



HAL
open science

Le délire mystique : étude historique des conceptions et description d'un cas clinique

Mathieu Buleux

► **To cite this version:**

Mathieu Buleux. Le délire mystique : étude historique des conceptions et description d'un cas clinique. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01327373

HAL Id: dumas-01327373

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01327373v1>

Submitted on 6 Jun 2016

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

Numéro de la thèse : 2016-15

LE DELIRE MYSTIQUE: ETUDE HISTORIQUE
DES CONCEPTIONS ET DESCRIPTION D'UN
CAS CLINIQUE

Thèse pour le Diplôme d'état

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 18 mars 2016

Par BULEUX Mathieu

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Christian MILLE,
Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON,
Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

Remerciements aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Vous me faites l'honneur de présider mon Jury, je vous en remercie. Je vous remercie également pour vos précieux enseignements qui ont contribué à ma formation professionnelle et pour votre bienveillance auprès des étudiants.

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Vous me faites l'honneur de participer à mon Jury, je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre pédagogie et votre disponibilité auprès des étudiants.

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux

Pôle Autonomie

Vous me faites l'honneur de participer à mon Jury, je vous en remercie.

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Médecine légale)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Vous me faites l'honneur de participer à mon Jury, je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre pédagogie et pour les connaissances que vous m'avez transmises lors de ma formation au Diplôme Universitaire « Violence, Santé et Société ».

Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

Praticien Hospitalier

(Psychiatrie)

Chef du Pôle Fitz-James V, Clermont-de-l'Oise

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon travail de thèse, je vous en remercie. Je vous remercie également pour votre bienveillance, votre culture et vos enseignements dont vous nous dispensez quotidiennement, qui m'ont accompagné et qui m'accompagneront tout au long de ma formation. Permettez-moi de vous témoigner ici toute ma reconnaissance.

Remerciements personnels :

A mon épouse,
Pour son soutien, son affection, sa patience et sa douceur au quotidien.
Je ne conçois pas la vie sans ta présence,
Tu m'apportes tant.

A mon fils,
Pour son regard innocent sur le monde, sa joie contagieuse,
Et sa soif de découvertes.

A ma fille,
Pour ce bonheur à venir,
Et à ceux qui suivront...

A mes parents,
Qui ont toujours su me pousser sans me bousculer.
A mes deux sœurs préférées et mon grand frère,
Aux cotés desquels j'ai grandi,
A leurs valeurs ajoutées, à mon neveu,
A ceux qui suivront.

A mes grands-mères toujours présentes,
A mes grands-pères partis trop tôt,
Au reste de ma famille,
Dans ce monde ou dans l'autre.

A mes amis,
De longue date ou plus récents,
Tous chers à mes yeux,
Je vous aime et je vous apprécie,
A ceux qui suivront.

A mes collègues de travail :
Etudiants, secrétaires, aides-soignants, infirmier, cadres,
Internes, co-internes et médecins
Rencontrés durant mon internat,
Après desquels j'apprends le monde de la psychiatrie,
Un grand merci.

Aux services des Myosotis, et de l'UAO de l'hôpital Philippe Pinel,
Au centre de Psychiatrie A et de pédopsychiatrie de l'hôpital d'Abbeville,
Merci.

Merci également à l'unité CRISALID du CHI de Clermont-de-l'Oise,
Et en particulier au Dr Bralet ainsi qu'à Sarah-Lise Farhat, neuropsychologue,
Pour leurs contributions à mon travail de thèse.

Merci particulièrement à l'unité Rogues-de-Fursac
Du pôle Fitz-James V du centre Hospitalier de Clermont-de-l'Oise,
A tous ceux qui y travaillent avec bienveillance, gentillesse et professionnalisme,
J'espère pouvoir profiter encore longtemps de vos compétences.

Merci au Docteur Ton pour ses conseils et ses relectures,
J'apprécie beaucoup de travailler avec toi,
Je te remercie pour ta pédagogie et te témoigne toute ma sympathie.

Enfin,
Car c'est auprès des patients que j'apprends le plus,
Je souhaite de leur être utile.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION :	8
II. DEFINITIONS :	10
III. LA FOLIE MYSTIQUE AU TRAVERS DES AGES :	11
1) Dans la Grèce Antique, Hippocrate :	11
2) Rome et l'exemple de l'empereur Caligula :	11
3) Au début de la chrétienté avec la Bible :	12
4) Le Moyen Age :	13
a) Du XI ^{ème} au XIII ^{ème} siècle :	13
b) Le cas Jeanne d'Arc :	15
c) La conception de Jean-Etienne Esquirol sur la folie mystique au Moyen-Age :	16
d) La folie mystique au Moyen-Age, discussion :	18
5) Au XIX ^{ème} siècle:	18
a) Conception de Philippe Pinel (1809) :	18
b) Conception de Jean-Etienne Esquirol (1838):	19
c) Conception de Louis-Victor Marcé (1862):	20
d) Conception de Jean-Pierre Falret (1864) :	21
e) Conception de Benjamin Ball (1890) :	22
6) A partir du XX ^{ème} siècle :	23
a) Conception de Paul Sérieux (1909) :	23
b) Freud et le cas du président Schreber (1911):	24
c) Conception d'Henri Ey (1960):	25
d) CIM-10 et DSM-V, Classifications actuelles:	26
IV. CAS CLINIQUE :	27
1) Biographie:	27
a) Avant l'hospitalisation :	27
b) Au cours des hospitalisations:	28
c) Fonctionnement familial :	30
d) Discussion biographique:	31
2) Diagnostic:	34
a) Orientation diagnostique et diagnostics différentiels :	34
b) La schizophrénie d'après la CIM-10 :	35

c) La schizophrénie d'après le DSM-V :	35
d) Triade symptomatique :	37
e) Echelles d'évaluation :	39
f) Comorbidités :	40
3) Thérapeutique :	42
a) Thérapeutique médicamenteuse.....	42
b) Questionnement de l'intérêt de la clozapine pour notre patient :	43
c) Objectifs et Recommandations HAS au regard de la prise en charge de notre patient:	44
d) Discussion thérapeutique :	47
V. CONCLUSION :	49
VI. REFERENCES :	51
VIII ANNEXES	54

I. INTRODUCTION :

« Il ne faut pas confondre la sorcière et le possédé. La sorcière a fait un pacte avec le démon: elle a un pouvoir surnaturel qu'il lui a commis : elle est coupable et il faut qu'elle soit brûlée... Au contraire, le possédé est innocent. Un diable, un démon ou plusieurs démons ont eu la désobligeante fantaisie d'entrer dans son corps et de faire de lui le théâtre de leurs exploits... Aussi les possédés ne sont-ils pas à punir mais à guérir. Mais cette guérison se fait par les prières et les exorcismes. » [1]

Chaque temps fut parcouru par sa folie et les remèdes à lui appliquer. Les thèmes de la folie sont en lien direct avec l'époque du malade mental : si le Moyen-âge a connu ses possédés, aujourd'hui les services secrets, via internet, alimentent d'avantage un grand nombre de syndromes délirants. Or une thématique a parcouru les âges dans l'histoire de la folie : le mysticisme. Les religions, qui ont accompagné depuis des siècles l'histoire de nos civilisations lui en ont sans doute fourni le substrat : le délire se nourrit du contexte dans lequel évolue le malade.

De nos jours, il n'est pas rare de croiser dans nos hôpitaux psychiatriques, un malade qui se dit en lien direct avec Dieu, qui communique avec lui, qui dit être son fils, ou bien qui se revendique Dieu lui-même. Ou du moins un Dieu tel qu'il le conçoit. Nous avons croisé un tel patient: Luc M., qui par la richesse clinique de son délire et la difficulté de sa prise en charge, nous amena à nous interroger sur divers points. Quelles conceptions du délire mystique avait-on dans le passé ? Y a-t-il eut des périodes riches en délires mystiques ? De nos jours ces concepts ont-ils évolués ? Le délire mystique est-il une entité nosologique à part entière ? Existe-t-il des consensus quant à la prise en charge de ces patients ? Faut-il considérer la thématique de leur délire à part entière ? En quoi un environnement socio-culturel et religieux peut-il avoir une influence sur le contenu d'un délire ?

