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-
BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET
CHIRURGIE PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur
Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i> Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i> Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i> Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Württemberg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i> Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeure Maria DELIVORIA- PAPADOPOULOS (1996) Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i> Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh- Ville (VIÊTNAM)</i> Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i> Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i> Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i> Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i> Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
--	---	---

Remerciements

A Monsieur le Professeur Raymund Schwan,

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse, d'avoir encadré ce travail avec bienveillance, et de vos enseignements dispensés au long de ce cursus.

A Monsieur le Professeur Marc Braun,

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse de façon aussi spontanée, et de montrer de l'intérêt aux travaux d'autres spécialités que la vôtre.

A Madame le professeur ANGIOI-DUPREZ Karine,

Merci de me faire l'honneur d'examiner ce travail et d'avoir accepté avec bienveillance de participer au jury de cette thèse.

A Monsieur le Dr LEROND Jérôme,

Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail, de le relire. Merci pour ta confiance, ta disponibilité et ton ouverture d'esprit.

A Monsieur le Dr LAPREVOTE Vincent,

Merci pour la passion contagieuse de tes enseignements.

Merci aux infirmier(es) et aux psychologues m'ayant apporté une aide précieuse au cours de mon apprentissage.

Merci aux docteurs Blanchard, Louviot, Aïm, Depont, Higel et Pouclet d'avoir participé à mon évolution dans le métier de psychiatre, et d'avoir inspiré la vision que j'en ai à ce jour.

A mes parents, merci de nous avoir apporté l'essentiel : l'amour

A ma sœur, je pense souvent à toi malgré la distance, et je me sens à chaque fois fier d'être ton frère

A Nina, que ton avenir soit aussi lumineux que ton sourire

A tous les autres membres de ma famille

A mes amis,

(Vous tous qui avez déjà entendu parler des plutoto)

SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque ».

Sommaire

<u>I. INTRODUCTION</u>	p.22
1. L'évolution du concept de la paranoïa.....	p.24
2. Apports des sciences cognitives.....	p.28
3. Regard et délire de persécution.....	p.29
3.1 Notions issues de la psychiatrie classique.....	p.29
3.2 Notions issues de la psychiatrie phénoménologique.....	p.31
3.3 Apports de la linguistique.....	p.31
3.4 L'hypothèse d'une influence paranoïaque sur l'exploration visuelle	p.32
<u>II. ARTICLE</u>	p.35
1. Introduction.....	p.35
2. L'impossibilité du visage neutre.....	p.36
3. Un défi interprétatif.....	p.37
4. Les données d'oculomotricité.....	p.38
4.1 Chez les patients délirants atteints de schizophrénie.....	p.39
4.2 Dans la population générale.....	p.39
5. Interprétation des données.....	p.41
5.1 Un schéma de « vigilance-évaluation-évitement » face aux visages neutres ?.....	p.41
5.2 L' anticipation d'une menace.....	p.42
5.3 La nécessaire sortie de l'ambiguïté.....	p.42
6. Une atteinte familiale du regard?.....	p.43
7. Conclusion.....	p.44

<u>III. CONCLUSION</u>	p.47
1. Limitations.....	p.47
2. Perspectives de recherche.....	p.48
3. Perspectives psycho-thérapeutiques.....	p.49
<u>IV. BIBLIOGRAPHIE</u>	p.52
<u>V. ANNEXES</u>	p.63
Annexe 1.....	p.63
Annexe 2.....	p.65
Annexe 3.....	p.66
Annexe 4.....	p.67
Annexe 5.....	p.69
Annexe 6.....	p.70
Annexe 7.....	p.71
<u>Droit d'imprimatur</u>	p.72

I. INTRODUCTION

Le désir de disposer d'outils de mesure fiables afin de permettre une compréhension plus fine du psychisme humain a largement précédé l'existence de tels outils; les errements de la phrénologie au 19^{ème} siècle en témoignent. Au sein des cultures occidentales, où existe une nette tendance « oculocentriste » (que le dictionnaire Oxford définit comme « un biais culturel perceptif et épistémologique plaçant la vue au dessus des autres sens »), se représenter la vision qu'un patient délirant a de son environnement semble constituer une porte d'entrée idéale à la compréhension du délire. L'exploration visuelle met en effet en jeu des dimensions multiples, associant mouvements volontaires et involontaires, cognition, influence des émotions, de la mémoire... L'étude des mouvements oculaires a ainsi trouvé dès les années 1970, avec le développement de dispositifs de mesures (eye-trackers) suffisamment précis, un champ d'application considérable en psychiatrie. A l'issue du développement de l'imagerie fonctionnelle, les mesures d'oculomotricité proposent ainsi depuis plusieurs années des données inédites dans l'appréhension des maladies mentales, notamment concernant la schizophrénie.

Ces mesures permettent en effet une restitution fine des mouvements de la tête et des différents types de mouvements oculaires de ces patients: les mouvements d'ajustement du regard (la convergence) ainsi que les deux types de mouvement impliqués dans le comportement de changement de direction du regard : les mouvements de poursuite régulière et les saccades oculaires (passage d'un point de fixation à un autre). L'enchaînement de fixations et de saccades constitue ainsi le parcours oculaire du patient, à partir duquel la localisation, le nombre et la durée des fixations, l'existence de zones d'intérêt ou la durée totale du parcours peuvent être mesurés.

Chez les patients atteints de schizophrénie, une perturbation des mouvements oculaires a été relevée dès la fin des années 1970 [63]. Une limitation de l'exploration visuelle est ainsi largement relevée [62][64] et semble indépendante des prises de traitements antipsychotiques, du nombre d'épisodes psychotiques antérieurs ou d'hospitalisations en milieu psychiatrique [61], ce qui fit évoquer ces troubles comme étant constitutifs et spécifiques de la schizophrénie.

Néanmoins, les données d'oculomotricité chez les patients atteints de schizophrénie demeurent fréquemment contradictoires [4], et certaines de ces données peuvent paraître contre-intuitives dans un paradigme déficitaire avec atteinte de la capacité d'exploration visuelle chez les patients atteints de schizophrénie :

- Ces patients semblent présenter de meilleures performances à la détection implicite du changement dans l'environnement visuel, mais un délai de réponse plus important pour rapporter explicitement la détection du changement que les sujets sains [40]. Ils semblent présenter en outre une sensibilité plus importante à l'irruption d'un distracteur visuel (information visuelle non pertinente) [41].
- L'exploration visuelle d'un visage chez les patients schizophrènes, dont les perturbations sont largement documentées [21, 23], semble se normaliser lors de l'accomplissement d'une tâche simple simultanée (reconnaître l'âge, le sexe, déterminer si le visage est connu ou pas) [42].

Le regard des patients paraît ainsi orienté à un niveau automatique vers toute irruption d'une information visuelle, pertinente ou non. Ces nouvelles informations semblent constituer une saillance perceptive (désignant ce qui émerge en premier de l'exploration d'une scène en fonction d'une orientation endogène, influencée par des facteurs intrinsèques au sujet), permettant une amélioration de la détection de l'information sélectionnée au détriment du reste de l'environnement.

Cet environnement est alors exploré en fonction, entre autres, du sens que le patient donne à cette exploration.

Une symptomatologie paranoïaque, avec une tendance à intégrer toute nouvelle information à un système de pensée délirant allant dans le sens d'une menace pourrait, au sein de ces facteurs intrinsèques au sujet, avoir une influence majeure sur le regard.

Avant de développer cette hypothèse, il convient néanmoins de reprendre l'évolution de la définition du concept de paranoïa et la pertinence actuelle de son utilisation.

1. L'évolution du concept de la paranoïa

La paranoïa est un concept dont les tentatives de définition successives ont accompagné l'évolution complexe de l'histoire de la psychiatrie, et qui a pris une importance considérable au sein d'une abondante littérature scientifique publiée essentiellement en France et en Allemagne dans une période fortement conflictuelle pour ces deux pays (de la fin du 19^{ème} à la première moitié du 20^{ème} siècle). Elle est régulièrement apparue comme une notion « frontière », laissant souvent un doute entre normal et pathologique. Ce doute a pris la forme de plusieurs dénominations antinomiques (avec les notions de « folie lucide » de Trélat en 1861, « folie raisonnante » de Serieux et Capgras en 1909). A la manière d'oxymores, dont l'utilisation vise à l'inclusion d'un large spectre de nuances, ces descriptions traduisaient aussi la difficulté à contenir ce concept dans une catégorie cohérente. Loin de présenter une description exhaustive de cette évolution, nous retiendrons en premier lieu la définition de la paranoïa proposée par Kraepelin dans son « Lehrbuch für Studierende und Aerzte » en 1899 [76] :

« le développement insidieux, sous la dépendance de causes internes et selon une évolution continue, d'un système délirant durable et impossible à ébranler, et qui s'instaure avec une conservation complète de la clarté et de l'ordre dans la pensée, le vouloir et l'action ».

Cette définition initie une nette distinction entre paranoïa et démence précoce (entité préfigurant la schizophrénie). Dans la démence précoce, le délire paranoïde s'installerait sous forme « *d'idées subites* », « *incohérentes* », alors que le délire paranoïaque au contraire se grefferait sur des bases « *d'existence réelle* » mais dont le sujet déformerait l'interprétation. Ces descriptions se sont progressivement enrichies de multiples apports (délire d'interprétation par Serieux et Capgras en 1909, délire de relation des sensitifs par Kretschmer en 1919...). Communes à ces différentes entités se trouvent les notions centrales de méfiance et de persécution. Par la suite, les développements de la psychanalyse (voir à ce sujet les écrits de Sophie de Mijolla-Mellor [75]) se sont plus orientés vers la recherche de la genèse de ce trouble et de ce qu'il implique pour le sujet dans sa relation à ses objets et à lui-même, que vers la description des symptômes même de la paranoïa . Ce sont donc les notions métapsychologiques qui sont concernées – la libido, le choix d'objet, le refoulement – mais aussi les mécanismes psychiques comme la régression, la projection ou la fixation narcissique [75].

Si des éléments issus de ces travaux classiques peuvent se retrouver aujourd'hui encore dans les descriptions cliniques francophones, la conception psychiatrique internationale semble s'en être nettement éloignée. Une revue de littérature comparant les écrits scientifiques psychiatriques occidentaux depuis le début du 20^{ème} siècle, révèle ainsi que le concept de paranoïa/trouble délirant a été le plus instable (dans la mesure où les critères modernes reflètent peu les observations des auteurs classiques), à la différence de la dépression, de la schizophrénie ou de la manie [44].

On observe ainsi qu'après les travaux classiques du début du 20^{ème} siècle, les deux premières classifications américaines DSM (1952, et 1968) proposent une nosographie catégorielle distinguant notamment paranoïa si le délire est systématisé, et état paranoïaque si le délire est non systématisé.