Pour tenter d'amorcer des réponses nous entreprendrons le plan suivant:

Nous commencerons par définir les termes qui se rapportent au délire mystique.

Ensuite nous ferons une étude nosographique de ce thème au regard de différentes époques. Depuis l'Antiquité on retrouve des écrits s'intéressant au mysticisme et aux « personnalités mystiques ». Les descriptions cliniques qui en témoignent sont légion et

parcourent les âges, surtout au cours du XIX^{ème} siècle. Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur la thématique des délires mystiques dans le passé, nous essaierons d'en préciser le sens au travers de leurs écrits. Afin de canaliser nos recherches, nous nous contenterons d'étudier historiquement le délire mystique au travers de la société judéo-chrétienne occidentale, en France essentiellement.

Enfin nous exposerons l'étude clinique de Luc M. et tâcherons de retracer les évènements de vie qui ont pu faire émerger son délire mystique. Nous observerons le contexte socio-familial du patient, nous rechercherons si des liens sont possibles entre sa symptomatologie et son parcours de vie. Nous décrirons également l'évolution de sa pathologie au cours des différentes hospitalisations, son orientation diagnostique et la thérapeutique proposée.

II. DEFINITIONS :

Le mot "mystique" dérive du latin *mysticus* et lui-même du grec *mustikos* qui signifie : "relatif aux mystères". Le dictionnaire Larousse définit le terme de mysticisme de cette façon : "Doctrines religieuses selon lesquelles l'homme peut communiquer directement et personnellement avec Dieu."

Le terme "délire" désigne quant à lui une perte du sens de la réalité se traduisant par un ensemble de convictions fausses, irrationnelles, auxquelles le sujet adhère de façon inébranlable. Pierre Janet enrichit cette définition : « C'est ce besoin de direction, cette recherche d'une influence protectrice et excitatrice, qui par les efforts et les doutes qu'ils déterminent, amènent les obsessions et les délires. A un certain moment, à la suite d'un certain abaissement plus grand de la tension psychologique, qui supprime la réflexion déjà défaillante, ils [les délirants] cessent d'interroger et de douter, ils affirment, ce qu'ils désirent, ils construisent un délire. » [2]

Henri Ey précise : « Le délire est vécu dans le champ de la conscience comme une expérience irrécusable, d'où l'intensité des réactions affectives [...]. Elles s'imposent au sujet comme des événements du monde extérieur, des révélations inouïes qui commandent une immédiate conviction. » [3] Il évoque également une atmosphère hypnoïde pour désigner l'état de conscience dans lequel se trouve le patient délirant.

L'association des deux termes : délire mystique, désigne donc cet état pathologique de fausse conviction, d'idées alogiques qui ont pour thème Dieu, le diable, ou toute autre entité spirituelle.

III. LA FOLIE MYSTIQUE AU TRAVERS DES AGES :

1) Dans la Grèce Antique, Hippocrate :

Avec Hippocrate (460-370 av. JC) et durant plusieurs siècles, la maladie en générale et donc les troubles psychiques ne dépendent plus de la volonté des dieux mais sont expliqués par la théorie des quatre humeurs. Hippocrate dit que la magie est incompatible avec l'existence des dieux; que ceux-ci sont synonymes de raison et de science bien conduite, que les charlatans les invoquent à tort. Un déséquilibre entre le phlegme (pituite), le sang, l'atrabile (la bile noire) et la bile jaune, perturbe l'homéostasie. Le juste mélange des humeurs (la crase), assure la bonne santé. Du fait, la maladie découle de ce déséquilibre. Jacques Jouanna écrit à ce propos : « La pensée hippocratique ignore ou refuse toute intervention particulière d'une divinité dans le processus de la maladie et toute thérapeutique magique par les prières, les incantations ou les purifications. » [4] Nulle part on ne trouve spécifié que la religion soit la cause ou l'objet de manifestations délirantes.

2) Rome et l'exemple de l'empereur Caligula :

Caligula est un Empereur qui a régné sur le monde romain de 37 à 41 après JC. Sa cruauté réputée, son despotisme, sa relation incestueuse avec sa sœur et nombre d'autres exactions lui ont valu la réputation de déséquilibré mental. Les descriptions antiques l'orientent a priori vers un délirant mégalomane et mystique, car Caligula serait convaincu de sa nature divine. [5] Ainsi, Suétone écrivait à son sujet : « Comme on l'avertit qu'il avait surpassé la grandeur des princes et des rois, il commença à s'attribuer la majesté divine. Il fit venir de Grèce les statues des dieux les plus célèbres par leur perfection ou par le respect des peuples, entre autres celle de Jupiter Olympien. Il leur ôta la tête et mit à la place celle de ses statues. [...] La nuit, Caligula invitait la lune, lorsqu'elle brillait dans son plein, à venir l'embrasser et à partager sa couche. Le jour, il s'entretenait secrètement avec Jupiter Capitolin, tantôt lui parlant à l'oreille et feignant d'écouter ses réponses, tantôt élevant la voix et se brouillant avec lui; car on l'entendit un jour le braver en ces termes: "Ou tu m'enlèveras, ou je t'enlèverai". » [6]

Un délire de filiation est également évoqué par Dion Cassius: « Césonia [sa quatrième épouse] lui ayant donné une fille au bout de trente jours de mariage, il revendiqua l'enfant comme née par une faveur divine, se vantant d'être, en si peu de jours, devenu époux et père ; il porta au Capitole cette fille, à qui il donna le nom de Drusilla, la déposa sur les genoux de Jupiter, comme si ce dieu en eût été le père avec lui et remit à Minerve le soin de la nourrir. » [7]

L'interprétation actuelle de ces récits est plus réservée quant à l'existence même de véritables idées délirantes chez Caligula, en effet à l'époque les Empereurs reçoivent de leur vivant des honneurs divins. Le contexte socioculturel et religieux contemporain du règne de Caligula prend ici tout son sens, un homme est-il fou de se prendre pour un Dieu si ses semblables le considèrent comme tel ?

3) Au début de la chrétienté avec la Bible :

On retrouve dans le nouveau testament de nombreux passages se rapportant à la maladie mentale, évoquée non comme une pathologie propre au sujet mais attribuée au phénomène de possession: Jésus guérit un épileptique ainsi : « Jésus le tança et le démon sortit du garçon qui fut guéri sur l'heure » [8]

« Au pays des Geraséniens, vint au-devant de Jésus un homme qui depuis longtemps ne mettait plus de vêtement et qui [...] vivait au milieu des tombeaux. Souvent il avait fallu l'entraver mais il brisait ses liens. A Jésus qui lui demanda son nom, l'homme répondit "Légion" parce que beaucoup de démons étaient entrés en lui. » [9]

« Il y eut de nouveau, à cause de ces paroles, division parmi les Juifs. Plusieurs d'entre eux disaient: Il a un démon, il est fou; pourquoi l'écoutez-vous? D'autres disaient: Ce ne sont pas les paroles d'un démoniaque; un démon peut-il ouvrir les yeux des aveugles? » [10]

Il y a un lien direct, admis à l'époque d'écriture des évangiles (dont on estime la rédaction à la fin du I^{er} siècle après JC) entre le fou et le possédé. Au travers de ces textes, les comportements anormaux, qu'on pourrait qualifier de pathologiques ou délirants à l'heure actuelle, sont considérés comme un phénomène d'emprise du malade par le démon, et expliqués la plupart du temps par une faute (un péché) qui aurait été commis par le malade. La thématique délirante est donc vécue de façon mystique non pas par le malade uniquement mais aussi, et surtout, par son entourage.

4) Le Moyen Age :

a) Du XI^{ème} au XIII^{ème} siècle :

Dans son livre *La folie au Moyen Age*, Muriel Laharie, maître-de-conférence en Histoire du Moyen Age, recense trois thèmes prédominants qui font le lien entre le mysticisme et la folie, entre le XI^{ème} et le XIII^{ème} siècle. [11]

1. La diabolisation de la folie :

Le premier processus décrit est la diabolisation de la folie : « Les manifestations démonopathiques sont, d'après les documents, courantes à l'époque féodale. »

Les premières victimes sont les possédés : « Le diable peut arrêter complètement l'usage de la raison en troublant l'imagination et l'appétit sensible, comme cela se voit chez les possédés » [12]. Les causes de la possession sont, encore une fois, attribuées au péché. Les maladies et donc la santé mentale sont considérés comme conséquences de la faute de l'homme. La faute n'appartient pas forcément au possédé car dans une dimension plus altruiste, celui-ci peut être l'expiateur des péchés commis par ses pairs. Cette dimension de la possession démoniaque est admise de tous à l'époque, l'Eglise et son autorité ne la remettent pas en question. C'est une position qui cependant évolue, et dès le XII^{ème} siècle certains considèrent que : « tout possédé était un malade en puissance ; l'invasion démoniaque révèle et décuple cette tendance psychopathologique » [13] (On parlerait aujourd'hui d'un terrain propice à l'apparition d'un trouble, d'une prédisposition). Ces phénomènes sont la plupart du temps, expliqués par la notion d'hystérie (décrite bien plus tard par Charcot). L'amalgame a également lieu à l'époque, lorsque les " possédés " ont des crises de " possession démoniaque ", qui s'apparentent cliniquement aux crises comitiales rencontrées chez des patients épileptiques.

Les secondes victimes de manifestations démonopathiques sont la plupart du temps des femmes entrées en rapport de façon intime avec le diable, lequel se serait emparé de leur âme. Elles semblaient alors dans la folie : « Nombreux sont ceux, [...] qui sont tracassés, ou pire encore, déstabilisés, dépossédés d'eux même, voir même tués du fait de l'action démoniaque. Non seulement la pathologie mentale est souvent due au diable, mais elle représente son moyen préféré pour nuire aux hommes. » [14]

2. La moralisation de la folie :

Le second processus concerne la moralisation de la folie : « la folie de l'incroyance ». Au Moyen Âge, on considère que les athées, les juifs ou ceux qui ont une croyance différente de celle autorisée par l'Eglise sont indirectement sous l'action démoniaque.

3. Les envoyés du ciel :

Le dernier processus aborde la question des envoyés du ciel. « On trouve à l'époque féodale une conception de la folie selon laquelle certains fous sont considérés comme des envoyés du ciel, des devins, des voyants, des prophètes » [15]. Les simples d'esprits sont considérés comme ayant eu un don de Dieu et « les cas de débilité mentale paraissent bien avoir été assimilés à la folie elle-même. » [16] Il existe en effet une indifférenciation à l'époque entre le fou et le déficient mental. Laharie décrit également les fous inspirés, qui auraient été choisis par Dieu et dont l'aliénation a une signification. Ces pseudos-messies sont alors courants au Moyen Âge. Ils seront *a posteriori* catégorisés de la façon suivante : psychotiques chroniques, personnalités paranoïaques, psychopathes égocentriques et individus avec une forte composante hystérique. Le contexte social, religieux et mental de l'époque facilite le rêve messianique (l'arrivée d'un nouveau messie), ce qui explique que la plupart de ces fous inspirés suscitent une ferveur auprès du public et parfois l'adhésion des foules. « Pour leurs adeptes [...] non seulement leur folie est tolérée, mais elle donne lieu à un véritable culte, car elle est considérée comme le signe d'un destin hors du commun. » [17]

Sont également décrits les fous de Dieu. Il s'agit de personnes qui renonçaient à tout matérialisme pour se consacrer pleinement à la prière et à la dévotion, cherchant à se rapprocher au plus près de Dieu jusqu'à l'extase « J'avoue, je le dis dans ma folie, que le Verbe est venu vers moi et plusieurs fois. » [18] (Le Verbe désignant la troisième personne de la Trinité, incarnée par Jésus Christ). On retrouve parmi eux de nombreuses figures saintes du christianisme (Saint François d'Assise, Saint Dominique...) qui ont tendance à prôner un ascétisme modéré, contrairement à d'autres moines ou ermites qui poussent la dévotion jusqu'à la torture de leurs corps (anorexie extrême, auto-flagellations...), cherchant ainsi à se rapprocher de l'agonie du Christ. « La sainte folie qui devient à l'époque une réalité sociale et

religieuse n'est donc, en fait, ni rejetée ni cautionnée par les autorités ecclésiastiques, peut-être du fait de l'ambiguïté que présente le terme de "folie", assurément parce qu'il existe des pseudo-fous de Dieu qui sont des imposteurs ou des malades mentaux. » [19]

Claude Quézel précise : « Le terme "possédé" est équivoque, tout comme celui de *démoniaque* qui, au Moyen Âge, est synonyme d'insensé. Le vocabulaire médical lui-même remplace parfois *manie* par *demonium*. » [20]

b) Le cas Jeanne d'Arc :

Jeanne d'Arc est une figure emblématique de l'Histoire de France. Au XV^{ème} siècle, elle conduit victorieusement les troupes françaises contre les armées anglaises, lève le siège d'Orléans et permet le sacre de Charles VII, contribuant ainsi à inverser le cours de la guerre de Cent Ans. En 1430 elle est capturée par les bourguignons puis vendue aux anglais. Elle est condamnée à être brûlée vive en 1431 pour hérésie. Un second procès en 1456 conclut à l'innocence de Jeanne et la réhabilite entièrement (permettant ainsi de justifier le sacre de Charles VII: il apparaît en effet plus légitime de parvenir au trône grâce à une envoyée de Dieu que grâce à une hérétique). Elle sera béatifiée en 1909, puis canonisée en 1920. Jeanne d'Arc est également connue pour avoir mené ses actions grâce à ses voix. [21]

Contextuellement, il s'agit d'une époque où il est d'usage que les rois reçoivent des prophètes apportant la parole de Dieu: au XV^{ème} siècle « 4 femmes et 2 hommes sont attestés de prophète en parallèle à la Pucelle d'Orléans. » [22]

De nombreux auteurs se sont penchés sur la question afin de tenter de déceler une éventuelle pathologie psychiatrique à l'origine des voix, se basant essentiellement sur les minutes des procès. Concernant les voix entendues par Jeanne d'Arc, d'un point de vue sémiologique, il semblerait qu'elles furent accompagnées de manifestations visuelles. En se présentant au Dauphin Charles, Jeanne aurait répondu à une série d'injonctions hallucinatoires. La voix était reconnue comme celle de l'archange Saint Michel (l'un des trois saints particulièrement vénérés en ce temps). La thématique était essentiellement mystique. Des manifestations tactiles et olfactives auraient également été perçues. Il n'est pas décrit à son procès d'éléments cliniques en faveur d'une dissociation intellectuelle, ou d'un paralogisme. Elle tenait un discours cohérent, adapté.

Les hypothèses pour essayer d'établir un diagnostic sont nombreuses : épilepsie temporale, tuberculose bovine avec atteinte cérébrale secondaire, schizophrénie, anorexie mentale, trouble de personnalité... On ne peut à l'heure actuelle certifier que Jeanne d'Arc souffrait d'une pathologie mentale. Et si on la considère atteinte d'un trouble psychiatrique ou neurologique à l'origine de ses hallucinations, il reste complexe de poser un diagnostic. Sa destinée, et son inscription dans l'Histoire de France n'en demeurent pas moins exceptionnelles.

c) La conception de Jean-Etienne Esquirol sur la folie mystique au Moyen-Age :

Esquirol revient sur l'époque moyenâgeuse dans son traité : *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*, [23] de la façon suivante :

Il rapporte que très tôt, on distingue deux catégories de délirants religieux : « La première espèce [...] [des délirants] qui croient être Dieu, qui s'imaginent avoir des entretiens, des communications intimes avec le Saint-Esprit, les anges, les saints ; qui prétendent être inspirés, avoir reçu une mission du ciel pour convertir les hommes : cette espèce eût pris le nom de *théomanie* ; la seconde espèce eût été appelée *cacodémonomanie*, et eût compris tous ces infortunés qui se croient possédés du diable [...] ».