A partir de la troisième version du DSM (1980), une distinction entre trouble de la personnalité « *paranoid personality disorder* » et trouble délirant « *delusional disorder* »- tendant à être intégrée dans la sphère de la schizophrénie dans les versions ultérieures – s'opère. (tableau1[43], annexe 3,4)

Version	Terme anglais	Traduction française
DSM-I, 1952	PARANOIA (<i>systematized delusion</i>)	PARANOÏA (délire systématisé)
	PARANOID STATE (<i>unsystematized delusion</i>)	L'ÉTAT PARANOÏAQUE (délire non systématisé)
	PARANOID REACTIONS (<i>persecutory or grandiose</i>)	LES RÉACTIONS PARANOÏAQUES (de persécution ou grandiose)
	SCHIZOPHRENIC REACTION, PARANOID TYPE	LES RÉACTIONS SCHIZOPHRÉNIQUES, TYPE PARANOÏAQUE
	INVOLUTIONAL PSYCHOSIS, PARANOID TYPE	LES PSYCHOSES ÉVOLUTIVES, TYPE PARANOÏAQUE
DSM-II, 1968	PARANOIA + PARANOID STATES	PARANOÏA + ÉTATS PARANOÏAQUES
	PARANOID PERSONALITY (<i>hypersensitivity, rigidity, suspicion...</i>)	LA PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE (hypersensibilité, rigidité, suspicion...)
	SCHIZOPHRENIA, PARANOID TYPE (<i>Persecutory or grandiose delusions</i>)	SCHIZOPHRÉNIE DE TYPE PARANOÏDE (de persécution ou délires de grandeurs)
	INVOLUTIONAL PARANOID STATE	L'ÉTAT PARANOÏAQUE ÉVOLUTIF
	ALCOHOL PARANOID STATE (<i>Alcoholic paranoia</i>)	ÉTAT PARANOÏAQUE INDUIT PAR L'ALCOOL

Version	Terme anglais	Traduction française
DSM-III, 1980 et DSM-III-R, 1987	PARANOIA	PARANOIA
	PARANOID PERSONALITY DISORDER	TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE
	DELUSIONAL (PARANOID) DISORDERS (<i>erotomanic, grandiose, jealous, persecutory, and somatic</i>)	TROUBLES DÉLIRANTS (PARANOÏDES) (érotomaniaque, grandiose, jaloux, persécution et somatique)
	SCHIZOPHRENIA, PARANOID TYPE	SCHIZOPHRÉNIE, TYPE PARANOÏDE
	ACUTE PARANOID REACTIONS	RÉACTIONS PARANOÏAQUES AIGUËS
	ALCOHOLIC PARANOIA	PARANOÏA INDUITE PAR L'ALCOOL

Version	Terme anglais	Traduction française
DSM-IV, 1994 et DSM-IV-TR, 2002	SCHIZOPHRENIA, PARANOID TYPE	SCHIZOPHRÉNIE, TYPE PARANOÏDE
	PARANOID PERSONALITY DISORDER	TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE
	DELUSIONAL DISORDER <i>(erotomaniac, jealous, grandiose, persecutory, somatic and mixed subtypes)</i>	TROUBLES DÉLIRANTS (érotomaniaque, jaloux, grandiose, persécuté, somatique et sous- types mixtes)
DSM-5, 2013	SCHIZOPHRENIA SPECTRUM AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS <i>(Delusional disorder)</i>	SPECTRE SCHIZOPHRÉNIQU E ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES (Trouble délirant)
	PERSONALITY DISORDER <i>Paranoid Schizoid Schizotypal Paranoid: suspicious, feels easily rejected, tends to hold grudges</i>	TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ (paranoïaque, schizoïde, schizotypique) Paranoïaque : suspicion, se sent facilement rejeté, tend à garder rancune

2. Apports des sciences cognitives

Les descriptions et les modèles explicatifs de la paranoïa issus des sciences cognitives sont nombreux (pour une description plus détaillée, voir les travaux de Craus [48]). Nous retiendrons deux modèles largement repris dans divers travaux de recherche sur la paranoïa, parfois mis en opposition mais dont les contenus paraissent éclairer des données pertinentes en situation clinique.

- Le modèle de Freeman évoque un délire se formant à partir d'une expérience soit directement interne (anomalie perceptuelle, sentiment de signification...) soit via une situation externe (information sociale ambiguë, coïncidences...)[72]. Ce délire serait maintenu grâce à des biais cognitifs favorisant l'obtention de preuves confirmatoires: biais d'attention (la menace sera traitée en priorité), biais de confirmation, biais de mémoire (les souvenirs négatifs seront privilégiés). Par ailleurs, la poursuite des expériences anormales (souvent perpétuées par l'anxiété) et les interactions du sujet avec son environnement (perturbées par le délire lui-même, relations interpersonnelles ambiguës par exemple) participeraient également à ce maintien (cf annexe 2). Enfin, un comportement d'évitement permettrait au sujet de réduire la menace en écartant toute preuve contradictoire.
- Le modèle de Bentall propose une hypothèse de la paranoïa comme protection contre une faible estime de soi [73]. A l'origine de cette faible estime de soi, Bentall évoque des éléments développementaux : victimisation, sensibilisation aux signaux d'évènements aversifs, attachement insécuré. Il reprend également la différenciation opérée par Trower et Chadwick [74] entre paranoïa « poor me » dans laquelle la persécution est ressentie comme injuste et l'estime de soi est relativement élevée, et paranoïa « bad me » dans laquelle la persécution est méritée et l'estime de soi est au contraire faible. Selon Bentall, il existerait des fluctuations temporelles de cette clinique chez une même personne en fonction de l'efficacité du délire dans cette protection.

L'existence d'un état fluctuant plutôt que d'une symptomatologie paranoïaque stable au niveau intra-individuel est également évoquée dans des travaux plus récents (voir à ce sujet la méta-analyse de Schlier , Moritz et Lincoln en 2016 [68]). Le développement contemporain d'une approche dimensionnelle au sein de la nosographie psychiatrique, permet également d'envisager des variations inter-individuelles de la clinique paranoïaque avec la présence d'idées délirantes paranoïaques à divers degrés dans la population générale [9][38][45]. (voir annexe 5)

3. Regard et paranoïa

Après ce rappel sur l'évolution du concept de paranoïa, une exploration de ses rapports avec le regard développés par la psychiatrie classique et phénoménologique pourrait permettre d'appuyer l'hypothèse d'une influence sur l'exploration visuelle.

3.1 Notions issues de la psychiatrie classique

Dans la description que Charles Lasègue propose du délire de persécution en 1852 [77], trois phases distinctes sont évoquées: prodrome, floraison du délire, et période terminale. A cette époque, la distinction entre paranoïa et démence précoce initiée par Kraepelin n'est pas mise en place, mais certains éléments communs (persécution, menace) se retrouvent dans ces descriptions.

La première phase de « malaise indéfinissable », concerne en premier lieu la perception sensorielle portée sur l'environnement d'éléments « le plus souvent d'une complète insignifiance (...) un meuble dérangé, une insomnie, un repas d'une saveur désagréable, un propos assez inoffensif, toutes choses qui, dans une autre disposition d'esprit passeraient inaperçues ».

La deuxième phase est pour Lasègue celle des « déductions raisonnantes, qui repose sur l'extériorisation par l'aliéné de l'origine des causes de sa souffrance : l'ennemi ». Avant une phase terminale de fixation et de dégénérescence, Lasègue semble donc proposer une description du délire se reposant sur une dimension cognitive, s'installant progressivement après une première phase plus perceptive.

D'après Pierre Janet dans « De l'angoisse à l'extase » en 1927 [78], pour le patient paranoïaque « parfois, les objets apparaissent avec un détail excessif, une précision brutale des formes, un éclat métallique des couleurs. (...) avec une précision anormale. » Le regard porté sur l'environnement, semble perdre ainsi de sa monotonie habituellement acquise à un niveau perceptif, mais le traitement conscient de l'objet apparaît limité en dehors de l'interprétation paranoïaque.

Madeleine Derombie dans sa thèse autour d'un trouble considéré alors comme proche de la paranoïa (« *L'illusion des sosies, forme particulière de la méconnaissance systématique* », en 1935 [47]) décrit quand à elle la « négligence des traits caractéristiques d'un objet, la forme essentielle, les lignes générales, pour s'attacher à des nuances subtiles, à des différences insaisissables, à des modifications imperceptibles démesurément grossies ». La recherche de détails visuels par le patient vient systématiquement enrichir et confirmer la croyance d'une persécution ou d'un remplacement de ses proches par des sosies.

Ernst Kretschmer reconnaît par ailleurs une portée poétique au regard paranoïaque: « un regard fugitif jeté par la portière d'un carrosse est une expérience qui est une source à laquelle il puise pendant des années. (...) Un regard jeté par une princesse où l'on croit discerner l'amour est donc pour le paranoïaque son expérience vécue, et tout le délire amoureux qui s'ensuit est par là réactionnel, psychogène ». Cependant, pour Kretschmer, « les matériaux extérieurs sont des éléments accessoires » (objets sur lesquelles l'attention se focalise) et « ce sont les expériences intérieures qui créent le paranoïaque » [34]. Ces « matériaux extérieurs » sont secondaires, puisque le sens donné aux choses sera systématiquement dominé par l'auto-concernement, et la menace.

3.2 Notions issue de la psychiatrie phénoménologique

Les observations psychopathologiques phénoménologiques d'Eugène Minkowski et Georges Lantéri-Laura évoquent quand à elles la paranoïa comme « l'expérience y ayant perdu la catégorie de la contingence » [49] [50], la contingence étant décrite comme « une catégorie fondamentale de notre existence, garantissant que, dans l'ordre général du monde, peu nous concerne singulièrement »). Cette perte de contingence est notamment au cœur du modèle de la paranoïa proposé par Y. Craus [48], issu de ces travaux phénoménologiques. Par ailleurs, pour Ariane Bilheran [51]: «la conscience paranoïaque, jamais au repos, est à l'affût de la moindre perception, qu'elle englobe dans un réseau d'interprétations ». Ainsi, le paranoïaque « intuitionne, derrière le moindre signe, ou la moindre absence de signe, la persécution ».

L'état perceptif décrit dans ces observations phénoménologiques, état « à l'affût », avec une attention portée sur des détails fugaces, semble s'accorder avec l'hypothèse d'une influence de la dimension paranoïaque sur l'exploration et le traitement de l'information visuelle, avec une sensibilité à la distraction et au changement.