Il insiste sur la façon dont la population considérait les personnes délirantes : « Parmi les aliénés, les uns étaient gais, audacieux, téméraires, se disant inspirés; on les crut heureux et les amis des dieux; ils se présentèrent ou furent présentés aux peuples comme des envoyés du ciel: ils rendirent des oracles pour leur compte ou pour celui des prêtres; les autres, au contraire, tristes, timides pusillanimes, craintifs, poursuivis de terreurs imaginaires, se dirent damnés; ils furent traités comme des objets du courroux céleste, on les crut dévoués aux puissances infernales. »

Esquirol admet le lien indissociable entre les manifestations délirantes mystiques et le contexte socioreligieux de l'époque qui les voit naître. Il conçoit même que l'interprétation de la nature divine ou démoniaque du trouble est d'abord dictée par les instances religieuses en place : « Le christianisme ramenant les idées religieuses à l'unité de Dieu [...] opéra une grande révolution dans les idées. On exagéra les puissances des esprits sur les corps; la crainte de céder aux instigations du diable, inspira l'effroi; on se crut, dès cette vie, au pouvoir des

démons; les démonomaniaques se multiplièrent; c'est ce que prouve l'institution des exorcismes dans la primitive Église. [...] Si c'en était ici le lieu, je prouverais que l'on s'est servi des aliénés pour rendre des oracles; que les prêtres savaient leur inspirer un saint délire [...]. Les démons sont devenus muets, dès que le christianisme eut éclairé le monde; ils ont cessé de lutiner les hommes depuis qu'on les craint moins. Depuis qu'on ne fait plus brûler les sorciers et les magiciens, l'imagination en repos n'enfante plus ni sorciers ni magiciens. »

Esquirol pense que les "possédés" étaient victimes de leur ignorance et de la superstition de leurs semblables : « C'étaient des imbéciles, des mélancoliques, des hystériques qui croyaient être possédés, parce qu'on les avait menacés des démons, des sorciers; les juges livraient aux flammes ces malheureux; il y avait une jurisprudence contre la sorcellerie et la magie, comme il y avait des lois contre le vol et le meurtre. Les peuples voyant l'Eglise et le prince croire à la réalité de ces extravagances, restaient invinciblement persuadés. Plus on poursuivait les sorciers et les possédés, plus on mettait d'appareil à leur supplice, plus on augmentait le nombre de ces malades, en exaltant l'imagination, en l'occupant de craintes chimériques. Une meilleure éducation, les progrès des lumières, ont peu-à-peu détruit ces funestes erreurs, et ont eu plus de succès que les bûchers, le code et le digeste. »

Esquirol nous fait aussi part de la forme épidémique qu'a pu prendre la démonopathie au Moyen Âge, se propageant par « une sorte de contagion morale et par la force de l'imagination » : « En 1552 ou 54, il y eut à Rome une épidémie de possédés qui s'étendit à quatre-vingt-quatre individus.[...] Vers le même temps, dans le monastère de Kerndrop en Allemagne, toutes les religieuses furent possédées; les diables désignèrent la cuisinière du couvent, qui confessa être sorcière, et fut brûlée avec sa mère. Les villages voisins furent aussi infectés. L'exemple des possédés de Loudun démontre à l'évidence le pouvoir de l'imagination et de l'imitation. Cette épidémie ayant gagné quelques villes voisines, menaçait les Cévennes et tout le Haut- Languedoc, sans la prudente sagesse d'un évêque qui arrêta les progrès du mal, en le dépouillant de tout ce que l'imagination lui prêtait de merveilleux. »

d) La folie mystique au Moyen-Age, discussion :

D'un point de vue général, il nous apparaît que le Moyen Âge fut une époque fertile à l'apparition et la propagation du mysticisme, parfois admis, parfois réprimé, et selon certains auteurs, parfois même indirectement engendré par les instances politiques et religieuses en place. « Pendant cette époque, les aliénés sont des démonomanes et les psychologues des prêtres exorciseurs ».[24] Cependant, il reste compliqué, après plusieurs siècles, de faire la distinction entre les manifestations psychopathologiques vraies, des croyances non pathologiques de l'époque, en marge de ce qui était prôné par l'Eglise. Du fait, il est illusoire de ne prendre en compte que l'aspect pathologique de ces croyances sans les contextualiser. Le délire, et en particulier sa thématique, sont indissociables d'une situation religieuse et socio-culturelle à une période particulière de l'histoire.

5) Au XIX^{ème} siècle:

a) Conception de Philippe Pinel (1809) :

Dans le Chapitre IX : *Précaution que doit faire prendre l'exaltation extrême des opinions religieuses*, du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* [25], Pinel écrit : « Les opinions religieuses, dans un hôpital d'aliénés, ne doivent être considérées que sous un rapport purement médical, c'est-à-dire, qu'on doit écarter toute autre considération de culte public et de politique et qu'il faut seulement rechercher s'il importe de s'opposer à l'exaltation des idées et des sentiments qui peuvent naître de cette source, pour concourir efficacement à la guérison de certains aliénés. On doit examiner en même temps quelles sont les précautions à prendre pour empêcher le progrès du mal, et pour prévenir ses effets si souvent nuisibles et quelquefois très dangereux sur un entendement débile ou une raison égarée. [...] L'aliénation qui provient de cette origine mérite d'autant plus d'être connue, qu'elle conduit le plus souvent au désespoir et au suicide.»

Pinel évoque dans cet écrit plusieurs cas cliniques de femmes délirantes à thématique religieuse, tantôt dans un registre exalté: «Une jeune fille tombe dans la manie la plus furieuse à la suite de scrupules religieux extrêmes, et à la moindre opposition qu'on met à ses volontés, elle invoque le feu du ciel pour consumer les coupables. », tantôt dans un registre davantage dépressif : « Une ancienne religieuse, livrée autrefois à l'instruction de la jeunesse, avoit été

conduite à l'hospice dans un état de mélancolie la plus profonde; on eut en vain recours pendant plus de six mois, à divers moyens physiques et moraux ; ses idées et ses sentiments étoient toujours les mêmes, et elle ne cessoit de répéter au surveillant qu'il avoit tort de ne point la traiter comme la femme la plus criminelle, et de ne point exercer contre elle les punitions les plus rigoureuses. »

En guise de traitement, Pinel recommande la plus grande modération dans les pratiques du culte qui exercent selon lui un effet néfaste tant sur les aliénés dévots que sur les mélancoliques par dévotion et entraînent fréquemment des rechutes : « L'expérience [...] apprend que c'est le moyen le plus sûr de perpétuer l'aliénation, ou même de la rendre incurable, et plus on accorde [l'accès aux pratiques religieuses], moins on parvient à calmer les inquiétudes et les scrupules » Il préconise également de contrer le sentiment de toute-puissance de la délirante maniaque: « Ce sont surtout les dédains et la bouffissure de la hauteur de l'orgueil qu'on doit réprimer dans la manie, surtout s'ils sont inspirés par une dévotion mal entendue. » Il met aussi en avant l'action malfaisante des sectes et des cérémonies religieuses exagérées sur l'apparition de l'aliénation mentale.

b) Conception de Jean-Etienne Esquirol (1838):

Tout comme il en a fait la description clinique pour le Moyen Âge, Esquirol décrit également sa perception du délire mystique au XIX^{ème} siècle [26]. En terme de classification, Esquirol voit la démonomanie comme une monomanie : « L'attention est exclusive sur un seul objet, rien ne peut l'en distraire. Tous les raisonnements, toutes les déterminations dérivent de cette idée fixe ; la monomanie offre mille exemples de ce délire », « leur esprit ne s'exerce que sur un sujet unique ». La monomanie désigne alors une entité morbide à part entière, elle est en lien à une époque propice: « la démonomanie est plus fréquente lorsque les idées religieuses, occupant les esprits, sont le sujet de toutes les discussions particulières ou publiques, civiles ou politiques: c'est ce que prouvent l'histoire du christianisme, l'envahissement de la religion de Mahomet, l'établissement du luthéranisme et du calvinisme. » Il en reconnaît un caractère héréditaire, et établit que les femmes y sont davantage exposées. Les malades ont pour la plupart une prédisposition thymique: un « tempérament mélancolique, comme le plus favorable à la production de la lypémanie [et] une imagination facile à exalter. » La lypémanie désignait une mélancolie chronique.

L'environnement dans lequel s'est développé le malade est pris en compte : « Une mauvaise éducation, le fanatisme religieux, la vie ascétique, des idées fausses et exagérées sur la justice divine, sur la damnation, sur l'enfer, sont autant de causes plus ou moins éloignées de cette maladie; [...] la lecture des livres mystiques ou relatifs à la sorcellerie dispose à la démonomanie. » Il est admis une dimension hystérique et érotique à la démonopathie : « Les femmes démonomaniaques éprouvent mille accidents hystériques, elles se croient transportées au sabbat, où elles sont les témoins des plus bizarres extravagances; elles ont des communications intimes avec le diable ou ses suppôts.» (Le sabbat est une assemblée cérémonielle de sorciers et de sorcières, marqué par le culte rendu au diable.)

c) Conception de Louis-Victor Marcé (1862):

Marcé précisera qu'il s'agit d'une forme très grave de délire: «C'est plus particulièrement dans cette catégorie d'aliénés qu'on observe le refus obstiné d'aliments, les idées de suicide et d'homicide, les mutilations graves, les supplices volontaires. » Il rapporte également qu'il s'agit du délire «qui se transmet le plus volontiers par la contagion », évoquant des véritables épidémies qui pouvaient envahir « des contrées entières » : « Sans tenir compte des faits isolés de délire religieux qu'on rencontre en grand nombre, dans certaines contrées, il se passe à peine une année sans qu'on ne voit survenir, tantôt en Suède, tantôt en Bretagne, tantôt en Savoie, quelque folie religieuse épidémique rappelant des faits d'un autre siècle par ses allures étranges et mystiques ». Enfin, Marcé évoque une certaine prédisposition socioreligieuse à l'émergence de ces thématiques délirantes : « Les idées religieuses exagérées, coïncidant avec l'ignorance et la superstition, ont exercé de tout temps une notable influence sur le développement de la folie [...]. » [27]

d) Conception de Jean-Pierre Falret (1864) :

Falret, dès 1864 s'oppose à la conception de monomanie [28]: « Nous n'admettons pas l'unité du délire dans l'aliénation mentale. » Considérer un délire mystique comme une entité à part entière serait selon lui une erreur, au risque de ne pas « remarquer l'ensemble des phénomènes morbides, l'état général du malade [...] sur lequel germent et se développent les idées ou les sentiments prédominants qui n'en sont que le relief ». « L'observation exclusive de l'idée prédominante dans les aliénations » est inadéquate. Il poursuit par l'exemple d'un aliéné préoccupé d'idées religieuses, classé parmi les monomanies religieuses : le délire religieux n'est qu'une partie du trouble du patient, rattaché à la religion comme une « tentative de coordination de son délire », d'autres idées maladives sont présentes chez ces patients comme la « tendance orgueilleuse » (dimension mégalomaniaque), ou les « idées d'humilité ou des tendances craintives » (syndrome de persécution). En s'écartant de cette idée que le délire, et donc le délire mystique, est une entité à part entière, une monomanie, Falret fait évoluer la pensée sur la nosographie du syndrome délirant.

Il évoque aussi l'idée qu'un délire éclot du contexte dans lequel évolue le patient : « On admet qu'il existe une sorte de filiation naturelle entre la cause qui donne naissance à une maladie mentale, les premiers phénomènes observés, et les symptômes de la maladie déclarée. Ainsi [...] on s'imagine qu'une religion exagérée et mal entendue doit engendrer une affection mentale consistants dans des scrupules de conscience et des craintes de damnation éternelle ». Il modère toutefois cette idée : « Ce n'est presque jamais l'action d'une seule cause qui engendre la folie [...]. De plus, la relation qu'on prétend établir entre la nature de la cause et le caractère de la maladie confirmée [...] est exceptionnelle ; d'ailleurs, lorsqu'elle existe, elle ne rend compte que de la prédominance du délire et non de la production de la maladie elle-même. »

Enfin quant à la prise en charge des patients au délire mystique, Falret évoque deux catégories: ceux qui auront un délire « doux, contemplatif », dont la prise en charge est aisée, et les délirant qui « cherchent à propager leurs idées, à faire des prosélytes ». Ces derniers « n'écouteront que la puissance d'en haut dont ils relèvent », et répondront d'une prise en charge plus difficile. Notons enfin que Falret conçoit la religion comme une forme de traitement à proposer pour apaiser les patients.

e) Conception de Benjamin Ball (1890) :

Benjamin Ball nuance également la pensée d'Esquirol et la monomanie : « Plus on approfondit le problème, plus on demeure convaincu que les manifestations psychologiques de la folie constituent un ensemble dont on ne saurait logiquement démembrer les parties ». Il rapporte que les délires religieux sont d'avantages présents lors des « époques d'agitation, de lutte et de réforme ». Néanmoins il conçoit que les délirants religieux « appartiennent à la classe des monomanes ou plutôt des délirants partiels. »

Il décrit la marche de la folie religieuse en trois parties [29] :

1. La période du développement :

Des antécédents qu'on pourrait qualifier de psycho-éducatifs se retrouvent de façon quasi permanente: « Nés dans un milieu presque toujours saturé d'idées mystiques, ils reçoivent une éducation qui surchauffe à certains moments les exaltations du sentiment naturel. » La puberté est une époque clé, durant laquelle « il se fait une sorte de poussée morale, qui le fait pénétrer en quelques sortes dans le vestibule de l'édifice pathologique. [...] C'est à ce moment que se dessinent au plus haut degré les vocations religieuses.[...] A cette époque, on peut déjà voir se manifester les symptômes les plus graves ; les hallucinations entrent en scène[...]. »

2. La période d'état :

Le premier constat que fait Benjamin Ball est qu'il y a un rapport presque constant entre la folie religieuse et l'excitation sexuelle « à tel point qu'on pourrait croire que ce sont les mêmes cellules cérébrales qui président aux deux phénomènes ». C'est selon lui, l'un des critères qui distingue la folie religieuse des autres monomanies. Le second constat est qu'il s'agit d'une maladie essentiellement épidémique et contagieuse : « Dans le nord de L'Irlande, en pays protestant, une épidémie de délire mystique se manifesta, il y a quelques années, à la suite de prédications destinées à amener un réveil religieux ; et comme les jeunes filles et les enfants, qui fournissaient à l'épidémie le plus grand nombre de victimes, présentaient en même temps des phénomènes névropathiques divers, le peuple, qui n'y entend pas malice, donnait à cette maladie le nom de religion hystérique (hysterical religion) ». Enfin le dernier constat établi par Benjamin Ball est le suivant : la folie mystique entraîne des idées

ambitieuses, qui s'apparentent sous certains aspects au délire des grandeurs : « Les femmes s'attribuent le rôle de mère de Dieu ; les hommes sont prophètes, réformateurs, messies ». Ce dernier constat sera repris par Henri Ey qui plus tard fera le lien entre délire mystique et délire mégalomane.

3. La période de déclin :

Benjamin Ball rapporte que lorsqu'ils sont placés dans les asiles, les malades tendent peu à peu à s'apaiser. Au fur et à mesure leurs hallucinations disparaissent, le délire devient moins actif, les capacités mentales s'estompent, « le malade verse [...] dans la demi-démence, [...] l'usure cérébrale a produit ses effets ».

6) A partir du XXème siècle :

a) Conception de Paul Sérieux (1909) :

Les délires mystiques se présentaient de façon classique sous deux aspects : la théomanie et la démonomanie « suivant que le ciel ou l'enfer intervenaient dans le délire et lui donnaient une apparence glorieuse ou abjecte, euphorique ou mélancolique » [30]. La théomanie est un délire mystique où le sujet est lui-même un personnage important (Dieu, le Messie, ou un prophète en contact direct avec Dieu) qui a une mission grandiose (réformer la religion, donner des leçons de morale aux souverains, s'opposer à certains dogmes...), les délirant entrant dans ce thème sont qualifiés d'"illuminés". La démonomanie au contraire, voit le malade habité par un esprit malfaisant, ou Satan lui-même, qui cherche à le nuire, à le détruire. Le sujet se sent alors possédé ou damné.