3.3 Apports de la linguistique

La différenciation apportée en linguistique entre « voir » et « regarder » semble également pouvoir apporter un éclairage sur la clinique du regard paranoïaque: J.J Franckel décrit: « on est maître du fait que l'on regarde, non du fait que l'on voit » [55]. Ainsi , si « regarder » fait intervenir la construction par le sujet d'un objet à regarder, « voir » n'implique pas la construction d'un objet à voir [54]. Ce principe est également évoqué par C.Fuchs lorsqu'il relève « l'opposition entre voir

vision subie et regarder vision voulue » ou « entre regarder *visée* et voir *résultat de cette visée*»[56]. Pour Franckel , « l'expérience est directe avec regarder, au sens où le sujet lui même construit l'objet à regarder: il y a construction du regardable par un sujet ». Dans le cas d'une confrontation à un visage neutre, celui ci pourrait constituer un « piège à regard » pour le patient; piège où, d'après Lacan, « ce que je regarde n'est jamais ce que je veux voir » [52]. L'ambiguïté du visage neutre constituerait ainsi pour le patient paranoïaque un terrain favorable à la construction, par le regard, de ce qu'il veut voir: la menace, condition nécessaire à la confirmation de sa pensée délirante de persécution.

3.4 L' hypothèse d'une influence paranoïaque sur l'exploration visuelle

Nous appuyant sur les évolutions récentes du concept de paranoïa, nous l'envisagerons ici comme une dimension de méfiance et de persécution, fluctuant à un niveau intra et inter-individuel, dans la population générale mais aussi chez des patients présentant un trouble délirant ou une schizophrénie (« méfiance et persécution » étant un des items de l'échelle positive de la PANSS-Positive and Negative Syndrome Scale- cf Annexe 1). Il est important de noter que cette approche transnosographique serait plus difficile à envisager en langue anglaise, où la même terminologie « paranoid » recouvre les adjectifs « paranoïaque » et « paranoïde » distincts en français (l'adjectif paranoïde en français évoquant une symptomatologie spécifique à la schizophrénie, avec ses mécanismes et thématiques délirants multiples).

Cette particularité linguistique participe probablement à « l'évanouissement nosographique » [43] de la paranoïa dans les classifications anglo-saxonnes, illustré dans le tableau 1, et le maintien de l'intérêt des psychiatres francophones pour ce concept.

Dans ce cadre, l'hypothèse d'une influence paranoïaque sur l'exploration visuelle permet une première interprétation concernant les données contre-intuitives évoquées initialement :

- L'orientation du regard vers toute intrusion d'une nouvelle information pourrait être la conséquence d'un fonctionnement délirant d'auto-protection: chaque information pouvant prendre sens dans un système de pensée marqué par une menace permanente, aucune ne pourrait être ignorée. Le patient présenterait dans ce cadre de meilleures performances à la détection implicite de tout changement de son environnement, qui constituerait, quelque soit sa pertinence, une saillance perceptive. Le traitement explicite de la nouvelle information pourrait être relégué au second plan du fait de la présence d'une interprétation consciente dominante de menace.
- L'existence de variations intra-individuelles de la clinique paranoïaque pourrait constituer une piste d'explication à la normalisation du pattern d'exploration visuelle d'un visage lors de l'accomplissement d'une tâche simple à questions fermées simultanée (reconnaître l'âge, le sexe, déterminer si le visage est connu) par rapport à une tâche d'observation libre du visage [42]. L'exploration visuelle libre sans consigne (et donc ouverte à interprétation) face à un visage neutre et ambigu étant possiblement plus insécurisante qu'une tâche à but simple, elle pourrait être à l'origine d'une fluctuation haute de la clinique paranoïaque (ceci en accord avec le modèle de Freeman évoquant l'influence des informations ambiguës sur cette symptomatologie, et avec le modèle de Bentall évoquant des fluctuations d'état en lien avec un sentiment d'insécurité). Le sentiment du patient paranoïaque d'être «piégé» par l'image pourra alors être omniprésent (sentiment également décrit par Azoulay, lors d'un passage de tests projectifs [1]). Cette hypothèse semble par ailleurs s'accorder avec les résultats de l'étude d'oculomotricité d'Hillmann [58] évoquant, en condition de stress, un parcours visuel sur les visages neutres plus restreint, possiblement évitant, chez des sujets présentant une symptomatologie paranoïaque.

Afin d'enrichir l'hypothèse d'une orientation « paranoïaque » de la perception visuelle et de son traitement, les caractéristiques de l'observation des visages par ces patients pourraient être intéressantes. La confrontation à des visages lors de mesures d'oculométrie- tâche d'autant plus ambiguë que le visage est neutre- pourrait constituer un dispositif favorable à une fluctuation haute de la clinique paranoïaque et apporter des données permettant d'évaluer cette hypothèse.

II. ARTICLE

1. Introduction

Explorer visuellement un visage est un «art collectif» présentant une certaine régularité entre les sujets sains dans une culture donnée [6]. Ce regard, du fait d'échanges continus et réciproques (avec l'environnement, la mémoire ou les émotions) et de sa fragilité (il semble être perturbé dans la plupart des troubles psychiatriques), constitue un carrefour au sein de l'entre-deux relationnel, présent dès les premières interactions. L'observation de la réactivité de nouveaux-nés n'ayant jamais été confrontés à des visages auparavant a ainsi confirmé un intérêt des humains dès leur naissance pour les visages plus que pour tout autre stimulus [11]. Par la suite, le face à face aura pour l'enfant un rôle développemental majeur: il aura une influence sur l'exploration du reste de son environnement [27], et sur la capacité à auto réguler son attention [10]. Le paradigme du «still face» est décrit dans cette période où l'exploration du visage est essentielle dans le développement [36]. L'enfant, face au visage inexpressif ou « neutre » de la mère, vit une situation d'inconfort majeur. Cet inconfort consécutif à ce face à face avec un visage inexpressif, dès les premières interactions, semble être un déterminant puissant du comportement humain.

En effet, explorer visuellement un visage est un des actes qui fonde la relation, et il n'est pas surprenant de constater que chez l'adulte, de nombreuses pathologies portant atteinte au fonctionnement relationnel perturbent également cette exploration: la schizophrénie, les troubles bipolaires [18], la dépression [33], ou même certains troubles de la personnalité, comme la personnalité schizotypique [20]. Pour évaluer ces perturbations, les travaux autour de mesures d'oculomotricité ont ainsi proposé cette confrontation à des visages, neutres ou expressifs à des patients. Quels ont été les buts de ces études? Tenter d'objectiver une différence chez ses patients, dans l'exploration visuelle d'une part, et dans la capacité de reconnaissance des émotions faciales d'autre part (avec des résultats fréquemment contradictoires [4]).

Dans cette optique, les visages neutres sont le plus souvent utilisés comme un simple étalonnage, intermédiaire comparatif pour les visages à expression positive et négative.

Nous verrons qu'un visage neutre est porteur d'une complexité suffisante pour questionner ce modèle, notamment lorsqu'il est observé par un individu présentant un délire de persécution. Nous tenterons de présenter le défi interprétatif qu'un visage neutre et son ambiguïté représente pour le regard d'un patient paranoïaque, en prenant appui sur les études d'oculomotricité, à travers la symptomatologie clinique et son influence sur la sphère relationnelle. Nous reprendrons enfin le sens que pourrait prendre les caractéristiques de l'exploration visuelle des membres de la famille au premier degré de ces patients.

2.L'impossibilité du visage neutre

A quoi correspond la neutralité des visages, présentés à des patients dans des conditions expérimentales? Si l'adjectif « neutre » peut être utilisé pour décrire l'absence d'expression motrice faciale des émotions sur les visages présentés en condition expérimentale, il ne saurait être étendu aux nombreuses autres informations que ces visages peuvent porter. Pour Levinas [22], le visage, métaphore de la vulnérabilité de l'autre face à soi, est fondamentalement ambivalent : il signifierait à la fois invitation à la violence, mais aussi l'obligation à la responsabilité et à la solidarité: « Le visage de l'autre m'investit de responsabilité par sa vulnérabilité même ».

Cette intuition de l'ambivalence fondamentale du visage, paraît tout aussi pertinente à un niveau perceptif. La quantité d'informations susceptibles d'être observées sur un visage neutre est en effet considérable: les indices de l'identité individuelle ou de l'intention, mais aussi des valences subtiles incluant la confiance, l'attractivité, l'introversion, la dominance [35], autant d'éléments n'ayant pas systématiquement de conséquences faciales motrices «visibles».

Il semble ainsi que les images de visages appartenant à la catégorie «neutre» utilisées dans l'IAPS (International Affective Picture System), varient en réalité dans le niveau d'ambivalence qu'elles suscitent [31](dans le sens où elles sont susceptibles de provoquer des émotions contradictoires chez l'observateur). Ces données pourraient remettre en question les protocoles de recherche incluant ces images neutres sans intégrer de notion d'ambivalence potentielle. De plus, une activité cérébrale augmentée chez les patients schizophrènes face à des stimuli neutres, particulièrement lors que ces stimuli sont des visages [29], pourrait, au delà de l'hypothèse d'activations aberrantes, être en lien avec un traitement intense de cette ambiguïté.

Par ailleurs, ces images présentent une caractéristique qui remet là aussi en question leur neutralité: les visages qu'elles contiennent regardent l'observateur directement. Or les regards directs ne sont jamais neutres, comme l'exemple du cinéma contemporain avec «les regards à la caméra» (et donc au spectateur) décrits par Roland Barthes nous le montre: «*Un seul regard venu de l'écran et posé sur moi, tout le film serait perdu*» [3].

3.Un défi interprétatif

Durant l'exploration d'un visage, des saccades oculaires dirigent la fovéa (zone de la rétine où la vision des détails est la plus précise) vers des zones où se mettent en place des fixations visuelles, en général pour quelques dixièmes de seconde. Durant ces fixations, des informations visuelles détaillées sur cette partie du stimulus sont fournies, pendant que des processus cognitifs agissent en parallèle, utilisant des informations para-fovéales et rétinales périphériques pour déterminer la localisation de la prochaine fixation [15]. Ce parcours de fixations constitue donc pour l'observateur une exploration de zones d'intérêt.

Le recours à des images de visage est fréquent dans la recherche d'un déficit de reconnaissance des expressions émotionnelles. Ainsi, par nécessité expérimentale, et afin de limiter les biais en lien

avec les autres informations portées par le visage (indices de l'identité individuelle notamment), les auteurs de ces travaux en ont progressivement retiré tout contexte environnemental, le reste du corps, les couleurs, les cheveux... L'utilisation notamment d'outils d'égalisation tels la SHINE toolbox [66], permet une retouche de paramètres tels que contraste, luminosité, couleurs... (Annexe 7)

Du fait de cette perte d'informations, pourtant décisives pour la reconnaissance des émotions [2], le visage ainsi réduit à une figure inexpressive, quasi schématique, peut devenir paradoxalement un véritable défi interprétatif. Ce défi, le sujet sain pourra le relever sans difficultés majeures: son regard pourra explorer une figure inanimée, n'y reconnaissant aucune émotion ni positive ni négative. Pour le patient se sentant menacé ou persécuté, le défi est tout autre: l'exploration d'un visage neutre, ambigu et sans aucun indice contextuel, pourra être à l'origine d'un travail interprétatif intense. L'impression de centralité du patient paranoïaque, et la sensation d'être «piégé» par l'image pourraient alors être favorisées par ce type de dispositif, d'autant plus que l'exploration visuelle est libre et sans consigne (et donc possiblement plus insécurisante et ambiguë qu'une exploration avec un but simple).

4. Les données d'oculomotricité

Les études d'oculomotricité en psychiatrie incluent fréquemment des patients atteints de schizophrénie. Ces patients semblent présenter un schéma d'exploration des visages globalement limité, incluant des fixations moins nombreuses, de plus longue durée, moins distantes les unes des autres, étendues jusqu'à des zones non pertinentes, et moins présentes dans les zones pertinentes [21, 23, 28] (les zones pertinentes étant constituées de la triade yeux-nez-bouche, schéma idiosyncratique de l'exploration visuelle d'un visage chez le sujet sain [69], Annexe 6). Les travaux traitant des liens entre l'exploration visuelle et la clinique de la schizophrénie (en fonction d'une

symptomatologie positive ou négative par exemple) demeurent néanmoins contradictoires [4].

Plus spécifiquement, les liens entre une symptomatologie délirante de persécution (dans le cadre d'une pathologie psychiatrique comme la schizophrénie ou dans la population générale) et l'exploration visuelle d'un visage neutre constituent une piste peu exploitée, l'utilisation de ces visages comme simples comparatifs étant la plus fréquente.

4.1 Chez les patients délirants atteints de schizophrénie

Les patients schizophrènes délirants présentent des fixations visuelles moins nombreuses et d'une durée plus courte sur un visage quelque soit son expression que les patients non délirants dans l'étude menée par Green [13], avec une amélioration des patterns d'exploration lors d'un test à distance après diminution des symptômes délirants [28]. L'existence de résultats contradictoires relevés dans la revue de littérature de Beedie et al. vient cependant mesurer ces résultats [4]. L'exploration plus spécifique de visages neutres par des patients schizophrènes délirants semble néanmoins marquée par un nombre de fixations proportionnellement plus important que face à un visage exprimant la peur, cette tendance étant inverse chez les patients non délirants [13]. Une corrélation positive entre la précision de la reconnaissance d'une expression neutre et des distances plus longues entre les points de fixation, suggère en outre qu'un parcours plus «étendu» du regard pourrait participer à la recherche d'identification d'une expression ambiguë chez les patients schizophrènes délirants [13].

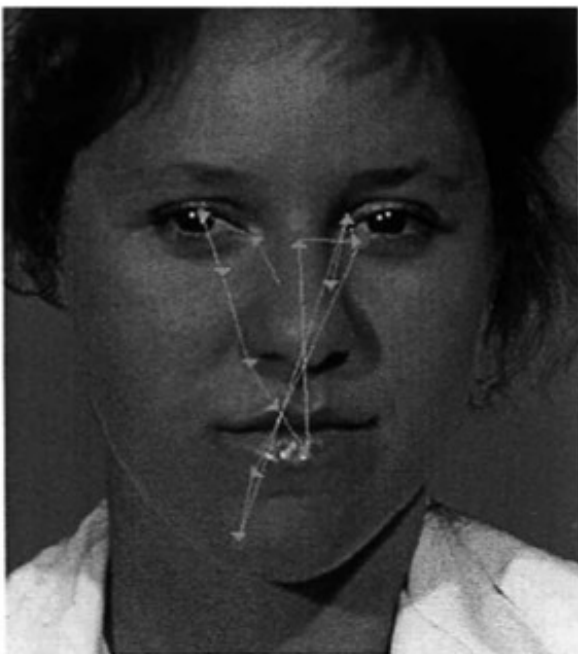
4.2 Chez les sujets délirants dans la population générale

Dans la population générale, la présence d'une symptomatologie délirante semble liée de façon similaire à un nombre de fixations visuelles moins important lors de l'exploration d'un visage

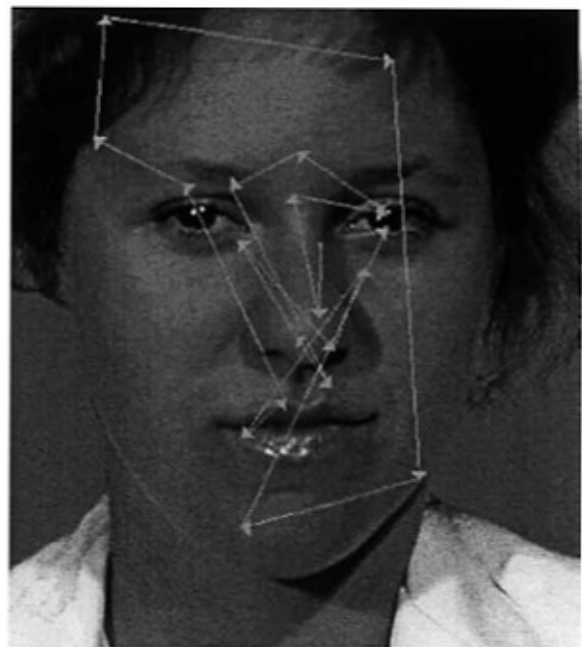
quelque soit son expression, mais aussi à un nombre de fixations proportionnellement plus important face à un visage neutre que face à un visage exprimant colère ou peur [12] (la symptomatologie délirante étant évaluée par le questionnaire Peters et al Delusion Inventory PDI [19]). Un évitement conscient des stimuli menaçants [12], ainsi qu'une exploration plus active des visages neutres pourraient constituer une interprétation à ces données.

On retrouve également pour ces individus délirants une exploration étendue sur une zone plus large des visages, notamment neutres [12].

On note néanmoins des résultats différents dans d'autres études d'oculomotricité, avec, chez les sujets présentant un score haut à la PCL (Paranoia Check List de Freeman [38]) une réduction significative du nombre de fixations [16], et un parcours visuel plus restreint [58] sur les visages neutres .



parcours visuel chez les sujets en population générale sans symptomatologie délirante face à un visage neutre [12]



parcours visuel chez les sujets en population générale avec symptomatologie délirante face à un visage neutre [12]

5. Interprétation des données

5.1 Un schéma de « vigilance-évaluation-évitement » face aux visages neutres ?

Certaines données similaires chez des individus présentant une pensée marquée par des éléments délirants (dont la persécution est le thème le plus fréquent) dans le cadre d'une schizophrénie ou dans la population générale sont ainsi relevées. L'existence de résultats parfois contradictoires pourraient en partie être liés la dimension fluctuante de la paranoïa.

Un schéma de «vigilance - évitement» est proposé par Green pour décrire le parcours visuel et attentionnel chez les patients délirants, atteints de schizophrénie ou non, lors de l'exploration libre d'un visage, sans consignes (en dehors de celle de « penser à comment la personne à l'air de se sentir ») [12][13]. Ce schéma décrit une orientation vers les stimuli et les zones en rapport avec une expression menaçante à un niveau attentionnel et perceptif précoce (évoquant une vigilance à « l'attente d'une menace »), mais un évitement des stimuli du visages exprimant colère ou peur à un niveau attentionnel conscient.

Cette notion de vigilance semble s'accorder avec l'observation de performances parfois meilleures chez les patients schizophrènes que chez les sujets sains dans la détection implicite du changement de leur environnement visuel (malgré un traitement explicite de ces nouvelles informations plus long) [40], ou dans la reconnaissance d'expressions faciales menaçantes [17].

L'évitement semble marquer la dernière phase du parcours visuel des sujets délirants quelque soit l'expression du visage. Face à un visage neutre, un parcours visuel plus étendu pourrait aussi s'accorder avec une recherche d'identification de la part du patient présentant un délire de persécution, constituant un schéma de « vigilance-évaluation-évitement ».

5.2 L'anticipation d'une menace

Toute information négative préalable donnée à l'observateur aura tendance à atténuer l'ambiguïté d'un visage neutre, qui sera automatiquement exploré comme négatif ou menaçant [32]. Il est possible que « l'anticipation d'une menace ou d'événements à venir négatifs » décrite par Freeman dans son modèle cognitif du délire paranoïaque [70] puisse avoir une influence similaire. L'obtention de preuves confirmatoires est favorisée dans ce modèle par un biais d'attention, la menace étant traitée en priorité, et un biais de confirmation (les informations déjà établies sont, au niveau cognitif, prioritaires vis à vis des nouvelles informations). L'observation chez les patients délirants d'une plus grande influence de la sphère cognitive et des croyances sur la perception [30] semble aller dans le sens de cette influence décisive sur l'exploration visuelle.

S'accordant avec ce modèle, la présence de fixations visuelles plus étendues peut être interprétée comme une recherche d'identification. Une exploration orientée vers les zones faciales en rapport avec une expression menaçante, évoquant une vigilance à « l'attente d'une menace » correspondrait à la recherche de preuves confirmatoires, anticipant un événement négatif, avec une tendance à significativement sur-identifier des émotions faciales neutres ou non menaçantes comme menaçantes [5], [53].

5.3 La nécessaire sortie de l'ambiguïté

Certains biais cognitifs fréquemment évoqués chez les patients paranoïaques, comme le biais « need for closure » [57], désignant la tendance à répondre n'importe quelle réponse plutôt que la confusion, ainsi que le biais « jumping to conclusion », ou tendance à conclure hâtivement [8], pourraient participer à la tendance à l'évitement final du visage neutre, figurant une probable nécessité de sortie de l'ambiguïté.

Un nombre de fixations réduit sur les visages neutres chez les individus à haut score de PCL [16] est interprété par les auteurs comme pouvant être en lien avec une limitation à la collecte de données du fait de ces biais cognitifs. Un nombre de fixations plus faible face à un visage exprimant colère ou peur que face à un visage neutre [12] pourrait signifier une gradation dans le traitement de ces données visuelles : plus la menace est claire, moins la collecte de nouvelles données est nécessaire. Dans ce cas, la phase d'évaluation précipiterait la phase d'évitement au sein d'un schéma « vigilance-évaluation-évitement ».

En outre, pour résoudre une situation ambiguë, il semble que les informations "pro-attitudinales" soient perçues comme les plus en mesure de diminuer cette ambiguïté; avec pour conséquence un niveau élevé de traitement des informations en accord avec les connaissances et interprétations préalables [26]. Dans la mesure où un haut niveau de traitement des informations peut amener à des attitudes fortes et continues dans le temps avec une influence sur les pensées et les comportements [39], une confrontation persistante à l'ambiguïté pourrait ainsi participer au maintien et au renforcement d'une clinique paranoïaque préexistante. Ainsi, la confrontation à l'ambiguïté du visage neutre semble illustrer l'impasse rencontrée par les patients paranoïaques face à la complexité des interactions relationnelles : la sortie de l'ambiguïté ira dans le sens de la perception d'une menace et d'un rejet de la relation, et le maintien de l'ambiguïté ira dans le sens du renforcement de la paranoïa.