Certains délires mystiques peuvent être selon Sérieux des délires d'interprétation. Il conçoit des traits particuliers à ces délirants : « On trouve parmi eux certains thaumaturges, prophètes et messies. Les plus humbles et les moins tarés se contentent d'exalter leurs vertus et de propager la bonne parole ; les plus orgueilleux et les plus débiles se proclament fils de Dieu. ». Les thaumaturges sont des personnages, parfois mythiques, dont les actions sont considérées comme miraculeuses. Sérieux dit que le délire découle en général d'une interprétation erronée d'un événement pourtant anodin. Il évoque également l'importance des rêves chez les délirants mystiques : « Les rêves du sommeil normal ont sur les idées délirantes

des mystiques une action plus grande que dans les autres formes de délire d'interprétation. » Les événements vécus en rêves confèrent en effet un socle sur lequel s'appuie le délirant pour légitimer ses dires.

Paul Sérieux rapporte l'observation d'un patient : « Arsène » qui déclare lors de sa première communion, lorsqu'on lui demande à quelle profession il aspire : « Je veux être Pape ». Depuis ce jour dans le village, on le surnomme "Pape". En grandissant, Arsène développe des idées de grandeur sous-tendues par des interprétations délirantes : « Un Juif le prie un jour de l'aider à éteindre un chandelier à sept branches dans une synagogue ; cela ne veut-il point dire qu'il éteindra le judaïsme et les hérésies ? », ou encore : « Une nuit, il se réveille aux miaulements furieux d'un chat ; pris de terreur il passe le reste de la nuit en prières ; le lendemain, la concierge lui dit : "Avez-vous entendu crier ce chat, cette nuit ? il était tout noir ; je crois bien que c'était le diable"[...]. [Arsène] voit là un avertissement de la Providence ». Par la suite, il consacra son existence à tenter de devenir Pape par des moyens loufoques, et sans aucun succès. La mégalomanie du patient était en lien directe avec son délire de mécanisme essentiellement interprétatif.

b) Freud et le cas du président Schreber (1911):

Daniel Paul Schreber était un magistrat allemand né en 1842, qui touché par la maladie mentale écrivit en 1900 ses mémoires dans lesquelles il décrivait son délire (*Mémoires d'un névropathe* ou *Faits mémorables d'un névropathe*, selon la traduction). En 1911, Freud publiera : *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa*, proposant une étude clinique des troubles présentés par Schreber, à partir du livre de ce dernier. Schreber présentait un délire très complexe et très structuré, avec plusieurs composantes : mystique, mégalomaniaque, de transformation, paranoïaque...

Freud évoque certains faits notables: L'éducation et l'environnement non religieux dans lequel évolue une personne ne la préserve pas d'un délire à composante mystique, du moins Schreber n'en fut pas épargné : « Le président Schreber avait été, dans ses journées saines d'esprit, un agnostique en matière religieuse, il n'avait pu se contraindre à adopter une foi solide en l'existence d'un dieu personnel ».

Freud met en lien la dimension mystique et la sexualité : Pour sauver le monde, il doit en effet se faire émasculer, changer en femme, puis féconder par Dieu. « Les deux éléments centraux du délire de Schreber, la mutation en femme et la relation privilégiée avec Dieu, sont associées dans son système par l'attitude féminine à l'égard de Dieu», « Il avait auparavant été un homme tendant à l'ascèse sexuelle, un homme qui doutait de Dieu ; après la fin de la maladie, c'était un homme qui croyait en Dieu et un adepte de la volupté. [...] Il se plaçait face à Dieu dans une attitude féminine, il se sentait comme l'épouse de Dieu. » [31]

c) Conception d'Henri Ey (1960):

Dans le *Manuel de psychiatrie* d'Henri Ey, on retrouve les délires à thématique mystique dans les délires fantastiques, au chapitre de *Mégalomanie*. Il est pris en considération une composante mégalomane à l'aspect cosmique de ce thème. « C'est en effet par une sorte de participation infinie aux événements historiques, à l'espace terrestre ou interplanétaire que le Délirant se sent le jouet ou l'enjeu de combats gigantesques. Les thèmes de grandeurs (l'identification aux grands Monarques ou Prophètes, à Dieu, le concours de toutes les puissances naturelles et surnaturelles aux événements de la fabulation) sont ici prépondérants. » [32], il précise que la dimension mégalomane correspond à une « expansion délirante du Moi » [33].

Les hallucinations, indispensables à l'apparition initiale du délire, s'estompent peu à peu laissant place à l'imagination : « C'est par des voix, ou des visions ou des extases que le Délirant prend conscience de son monde fantastique. Mais généralement l'hallucination cède le pas à la fabulation et c'est sous forme d'une production imaginative et idéique luxuriante que ce Délire est énoncé dans les écrits et les récits prolixes de ces malades. La référence à l'expérience hallucinatoire tend à s'effacer à mesure que l'imagination submerge les hallucinations. » [34]

Henri Ey évoque également le changement de perception du délire d'un point de vue psychopathologique, changement qui s'opère essentiellement au cours du XIX^{ème} siècle : « On a pour ainsi dire circonscrit à cette époque [avant le XIX^{ème} siècle] leur Délire en le supposant basé sur certains phénomènes élémentaires [...] ou certaines dispositions caractérielles

originelles [...]» Par la suite, on a montré que c'est « toute la personnalité du Délirant qui est perturbée ». [35]

d) CIM-10 et DSM-V, Classifications actuelles:

On peut retrouver dans la *Classification Internationales des maladies 10^{ème} révision* (CIM-10) [36] le délire mystique comme syndrome isolé, à la classification F22 (en tant que trouble délirant), ou comme symptôme d'une pathologie : la schizophrénie (F20). Cependant, comme dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^{ème} édition* (DSM-V) [37], le terme propre "délire mystique" n'apparaît pas: la thématique des syndromes délirants n'est pas explicitée.

IV. CAS CLINIQUE :

1) Biographie:

a) Avant l'hospitalisation :

Luc M. a 31 ans. Nous le rencontrons pour la première fois en mai 2015. Il s'agit alors de sa troisième hospitalisation, qui dure depuis 6 mois. Il est physiquement impressionnant : deux mètres, une centaine de kilogrammes, barbe longue et cheveux hirsutes. Son regard est fixe, bleu clair et lointain. Lorsque nous le croisons dans le service il ne baisse pas les yeux, mais reste à scruter l'horizon (le fond du couloir), accaparé semble-t-il par ses pensées.

Luc est le cadet de sa famille : un grand frère, et une petite sœur. Ses parents sont toujours en couple, travaillant dans le commerce. Sa mère a des origines d'Europe de l'Est, et sa grand-mère maternelle est décrite par le patient comme une femme très croyante qui a dans le passé « tiré les cartes ». Il reçoit une éducation religieuse catholique, essentiellement par sa grand-mère, et va souvent à la messe le dimanche. Il évoque son enfance comme une époque plutôt banale. Dès l'âge de dix ans il présente des troubles de concentration à l'école : « j'étais hyperactif ». Il est orienté à quatorze ans vers un institut psychopédagogique, où il poursuit sa scolarité jusqu'à dix-huit ans.

Mr M. entre dans la Marine à l'âge de dix-neuf ans, sans avoir obtenu le bac. Il s'engage à Brest pour un contrat de trois ans. Initialement il voulait entrer dans la légion étrangère, les considérant comme « les meilleurs ». Mais il dit que ses parents ont préféré qu'il s'engage dans une section moins compliquée. C'était la première expérience loin du domicile familial pendant plusieurs mois. Après une période de classes, il est affecté sur un porte-avions, pendant un an et demi (il passera ensuite les derniers mois jusqu'à la fin de son engagement dans sa caserne à Brest). Il rapporte avoir fait des missions diplomatiques sur la côte ouest de l'Europe, de l'Afrique, puis sur la côte est de l'Amérique du Sud, des Etats Unis et du Canada. De ses traversées il n'éprouve pas grand-chose, évoque simplement qu'il « est formidable de faire le tour du monde si jeune », mais sans implication émotionnelle ou affective. Il aurait terminé sa période d'engagement dans la marine sans la renouveler car il souhaitait s'installer en ménage.