6. Une atteinte familiale du regard?

Des atteintes de la poursuite visuelle régulière sont fréquemment évoquées chez les parents au premier degré de patients schizophrènes. Plusieurs études suggèrent que ces anomalies pourraient être présentes indépendamment de l'existence de pathologie psychiatrique ou de traits de personnalité du spectre psychotique chez les membres de la famille [59], [60].

Des perturbations de l'exploration des visages sont également retrouvées chez les parents au premier degré. Ces perturbations semblent similaires à celles des patients, et présentes à un niveau d'atteinte intermédiaire entre patients et sujets sains [24]. L'hypothèse d'un marqueur de vulnérabilité familiale, sensible car présent en dehors de toute expression pathologique clinique peut être évoquée; le potentiel des humains en interaction à partager des attitudes et des croyances similaires, indépendamment de toute dimension pathologique, est un autre paramètre à envisager. En effet, à travers l'éclairage des théories des cognitions partagées [7], ou de la réalité partagée [14], on observe que la proximité physique peut entretenir des états cognitifs et des fonctionnements relationnels issus d'une construction commune.

De plus, ces états cognitifs partagés auraient tendance à influencer les performances à l'accomplissement de tâches complexes d'un groupe [25]. La tâche complexe d'observer un visage, et d'en traiter les informations subtiles subira donc vraisemblablement cette influence. Ces états cognitifs partagés pourraient renforcer les idées paranoïaques, auto-entretenues par le patient et ses proches. Dans certains cas, l'entourage se montrant de plus en plus méfiant, l'exclusion s'installe progressivement. Les relations familiales peuvent se charger alors d'une ambiguïté forte à l'égard du patient, avec des sentiments de rejet et d'affection simultanés. Cette ambiguïté, susceptible d'entretenir la symptomatologie paranoïaque, et le regard du patient (et potentiellement de ses proches par le biais d'états cognitifs partagés) risque alors d'évoluer dans le sens d'un évitement et d'une rupture relationnelle.

7. Conclusion

Après un face à face avec un visage neutre, le patient paranoïaque pourrait parler du visage qu'il vient de voir. Ce qu'il a vu et interprété, loin de traduire la vérité du visage observé, parlera plutôt de l'envahissement paranoïaque de sa pensée.

Les études d'oculomotricité sont néanmoins encore trop peu nombreuses et reproduites, et leurs résultats trop contradictoires pour qu'un modèle cohérent de l'influence de la paranoïa sur la perception visuelle puisse être retenu actuellement. Malgré l'existence de données similaires entre les patients atteints de schizophrénie et dans la population générale, mais ayant en commun une symptomatologie délirante persécutive, le choix de considérer cette dimension transnosographique de la paranoïa est également sujet à discussion.

En condition de laboratoire, la prise en compte de cette influence semble cependant intéressante, notamment lors de l'exploration visuelle de stimuli ambigus, tels que des visages neutres. Ces protocoles, par le regard figé qu'ils confrontent à l'observateur, semblent susceptibles de valider l'impression de «centralité» du patient paranoïaque (préalable à l'impression de menace) et peuvent constituer, par l'ambiguïté du stimulus, un défi interprétatif susceptible d'une fluctuation haute de la paranoïa.

Levinas évoque la nécessité de sortie de ce qu'il nomme le « il y a », un « silence bruissant », dont le visage neutre semble être une illustration, et dont il propose une « solution » par la relation sociale avec autrui (une relation « dés-inter-essée » pour souligner la sortie de l'être qu'elle signifie). Cette solution apparaît limitée pour les patients présentant une clinique paranoïaque, du fait de cette impression de « centralité » et des caractéristiques du regard sur un visage neutre, pouvant constituer le niveau élémentaire d'un parcours relationnel plus global s'échouant dans l'évitement et la rupture relationnelle. Cet échec, Levinas le résume ainsi: «C'est lorsque vous voyez un nez, des yeux, un front, un menton, et que vous pouvez les décrire que vous vous tournez vers autrui comme vers un objet. La meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne même pas regarder la couleur de ses yeux» [26]. Ainsi, face à l'ambiguïté au sein d'une interaction humaine, ce passage d'un niveau perceptif à un niveau cognitif (« et que vous pouvez les décrire ») semble au coeur du risque d'échec de cette interaction. Umberto Eco s'interrogeant ainsi sur “ les limites de l'interprétation ”, nous rappelle la nécessité d'une tension entre la littéralité, avec ses preuves, et le délire, avec ses

inventions. Le retour de cette tension pourrait constituer un horizon relationnel et thérapeutique pour ces patients.

III. CONCLUSION

1. Limitations

Si les résultats de plusieurs études d'oculomotricité semblent s'accorder avec l'hypothèse d'une influence d'une dimension paranoïaque sur l'exploration visuelle, l'existence de données expérimentales fréquemment contradictoires ne permet pas le développement d'un modèle explicatif satisfaisant actuellement. Les limites de ces études ne semblent pas liées à un défaut de précision des instruments de mesure, mais plutôt à la complexité de la clinique psychiatrique mise en jeu. L'apport des descriptions psychiatriques classiques, ainsi que celles de la psychopathologie phénoménologique et cognitive ayant traité de la paranoïa et du regard semblent néanmoins renforcer cette hypothèse.

Le choix d'associer, par le biais de la symptomatologie paranoïaque, les explorations visuelles de patients atteints de schizophrénie comme d'individus sains apparaît envisageable du fait du développement contemporain d'une approche nosographique psychiatrique dimensionnelle. Cette approche permettrait par ailleurs de limiter la stigmatisation des patients liée à ce terme: la paranoïa étant, avec la schizophrénie, la seule pathologie psychiatrique ayant son propre apocope passé dans le langage courant : « parano » et « schizo »... une approche dimensionnelle, incluse à divers degrés dans la population générale, pourrait réduire la division en « malades » et « non malades ». Néanmoins, ce choix reste discutable et ne saurait écarter, dans le cas d'une schizophrénie, l'inscription de cette dimension persécutive au sein d'un ensemble clinique (hallucinations, atteintes cognitives, trouble thymique...) susceptible d'influencer également l'exploration visuelle. Par ailleurs, le délire paranoïaque est fréquemment associé à une symptomatologie anxieuse ou dépressive, également en mesure d'avoir une influence sur le regard [33]. L'existence de perturbations sensorielles précoces chez les patients schizophrènes [65] vient également complexifier la possibilité d'un modèle explicatif cohérent.

Si les mesures d'oculomotricité restent donc encore à confronter à cette richesse clinique, les évolutions de la nosographie psychiatrique risquent de modifier leurs interprétations. La disparition progressive du concept de paranoïa pourrait constituer ainsi une limite dans la compréhension des mesures d'oculomotricité dans l'étude de l'exploration visuelle des visages.

2. Perspectives de recherche

Du fait d'une clinique fluctuante à un niveau intra-individuel, notamment en fonction d'éléments environnementaux, certains protocoles de recherche pourraient favoriser l'expression d'une dimension paranoïaque : la confrontation avec des stimuli ambigus comme des visages neutres par exemple. Cependant, aucune étude à notre connaissance n'a été mise en place en prenant en compte ces éléments, la neutralité des visages étant largement utilisée comme une figure de base dont l'exploration visuelle n'est décrite qu'en comparaison à celles portées sur des visages expressifs.

Ne pas considérer cette influence potentiellement fluctuante de la paranoïa sur le regard, quelque soit la population observée, pourrait participer à une perte de cohérence des résultats de mesure d'oculomotricité. Afin de pouvoir prendre en compte cette influence, l'utilisation d'une échelle de la paranoïa intégrant les fluctuations de cette clinique [68] pourrait être intéressante.

Par ailleurs, dans tout protocole mettant en jeu une interaction (patient/expérimentateur, patient/technicien...), prend place une relation sociale à dynamique propre impliquant des éléments verbaux et non-verbaux. Concernant l'exploration visuelle d'un visage, l'influence de la présence d'une information préalable (verbale ou non verbale) est documentée [46]. Avant de voir le visage de l'image présentée sur écran, le patient voit le visage de l'expérimentateur, et échange éventuellement avec lui, dans un environnement particulier: cette influence peut être décisive dans les résultats de l'étude. Ecarter au maximum cette influence paraît complexe face au patient présentant un délire de persécution, dont la préoccupation principale – celle des autres à son égard –

le positionne automatiquement au sein d'une interaction potentiellement riche de sens à interpréter. De plus, il pourrait avoir tendance à évaluer l'espace commun mis en place pour la recherche comme susceptible de constituer une menace.

Il semblerait intéressant dans ce cas de pouvoir apporter une description la plus développée et précise possible du dispositif, tant matériel que relationnel (souvent limitée dans la partie Matériel et méthode), et à étendre cette description par exemple au lieu, aux intervenants, à la durée de l'intervention, au contenu des échanges verbaux et non verbaux. Ceci pourrait permettre aux lecteurs et chercheurs d'envisager le cadre relationnel mis en place et d'apporter une interprétation plus en lien avec la clinique.

3. Perspectives psycho-thérapeutiques

Les données relevées dans les études d'oculomotricité semblent porter un intérêt particulier en terme de prise en charge psychothérapeutique :

La normalisation du pattern d'exploration visuelle des visages lors d'une tâche simple [42] nous rappelle l'importance d'un cadre plus sécurisant car moins ambigu pour le patient : il nous rappelle aussi que tout contexte d'expertise ou d'évaluation en urgence, s'il permettra d'apprécier le risque auto ou hétéro-agressif, rendra très difficile l'instauration d'une alliance thérapeutique.

Un lien semble exister entre les perturbations de l'exploration visuelle des visages neutres et l'échec relationnel: un lien tissé par l'hyper-vigilance, la méfiance et l'évitement. L'expression émotionnelle du soignant devrait pouvoir être claire et lisible pour le patient, toute information ambiguë étant immédiatement traitée (biais « need for closure »), dans le sens d'une croyance préalable (de menace par exemple, biais de confirmation).

Un moment clé du début de l'interaction avec ces patient nous paraît être celui du partage de ce qui est « regardable » (c'est à dire non ambigu, sans évitement) pour le patient. Si ce moment est fréquemment marqué par une tentative de contrôle de l'espace relationnel et une certaine impulsivité, le patient peut prendre le temps nécessaire pour permettre à son interlocuteur une exploration sensorielle complète de certains éléments (vidéo, documents administratifs...).

Pour chacun de ces éléments, le moment de passage du perceptif à l'interprétatif est périlleux au niveau relationnel. Cependant, et au delà de l'analyse du contenu de ces éléments (déliquant/non déliquant, orientation vers un persécuteur désigné, contenu menaçant), ce moment d'exploration sensorielle commune d'un élément « regardable » pourrait constituer un début d'alliance thérapeutique.

Ce moment, souvent abrégé car chargé de contenu déliquant, devrait pouvoir s'appuyer sur les échanges perceptifs et non-verbaux. En effet, la relation risquera de rompre plutôt sur un critère de contenu informatif ; la paranoïa a ainsi longtemps été considérée comme rendant impossible toute relation thérapeutique (qualifiée de « psychose incurable » par Serieux et Capgras dans « Le délire d'interprétation et la folie systématisée » en 1910). La pensée paranoïaque contient en outre sa propre capacité d'auto-entretien en terme de contenu d'informations: lui opposer un contenu contradictoire l'amplifiera, la menace étant validée par cette nouvelle contradiction; et un contenu en accord (acceptant l'idée d'une persécution par exemple) la confirmera. Nous avons vu en outre qu'une confrontation continue à l'ambiguïté pourrait également participer au maintien et au renforcement d'une clinique paranoïaque préexistante (un haut niveau de traitement des informations pouvant amener à des attitudes fortes et continues dans le temps). Proposer une interaction claire et facilement lisible pour le patient au niveau verbal et infra-verbal semble ainsi indispensable.

« Car nous ne trouverons la solution du problème de la paranoïa que lorsque nous admettrons franchement qu'il y a des paranoïaques mais qu'il n'y a pas de paranoïa » écrivait Kretschmer [34].

Si elle permet d'aller au delà de l'analyse et de l'interprétation du contenu de la pensée face à ces patients (inscription de la croyance dans la réalité, adhésion au délire, critique du délire), l'approche dimensionnelle devrait permettre de se concentrer sur les risques évolutifs, comme l'émergence d'un persécuteur ou le repli dépressif, évolution où les risques hétéro ou auto agressifs sont majeurs. Umberto Eco s'interrogeait ainsi sur “ les limites de l'interprétation ”, nous rappelant la nécessité d'une tension entre la littéralité, avec ses preuves, et le délire, avec ses inventions [37]. Permettre un retour de cette tension pourrait constituer un horizon thérapeutique pour ces patients.

IV. Bibliographie

- [1] Azoulay C. Les mécanismes paranoïaques dans les épreuves projectives : revue des principaux auteurs. *Psychologie clinique et projective*. Jan;(13):35–56.
- [2] Barrett LF, Mesquita B, Gendron M. Context in Emotion Perception. *Current Directions in Psychological Science*. 2011 Oct 1;20(5):286–90.
- [3] Barthes R. *L’Obvie et l’Obtus. Essais critiques 3. Sciences humaines - Seuil | Editions Seuil*.
- [4] Beedie SA, Benson PJ, St Clair DM. Atypical scanpaths in schizophrenia: evidence of a trait- or state-dependent phenomenon? *J Psychiatry Neurosci*. 2011 May;36(3):150–64.
- [5] Behere RV, Venkatasubramanian G, Arasappa R, Reddy NN, Gangadhar BN. First rank symptoms & facial emotion recognition deficits in antipsychotic naïve schizophrenia: Implications for social threat perception model. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 Aug 15;35(7):1653–8.
- [6] Blais C, Jack RE, Scheepers C, Fiset D, Caldara R. Culture Shapes How We Look at Faces. *PLoS ONE [Internet]*. 2008 Aug 20 [cited 2016 Oct 11];3(8).
- [7] Cannon MD, Edmondson AC. Confronting Failure: Antecedents and Consequences of Shared Beliefs about Failure in Organizational Work Groups. *Journal of Organizational Behavior*. 2001;22(2):161–77.
- [8] Dudley R, Taylor P, Wickham S, Hutton P. Psychosis, Delusions and the “Jumping to

Conclusions” Reasoning Bias: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2016 May;42(3):652–65.

[9] Freeman D. Delusions in the nonclinical population. *Curr Psychiatry Rep.* 2006 Jun;8(3):191–204.

[10] Gable S, Isabella RA. Maternal contributions to infant regulation of arousal. *Infant Behavior and Development.* 1992 Jan 1;15(1):95–107.

[11] Goren CC, Sarty M, Wu PY. Visual following and pattern discrimination of face-like stimuli by newborn infants. *Pediatrics.* 1975 Oct;56(4):544–9.

[12] Green MJ, Williams LM, Davidson D. Visual scanpaths and facial affect recognition in delusion-prone individuals: Increased sensitivity to threat? *Cogn Neuropsychiatry.* 2003a Feb;8(1):19–41

[13] Green MJ, Williams LM, Davidson D. Visual scanpaths to threat-related faces in deluded schizophrenia. *Psychiatry Research.* 2003b Aug 1;119(3):271–85.

[14] Hardin CD, Tory E. Shared reality: How social verification makes the subjective objective. In: Sorrentino RM, Higgins ET, editors. *Handbook of motivation and cognition, Vol 3: The interpersonal context.* New York, NY, US: Guilford Press; 1996. p. 28–84. (Handbook of motivation and cognition.).

[15] Henderson JM. Visual Attention and Eye Movement Control During Reading and Picture

Viewing. 1992;260–83.

[16] Hillmann TE, Kempkensteffen J, Lincoln TM. Visual Attention to Threat-Related Faces and Delusion-Proneness: An Eye Tracking Study Using Dynamic Stimuli. *Cogn Ther Res.* 2015 Jun 4;39(6):808–15.

[17] Huang CL-C, Hsiao S, Hwu H-G, Howng S-L. Are there differential deficits in facial emotion recognition between paranoid and non-paranoid schizophrenia? A signal detection analysis. *Psychiatry Res.* 2013 Oct 30;209(3):424–30

[18] Kathmann N, Hochrein A, Uwer R, Bondy B. Deficits in gain of smooth pursuit eye movements in schizophrenia and affective disorder patients and their unaffected relatives. *Am J Psychiatry.* 2003 Apr;160(4):696–702.

[19] Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophr Bull.* 1999;25(3):553–76.

[20]Lenzenweger MF, O'Driscoll GA. Smooth pursuit eye movement and schizotypy in the community. *J Abnorm Psychol.* 2006 Nov;115(4):779–86.

[21]Leppänen JM, Niehaus DJH, Koen L, Schoeman R, Emsley R. Allocation of attention to the eye and mouth region of faces in schizophrenia patients. *Cogn Neuropsychiatry.* 2008 Nov;13(6):505–19.

- [22] Levinas, E. *Ethique et infini*. Paris: éditions Fayard ; 1982
- [23] Loughland CM, Williams LM, Gordon E. Visual scanpaths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample. *Schizophr Res*. 2002 May 1;55(1-2):159–70.
- [24] Loughland CM, Williams LM, Harris AW. Visual scanpath dysfunction in first-degree relatives of schizophrenia probands: evidence for a vulnerability marker? *Schizophr Res*. 2004 Mar 1;67(1):11–21.
- [25] Mathieu JE, Heffner TS, Goodwin GF, Cannon-Bowers JA, Salas E. Scaling the quality of teammates' mental models: equifinality and normative comparisons. *J Organiz Behav*. 2005 février;26(1):37–56.
- [26] Nordgren LF, van Harreveld F, van der Pligt J. Ambivalence, discomfort, and motivated information processing. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2006 Mar;42(2):252–8.
- [27] Pêcheux M-G, Ruel J, Findji F. Exploration des objets et interaction mère-bébé : une étude longitudinale entre 3 et 5 mois. *Enfance*. 2000;(4):329–49.
- [28] Phillips ML, David AS. Abnormal visual scan paths: a psychophysiological marker of delusions in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1998 Feb 9;29(3):235–45.
- [29] Potvin S, Tikász A, Mendrek A. Emotionally Neutral Stimuli Are Not Neutral in Schizophrenia: A Mini Review of Functional Neuroimaging Studies. *Front Psychiatry* [Internet]. 2016 Jun 22 [cited 2016 Oct 12];7.

- [30] Schmack K, Castro AG-C de, Rothkirch M, Sekutowicz M, Rössler H, Haynes J-D, et al. Delusions and the Role of Beliefs in Perceptual Inference. *J Neurosci*. 2013 Aug 21;33(34):13701–12.
- [31] Schneider IK, Veenstra L, van Harreveld F, Schwarz N, Koole SL. Let's not be indifferent about neutrality: Neutral ratings in the International Affective Picture System (IAPS) mask mixed affective responses. *Emotion*. 2016 Jun;16(4):426–30.
- [32] Suess F, Rabovsky M, Abdel Rahman R. Perceiving emotions in neutral faces: expression processing is biased by affective person knowledge. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2015 Apr;10(4):531–6.
- [33] Sweeney JA, Strojwas MH, Mann JJ, Thase ME. Prefrontal and cerebellar abnormalities in major depression: evidence from oculomotor studies. *Biol Psychiatry*. 1998 Apr 15;43(8):584–94.
- [34] Kretschmer Ernst Paranoïa et sensibilité, contribution au problème de la paranoïa et à la théorie psychiatrique du caractère, 1950, traduction de l'allemand par S.Horinson, PUF, 1963
- [35] Todorov A, Baron SG, Oosterhof NN. Evaluating face trustworthiness: a model based approach. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2008 Jun;3(2):119–27.

[36] Tronick, E., Adamson, L.B., Als, H., & Brazelton, T.B. Infant emotions in normal and perturbed interactions. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, CO. 1975, April.

[37] Eco U, Bouzaher M. Les limites de l'interprétation. Paris : B. Grasset. impr. 1992.; 1992.

[38] Freeman D, Garety PA, Bebbington PE, Smith B, Rollinson R, Fowler D, et al. Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *Br J Psychiatry*. 2005 May;186:427–35

[39] Wegener DT, Petty RE, Smoak ND, Fabrigar LR. Resistance and persuasion, Publisher: Lawrence Erlbaum Associates, Editors: Eric S. Knowles, J. A. Linn. 2004

[40] Grandgenevre P, Vaiva G, Boloix E, Bubrovszky M, Schwan R, Laprevote V. Dissociation of explicit and implicit responses during a change blindness task in schizophrenia. *Neuropsychologia*. 2015 May;71:11–7.

[41] M.G. Ducato, G.A. Michael, P. Thomas, P. Desprez, J.L. Monestes, G. Loas, M. Boucart
Attentional capture in schizophrenia: failure to resist interference from motion signals
Cogn. Neuropsychiatry, 13 (3) (2008), pp. 185–209

[42] Delerue C, Laprévotte V, Verfaillie K, Boucart M. Gaze control during face exploration in schizophrenia. *Neurosci Lett*. 2010 Oct 4;482(3):245–9.