De son retour en France métropolitaine, Mr M. a vingt-deux ans. Il vit seul dans un petit appartement. Il évoque plusieurs relations sentimentales qui s'interrompaient « assez rapidement ». Il nous rapporte avoir été en relation avec une petite amie qui était « voyante ». A cette époque, il pratique la boxe thaïlandaise en compétition. Luc atteste des difficultés financières avec plusieurs emplois précaires en qualité d'intérimaire. Deux ans passent, Luc songe à regagner l'armée.

Il intègre la section parachutiste car c'est « une unité d'élite ». Le patient nous explique qu'il n'a pas fait son quota de sauts, qu'il était plutôt affecté au pliage des parachutes. Il nous exprime que : « Sauter, c'est un truc qui fait peur ! ». Luc rapporte être allé six mois en Guyane française, mais serait resté à la caserne car aurait été blessé au cours d'un entraînement. Il aurait alors été affecté au poste de cuisinier ce qui le satisfaisait : « Je mangeais ce que je voulais, j'étais heureux, alors que les autres qui revenaient de mission étaient tout rachitiques. ». C'est à cette époque que Luc fait le « vœu d'être spirit ». Il ne renouvellera pas son engagement dans l'armée car, une fois de plus il voulait « se poser avec une copine ». (Il serait resté un peu moins d'un an avec celle-ci qui était « plus jeune ». Ils n'ont jamais vécu ensemble. Luc dira au cours d'un entretien que « c'est dur quand on est avec quelqu'un de le comprendre, de savoir ce qu'il pense »). Au sortir de l'armée, il entreprend de faire une formation afin de devenir agent de sécurité. C'est à ce moment que Mr M. sera hospitalisé pour la première fois en psychiatrie.

b) Au cours des hospitalisations:

Le report des deux premières hospitalisations se fait uniquement sur consultation du dossier médical.

1. Septembre 2011:

Le premier contact entre Mr M. et la psychiatrie a lieu en septembre 2011, il a alors vingt-sept ans. Ses parents ont constaté un isolement, un repli social, et une rupture avec l'état antérieur depuis près de trois mois. Ils ont noté des idées délirantes et la présence d'hallucinations. Il n'est pas rapporté d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers. On note un tabagisme actif évalué à 12 paquets/année, des alcoolisations fréquentes, parfois massives

et une consommation occasionnelle de cannabis. A l'entretien initial, le contact est bizarre, Mr M. est substhénique et volubile. Il tient des propos délirants : se dit en lien avec « les esprits et les extraterrestres », qu'il entendrait de façon quasi-permanente. On note également un syndrome dissociatif avec des passages du coq à l'âne, des rires immotivés, et des affects émoussés.

Le patient refusant les soins est hospitalisé en mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT). Le bilan initial biologique (numération formule sanguine, ionogramme sanguin, glucose, urée, créatininémie, cholestérol total, HDL-cholestérol, LDL-cholestérol, triglycérides, alanine aminotransférase, aspartate aminotransférase, gamma glutamyl transférase, phosphatases alcalines, TSH) et radiographique (scanner cérébral) ne met pas en évidence d'anomalie. Lors de la première hospitalisation, les idées délirantes s'amendent rapidement sous traitement neuroleptique (risperidone per os 4mg matin et 4 mg soir). Le patient sort d'hospitalisation un mois après son entrée, avec un suivi prévu au centre médico psychologique. Le diagnostic retenu est celui d'une bouffée délirante aiguë.

2. Aout 2012 :

Un an après sa première hospitalisation, Luc est à nouveau hospitalisé, initialement en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE). Lors de l'hospitalisation, la mesure de contrainte est changée en SPDT. Le patient, en rupture thérapeutique depuis quatre mois, avait fugué du domicile et passé une nuit dans un bois armé d'un couteau. Ces faits étaient sous-tendus par des idées délirantes. Cliniquement, la thématique du syndrome délirant est orientée vers le diable: Mr M. dit que Satan le met à l'épreuve. Le patient anosognosique exprime son animosité envers ses parents, il ne conçoit pas l'hospitalisation. On note à l'époque des hallucinations auditives avec automatisme mental, des idées de référence, sans participation thymique ainsi qu'un émoussement affectif. Le patient reçoit un traitement neuroleptique retard (Risperdal®Consta® LP 50MG/2ML : une injection tous les 14 jours) ce qui permet de diminuer la conviction délirante et les hallucinations acoustico-verbales. Luc débute également une prise en charge au centre de remédiation cognitive pour patients schizophrènes du centre hospitalier, mais ne s'y investit pas et n'honore pas les rendez-vous établis. Il sortira de l'hôpital en novembre 2012.

3. Novembre 2014 :

Le patient est admis en SPDT (le tiers est alors la sœur) pour recrudescence délirante avec troubles du comportement au domicile. Les conflits sont fréquents avec ses parents, ceux-ci évoquent une rupture thérapeutique. La symptomatologie délirante est bruyante et se manifeste par des hallucinations acoustico-verbales (HAV). Le patient dit être en relation spirituelle avec de nombreux esprits dont celui de Charles Bronson (un acteur américain décédé), de légionnaires, d'extraterrestres... Il évoque sa croyance en Dieu : « J'ai été élevé par ma grand-mère catholique, puis j'ai dévié vers l'ésotérisme, vers les êtres paranormaux ». Les HAV sont ressenties de façon agréable par le patient, elles sont quasiment permanentes.

Nous prenons en charge Mr M. à partir de mai 2015, au cours de cette troisième hospitalisation. Lors des premiers entretiens, le patient est réticent, les réponses sont sèches et courtes. Le contact est distant, on observe une certaine méfiance à notre rencontre. Il faut plusieurs semaines avant que Mr M. ne nous accorde sa confiance et puisse nous livrer, par bribes, son expérience délirante.

c) Fonctionnement familial :

Nous avons eu plusieurs entretiens familiaux, et restons toujours en lien pour l'accompagnement de la prise en charge de Luc. Nous n'avons jamais vu *in situ* la dynamique familiale mais nous avons pu en dégager quelques éléments.

La pathologie de Luc a été très difficile à accepter pour ses parents, et plus particulièrement pour son père, qui jusqu'au début de la troisième hospitalisation refuse le diagnostic et les entretiens médicaux. Luc rapporte une situation conflictuelle avec son père, il le trouve autoritaire. Sa mère semble d'avantage accepter la pathologie. Au domicile, Luc n'observe pas beaucoup de règles : il n'est pas régulier concernant son sommeil, aide peu dans l'entretien de la maison, s'isole beaucoup dans sa chambre. Mr M. rapporte consommer de l'alcool régulièrement (1 à 2 verres de whisky ou de vodka le midi et 2 verres le soir), il dit que ses parents ne l'en empêchent pas. Ces éthyliations remontent à l'adolescence. On peut supposer qu'initialement cette prise atténuait les angoisses et les manifestations psychotiques.