[43] Prudent C, Evrard R, de Tychev C. La classification de la paranoïa dans la psychiatrie

américaine contemporaine : une revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*. 2017
Jan;82(1):191–216.

[44] Kendler KS. The Clinical Features of Paranoia in the 20th Century and Their Representation in Diagnostic Criteria From DSM-III Through DSM-5. *Schizophr Bull*. 2016 Dec 21;

[45] Freeman D, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Bebbington P. Concomitants of paranoia in the general population. *Psychol Med*. 2011 May;41(5):923–36.

[46] Kruglanski, A. W., Webster, D. M., & Klem, A. (1993). Motivated resistance and openness to persuasion in the presence or absence of prior information. *Journal of Personality and Social Psychology*, (65), 861-876

[47] M. Derombies, *L'illusion des sosies, forme particulière de la méconnaissance systématique*, Cahors, Imprimerie A. Coueslant, 1935, p 29-31.

[48] Craus Y. La perte de contingence : un concept phénoménologique renseignant les modèles cognitifs du délire de type paranoïaque. *L'Évolution Psychiatrique*. 2015 Oct;80(4):639–57.

[49] E. Minkowski *Traité de psychopathologie* (1966) Institut Synthélabo, Paris (1999)

[50] G. Lantéri-Laura, L. Del Pistoia, H. Bel Habib *Paranoïa Psychiatrie*, 37299 D10 (1985)

[51] BILHERAN A. Phénoménologie de la paranoïa Temps, Espace, Chroniques
phénoménologiques de *La revue de l'atelier de phénoménologie expérimentielle (Aphex)* Décembre

2016 numéro 3-4,

[52] Lacan J., *Le Séminaire, livre XI, op. cit., XI*

[53] Pinkham AE, Brelsinger C, Kohler C, Gur RE, Gur RC. Actively paranoid patients with schizophrenia over attribute anger to neutral faces. *Schizophr Res.* 2011 Feb;125(2-3):174–8.

[54] Corinne Ozouf, caractère différentiel et relation d'équivalence entre voir et regarder, *cahier du crisco n°16, mars 2004*

[55] Franckel J.J, *Etude de quelques marqueurs aspectuels du français, Genève-Paris, Droz, 1989*

[56] Fuchs C. *Paraphrase et énonciation, Paris, Ophrys, 1994*

[57] Bentall RP, Swarbrick R. The best laid schemas of paranoid patients: autonomy, sociotropy and need for closure. *Psychol Psychother.* 2003 Jun;76(Pt 2):163–71.

[58] Hillmann TE, Ascone L, Kempkensteffen J, Lincoln TM. Scanning to conclusions? Visual attention to neutral faces under stress in individuals with and without subclinical paranoia. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016 Aug 28;

[59] Lencer R, Sprenger A, Reilly JL, McDowell JE, Rubin LH, Badner JA, et al. Pursuit eye movements as an intermediate phenotype across psychotic disorders: Evidence from the B-SNIP study. *Schizophrenia Research.* 2015 Dec;169(1–3):326–33.

[60] Lencer R, Trillenber-Krecker K, Schwinger E, Arolt V. Schizophrenia spectrum disorders and eye tracking dysfunction in singleton and multiplex schizophrenia families. *Schizophr Res.* 2003 Mar 1;60(1):33–45.

[61] Sweeney JA, Luna B, Haas GL, Keshavan MS, Mann JJ, Thase ME. Pursuit tracking impairments in schizophrenia and mood disorders: step-ramp studies with unmedicated patients. *Biol Psychiatry.* 1999 Sep 1;46(5):671–80.

[62] Sweeney JA, Clementz BA, Haas GL, Escobar MD, Drake K, Frances AJ. Eye tracking dysfunction in schizophrenia: characterization of component eye movement abnormalities, diagnostic specificity, and the role of attention. *J Abnorm Psychol.* 1994 May;103(2):222–30.

[63] Lindsey DT, Holzman PS, Haberman S, Yasillo NJ. Smooth-pursuit eye movements: a comparison of two measurement techniques for studying schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1978 Oct;87(5):491–6.

[64] Toh WL, Rossell SL, Castle DJ. Current visual scanpath research: a review of investigations into the psychotic, anxiety, and mood disorders. *Compr Psychiatry.* 2011 Dec;52(6):567–79.

[65] Earls HA, Curran T, Mittal V. Deficits in Early Stages of Face Processing in Schizophrenia: A Systematic Review of the P100 Component. *Schizophr Bull.* 2016 Mar;42(2):519–27.

- [66] Willenbockel V, Sadr J, Fiset D, Horne GO, Gosselin F, Tanaka JW. Controlling low-level image properties: the SHINE toolbox. *Behav Res Methods*. 2010 Aug;42(3):671–84.
- [67] Roos LE, Lebrecht S, Tanaka JW, Tarr MJ. Can singular examples change implicit attitudes in the real-world? *Front Psychol*. 2013
- [68] Schlier B, Moritz S, Lincoln TM. Measuring fluctuations in paranoia: Validity and psychometric properties of brief state versions of the Paranoia Checklist. *Psychiatry Research*. 2016 Jul 30;241:323–32.
- [69] Arizpe J, Walsh V, Yovel G, Baker CI. The categories, frequencies, and stability of idiosyncratic eye-movement patterns to faces. *Vision Res*. 2016 Dec 16;
- [70] :D. Freeman, P.A. Garety A cognitive model of persecutory delusions. *Paranoia: the psychology of persecutory delusions* Psychology Press, New York (2004)
- [71] American Psychiatric Association et DSM-5 task force *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* American Psychiatric Association, Washington DC, 2013
- [72] Freeman D, Garety PA. *Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions*. Psychology Press; 2004
- [73] Bentall R. P, Kinderman P, & Moutoussis M. The role of self-esteem in paranoid delusions: the psychology, neurophysiology, and development of persecutory beliefs. *Persecutory delusions* (p.

143-173). Oxford: Oxford University Press, 2008

[74] Trower P, Chadwick P. Pathways to Defense of the Self: A Theory of Two Types of Paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1995 Sep 1;2(3):263–78.

[75] De Mijolla-Mellor S. la paranoïa. *Que sais-je ?* 2016 Jan 12;3e éd.:37–70.

[76] Kraepelin E. *Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte* [Internet]. Leipzig : J. A. Barth, 1899

[77] Lasegue, C E. Du délire des persécutions, *Archives générales de médecine*, 1852, Vol. 28, pp. 129-50

[78] Janet P. *De l'angoisse à l'extase, Études sur les croyances et les sentiments. Tome 2.* 1927

V. ANNEXES

Annexe 1

Positive and negative syndromescale PANSS : Kay S.R., Opler L.A. et Fiszbein A. Traduction française : J.P. Lépine

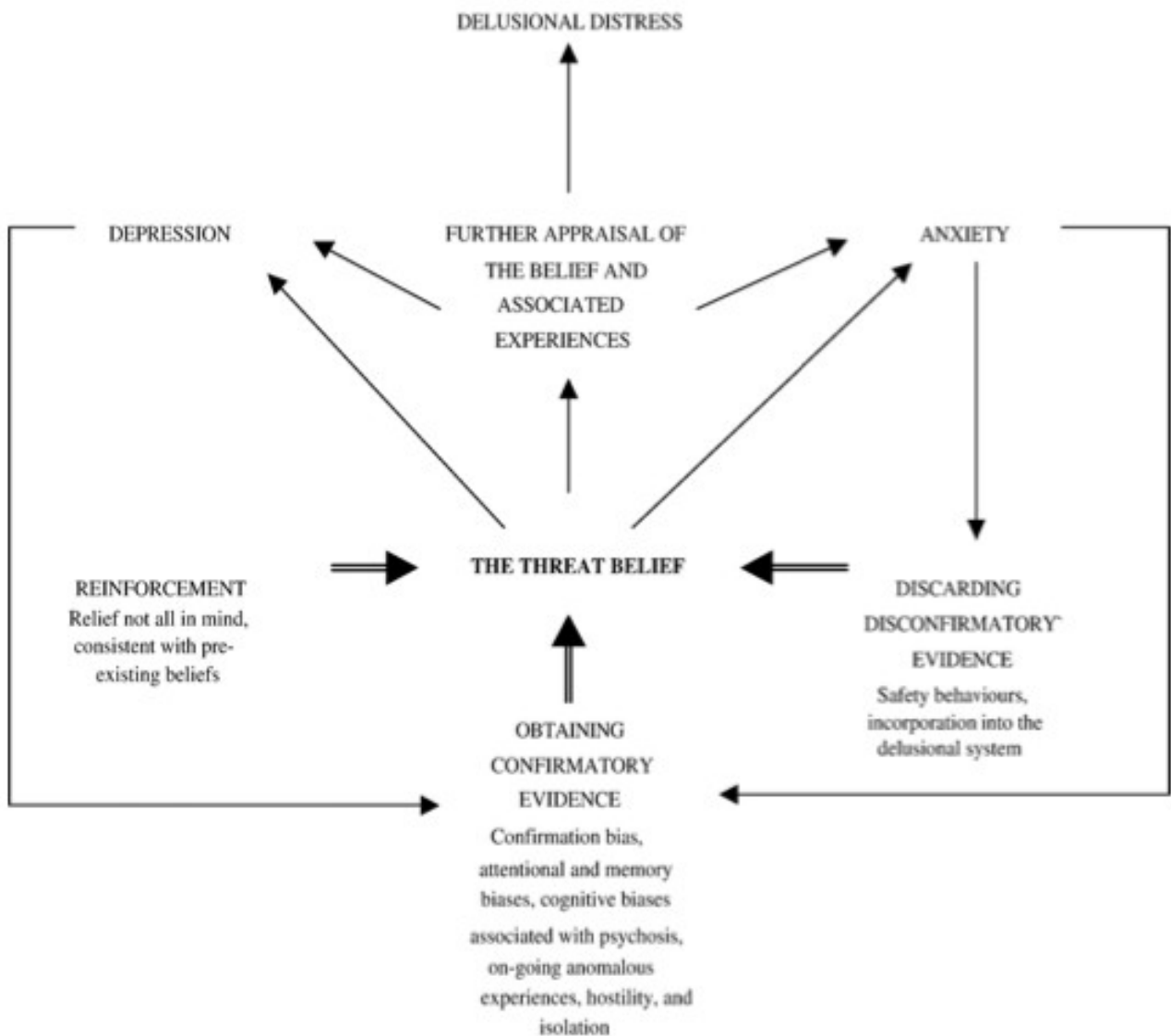
		Absence	Minime	Légère	Moyenne	Moy. Sévère	Sévère	Extrême
<hr/>								
Echelle positive								
P 1	Idées délirantes.	1	2	3	4	5	6	7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1	2	3	4	5	6	7
P 3	Activité hallucinatoire.	1	2	3	4	5	6	7
P 4	Excitation.	1	2	3	4	5	6	7
P 5	Idées de grandeur.	1	2	3	4	5	6	7
P 6	Méfiance/Persécution.	1	2	3	4	5	6	7
P 7	Hostilité.	1	2	3	4	5	6	7
<hr/>								
Echelle négative								
N 1	Emoussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6	7
N 2	Retrait affectif.	1	2	3	4	5	6	7
N 3	Mauvais contact.	1	2	3	4	5	6	7
N 4	Repli social passif/apathique.	1	2	3	4	5	6	7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1	2	3	4	5	6	7

N 6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5 6 7
N 7	Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1	Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
G 2	Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
G 3	Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
G 4	Tension	1 2 3 4 5 6 7
G 5	Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
G 6	Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
G 7	Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7
G 8	Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
G 9	Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
G 10	Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
G 11	Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
G 12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5 6 7
G 13	Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
G 14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5 6 7
G 15	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1 2 3 4 5 6 7
G 16	Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

Maintien d'un délire de persécution (Freeman et al., 2002)



Paranoid Personality Disorder

Diagnostic Criteria

301.0 (F60.0)

- A. A pervasive distrust and suspiciousness of others such that their motives are interpreted as malevolent, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by four (or more) of the following:
1. Suspects, without sufficient basis, that others are exploiting, harming, or deceiving him or her.
 2. Is preoccupied with unjustified doubts about the loyalty or trustworthiness of friends or associates.
 3. Is reluctant to confide in others because of unwarranted fear that the information will be used maliciously against him or her.
 4. Reads hidden demeaning or threatening meanings into benign remarks or events.
 5. Persistently bears grudges (i.e., is unforgiving of insults, injuries, or slights).
 6. Perceives attacks on his or her character or reputation that are not apparent to others and is quick to react angrily or to counterattack.
 7. Has recurrent suspicions, without justification, regarding fidelity of spouse or sexual partner.
- B. Does not occur exclusively during the course of schizophrenia, a bipolar disorder or depressive disorder with psychotic features, or another psychotic disorder and is not attributable to the physiological effects of another medical condition.

Note: If criteria are met prior to the onset of schizophrenia, add "premorbid," i.e., "paranoid personality disorder (premorbid)."

Delusional Disorder

Diagnostic Criteria

297.1 (F22)

- A. The presence of one (or more) delusions with a duration of 1 month or longer.
- B. Criterion A for schizophrenia has never been met.
Note: Hallucinations, if present, are not prominent and are related to the delusional theme (e.g., the sensation of being infested with insects associated with delusions of infestation).
- C. Apart from the impact of the delusion(s) or its ramifications, functioning is not markedly impaired, and behavior is not obviously bizarre or odd.
- D. If manic or major depressive episodes have occurred, these have been brief relative to the duration of the delusional periods.
- E. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance or another medical condition and is not better explained by another mental disorder, such as body dysmorphic disorder or obsessive-compulsive disorder.

Specify whether:

Erotomantic type: This subtype applies when the central theme of the delusion is that another person is in love with the individual.

Grandiose type: This subtype applies when the central theme of the delusion is the conviction of having some great (but unrecognized) talent or insight or having made some important discovery.

Jealous type: This subtype applies when the central theme of the individual's delusion is that his or her spouse or lover is unfaithful.

Persecutory type: This subtype applies when the central theme of the delusion involves the individual's belief that he or she is being conspired against, cheated, spied on, followed, poisoned or drugged, maliciously maligned, harassed, or obstructed in the pursuit of long-term goals.

Somatic type: This subtype applies when the central theme of the delusion involves bodily functions or sensations.

Mixed type: This subtype applies when no one delusional theme predominates.

Unspecified type: This subtype applies when the dominant delusional belief cannot be clearly determined or is not described in the specific types (e.g., referential delusions without a prominent persecutory or grandiose component).

Specify if:

With bizarre content: Delusions are deemed bizarre if they are clearly implausible, not understandable, and not derived from ordinary life experiences (e.g., an individual's belief that a stranger has removed his or her internal organs and replaced them with someone else's organs without leaving any wounds or scars).

Specify if:

The following course specifiers are only to be used after a 1-year duration of the disorder:

First episode, currently in acute episode: First manifestation of the disorder meeting the defining diagnostic symptom and time criteria. An *acute episode* is a time period in which the symptom criteria are fulfilled.

First episode, currently in partial remission: *Partial remission* is a time period during which an improvement after a previous episode is maintained and in which the defining criteria of the disorder are only partially fulfilled.

First episode, currently in full remission: *Full remission* is a period of time after a previous episode during which no disorder-specific symptoms are present.

Multiple episodes, currently in acute episode

Multiple episodes, currently in partial remission

Multiple episodes, currently in full remission

Continuous: Symptoms fulfilling the diagnostic symptom criteria of the disorder are remaining for the majority of the illness course, with subthreshold symptom periods being very brief relative to the overall course.

Unspecified

Specify current severity:

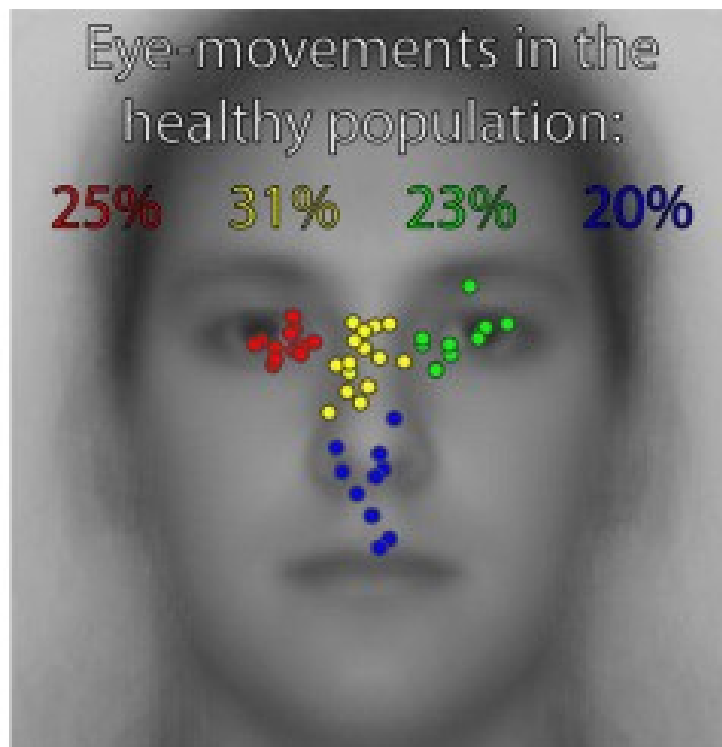
Severity is rated by a quantitative assessment of the primary symptoms of psychosis, including delusions, hallucinations, disorganized speech, abnormal psychomotor behavior, and negative symptoms. Each of these symptoms may be rated for its current severity (most severe in the last 7 days) on a 5-point scale ranging from 0 (not present) to 4 (present and severe). (See Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity in the chapter "Assessment Measures.")

Note: Diagnosis of delusional disorder can be made without using this severity specifier.



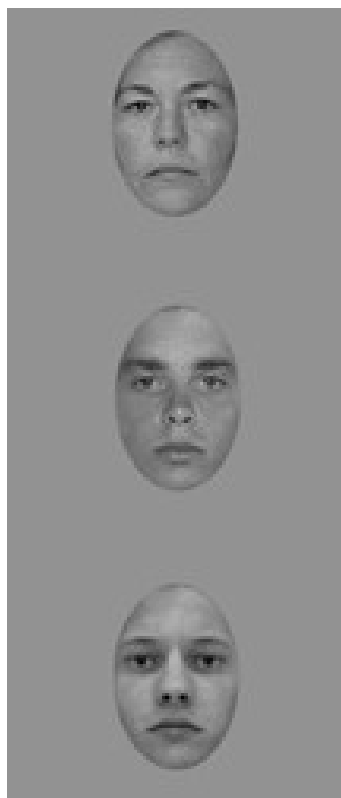
Annexe 6 :

Catégories, fréquences et stabilité des schémas de mouvements oculaires idiosyncratiques sur les visages



Annexe 7

Exemple d'utilisation des outils de normalisation SHINE toolbox sur des visages neutres [67]



VU

NANCY, le **02 mars 2017**

Le Président de Thèse

Professeur Raymund SCHWAN

NANCY, le **07 mars 2017**

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine

Le Vice-Doyen,

Professeur Marc DEBOUVERIE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9475

NANCY, le **09 mars 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Faire face à un visage neutre peut constituer, pour les patients paranoïaques, un véritable défi perceptif et interprétatif. Les études d'oculomotricité en psychiatrie proposent de nombreuses données concernant l'exploration visuelle de visages expressifs ou neutres. Extraire de ces études les résultats concernant l'exploration de visages neutres chez des patients présentant une symptomatologie délirante de persécution, qu'ils soient atteints de schizophrénie ou dans la population générale, permet une première interprétation de cette confrontation.

Face à un visage neutre, les caractéristiques du parcours visuel pourraient s'accorder avec une vigilance à « l'attente d'une menace » anticipant un événement négatif, et une recherche d'identification de la part du patient délirant. La nécessité de sortir de l'ambiguïté, en lien avec un traitement des informations hâtif et conclusif allant dans un sens pro-attitudinal de méfiance, orienterait l'exploration visuelle vers un évitement final. L'existence de résultats contradictoires concernant l'étendue de l'exploration, la durée et le nombre de fixations pourrait être en lien notamment avec une dimension fluctuante de la clinique paranoïaque.

Les visages neutres semblent varier dans l'ambivalence qu'ils peuvent susciter. Leur utilisation dans les études d'oculomotricité, loin de permettre une exploration visuelle indifférente, pourrait au contraire constituer un dispositif favorable à l'expression de la clinique paranoïaque et de ses conséquences en terme de perception et de traitement de l'information. En outre, il est possible que le regard porté sur un visage neutre traduise à un niveau élémentaire l'échec fréquent de ces patients face aux interactions relationnelles, marquées par une anticipation de la menace, une intolérance à l'ambiguïté et un évitement final.

L'exploration visuelle des membres de la famille, cliniquement sains, de ces patients est également perturbée, pouvant éclairer un environnement cognitif partagé pathologique sur lequel risquent de s'appuyer les regards des patients et de leurs proches.

TITRE EN ANGLAIS :

confronting the paranoid gaze with a neutral face

THESE DE PSYCHIATRIE : ANNEE 2017

MOTS-CLES : oculomotricité, paranoïa, exploration visuelle, visage neutre

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