Le frère de Luc a rédigé un courrier dans lequel il apporte un certain nombre d'éléments quant au fonctionnement familial. Il décrit que ses parents ont envoyé Luc vivre chez sa grand-mère durant une partie de son enfance car « ils n'arrivaient plus à le gérer ». La grand-mère est rapportée comme une personne « très rigide et très religieuse » qui pouvait s'adonner à des pratiques obscures. Il la décrit aussi comme une « tireuse de cartes ». Durant son enfance, Luc est pris en charge par une psychologue qui le dirige vers un institut psychopédagogique. Dans le courrier il est mentionné que la consommation d'alcool et de cannabis a commencé dès la jeune adolescence chez Luc, ce qui est mis en lien avec des conflits familiaux. Il évoque un père autoritaire, qui n'a « jamais su exprimer » de soutien affectif envers ses fils, avec lequel le patient s'est déjà battu (semble-t-il au décours d'une décompensation délirante). Le frère de Luc nous indique que sa mère emmenait souvent ce dernier voir « des voyantes », et qu'elle donnait crédit aux pratiques de leur grand-mère. La mère de Luc est évoquée comme sa persécutrice désignée: « Mon frère s'en prenait systématiquement à ma mère [...], il disait qu'elle était le mal. Ma mère était comme un exutoire pour lui, il disait que c'était elle qui lui avait fait ça dans sa tête ». D'après le frère de Luc, leur mère a un comportement « inapproprié », s'adressant à son frère « comme s'il n'était qu'un enfant ». Luc aurait tenu d'autres propos très inquiétants lors de ses décompensations : « il nous disait pratiquer la magie noire, [...] il lui fallait une vierge pour la donner en sacrifices aux démons », « quand il est en crise, il lui arrive d'évoquer ces fameux démons qui lui parlent en lui rappelant des passages de son enfance et en lui suggérant de faire le mal ».

d) Discussion biographique:

Les éléments que nous pouvons retenir du parcours de vie de Luc sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, il apparaît dans ses choix une quête du bien. Celle-ci a quasiment une dimension spirituelle: le choix de l'armée, c'est le choix du "bien". La légion étrangère est considérée par Mr M. comme « la meilleure » car elle place ses soldats au plus près du conflit. Il peut s'épanouir dans ce milieu et mener à bien ses engagements, malgré ses troubles naissants, parce qu'il se sent investi, qu'il se donne cette mission.

Il nous apparaît, que c'est lors de l'armée que Luc a développé les premiers symptômes de sa pathologie : d'une part, il le dit lui-même : au cours de son deuxième engagement il a fait vœu d'entendre des voix. D'autre part, il semble que le patient ait été lors de son parcours militaire, mis en retrait des missions de terrain : après avoir fait une expédition sur porte-avions, il passe le reste de son engagement à faire de la maintenance au port, de même il n'effectuera pas tous ses sauts en parachute et sera affecté à la cantine lors de son expédition en Guyane. On peut supposer que ce retrait ait été voulu par sa hiérarchie face à ses troubles psychiques. Mr M. s'attribue le fait d'avoir voulu entendre des voix, comme s'il s'agissait d'une démarche qui lui était propre. On peut interpréter cela comme un rationalisme morbide : entendre des voix découle directement du vœu formulé, ou bien comme un élément à dimension mégalomane : entendre des voix n'est possible que pour certains capables d'en faire le vœu.

On note également une recherche de normalité chez Mr M. . Il ne renouvelle pas son engagement militaire pour s'engager dans une relation sentimentale et adopter le schéma classique : un emploi stable, une conjointe, un logement. Mais ses affects sont pauvres, Luc ne parvient pas à entamer de relation durable. Il semble assez hermétique à la théorie de l'esprit, ses difficultés de compréhension de « ce que l'autre pense » en témoignent. C'est selon lui la cause des ruptures. Les relations amicales sont aussi très pauvres, il évoque de façon évasive un camarade d'armée, mais n'a pas créé de lien pérenne. On ne note pas d'ami dans son entourage, il n'a de relation qu'avec sa famille. Et celle-ci paraît assez utilitaire : il est nourri et logé : « C'est le rôle des parents de s'occuper de leurs enfants » formule-t-il. D'un point de vue professionnel, en dehors de l'armée, on ne retrouve pas de stabilité. Précisons qu'au décours d'une hospitalisation, un travail en milieu protégé avait été entrepris, puis rapidement mis en échec par Luc qui n'y trouvait « aucun intérêt ». Avant sa première hospitalisation, le patient pratique volontiers le sport, il rapporte qu'auparavant, son aspect physique l'importait, alors qu'aujourd'hui il préfère se consacrer à ses activités spirituelles.

Le monde spirituel de Mr M. est très vaste. Le patient dit avoir fait « vœu de spirit » ou « d'ésotérisme ». Ces termes désignent pour Luc la participation intellectuelle à un monde immatériel. Cette croyance s'organise selon une certaine hiérarchie : Mr M. a le grade d'ange. Au-dessus de lui, on retrouve les archanges, et au sommet de la pyramide, Dieu et les Roswell qui seraient des extra-terrestres âgés de plusieurs millions d'année, en perpétuelle quête du bien (A noter que *l'affaire de Roswell* rapporte un cas d'écrasement d'engin volant au Nouveau Mexique en 1947, que certains considèrent comme les vestiges d'un OVNI

extraterrestre). A eux tous, ils constituent une armée qui se bat contre les forces du mal : des esprits malveillants. Ces combats spirituels sont quotidiens, Luc se dit alors « occupé avec [ses] esprits », parfois, cela l'empêche de dormir, souvent il s'isole et devient hermétique à toute sollicitation de notre part. Il nous explique qu'en faisant ces combats, il s'améliore, prend du pouvoir et gravit ainsi les échelons de la hiérarchie, à l'instar d'un jeu vidéo où le joueur accumule de l'expérience au cours de ses quêtes.

Nous demandons à Luc de nous situer dans le temps l'apparition de cette conviction. Il rapporte que c'est à l'armée, lors de son deuxième engagement, qu'il a fait ce vœu. Voici ce qu'il nous en dit : « J'ai lu plusieurs livres qui traitaient de ce sujet, puis j'ai fait le vœu d'ésotérisme, d'entendre des voix. J'étais un ange, il y avait un démon. On s'est mis à se parler. Je ne comprenais pas qu'un démon soit protégé par Dieu. Ce démon était un militaire, un caporal, moi j'étais première classe. Il a senti mon émanation dans le couloir... Il m'a dit que Dieu avait inventé le mal et le bien. Il [c'est-à-dire Dieu] essayait de s'accaparer de moi car j'étais puissant avec mes pouvoirs. C'était un recruteur. Un autre jour j'ai été réveillé par une puissance pour combattre pour lui. » Cependant, a posteriori, Luc dit que à plusieurs reprises, avant cet épisode, des esprits avaient tenté de le contacter. Il se souvient par exemple, qu'adolescent il se souciait souvent de savoir si ce qu'il faisait était « bien ou mal », et que c'étaient sans doute les esprits qui le conduisaient vers le bien.

Nous lui demandons si son spirit est une forme de religion, ce à quoi il répond : « J'ai toujours été catholique, depuis mon plus jeune âge j'ai toujours été attentif aux forces du bien et du mal. Je crois en la religion, c'est un code de performance ». Nous disons alors à Mr M. que la religion catholique, telle qu'elle est pratiquée, diffère de sa conception personnelle. « Vous n'êtes pas spirit, quand on s'éveille c'est pour des conséquences de vie. C'est une pile reflexionnante. Le catholicisme est ouvert à tous mais il faut prendre en compte le jugement dernier sinon on est trop laxiste ! » Mr M. croit en sa religion. A noter qu'au fil des semaines, il y a de légers changements dans la croyance de Luc, tantôt les ennemis à combattre sont des démons, tantôt des titans. Parfois, pendant plusieurs jours, il n'y a pas de combat. C'est dans ces moments où le patient paraît le plus apaisé, et le plus accessible.

La thymie de Luc est relativement stable durant cette hospitalisation. Les hallucinations sont vécues de façon plutôt paisible, exception faite des nuits, où elles peuvent se révéler insomniantes. Nous n'avons pu préciser si les manifestations psychiques de Luc étaient à l'origine de réveils au cours de ses nuits, ou si les réveils itératifs étaient considérés

pour le patient comme les manifestations de son activité de spirit. Durant un entretien qui suivait semble-t-il, une mauvaise nuit, il nous targua d'un : « Vous pensez vraiment qu'on peut dormir alors qu'il y a une guerre spirituelle qui est en train de se faire ?! »

2) **Diagnostic:**

a) **Orientation diagnostique et diagnostics différentiels :**

Plusieurs pathologies mentales doivent être évoquées lorsque l'on rencontre un patient délirant :

- Une schizophrénie
- Une psychose non dissociative
- Un trouble de l'humeur avec idées délirantes (état maniaque ou syndrome dépressif avec idéations délirantes)
- Un trouble de personnalité avec décompensation délirante
- Des causes somatiques (prises de toxiques, syndrome de sevrage, confusion mentale, processus intracérébral...)

Concernant l'orientation diagnostique de notre patient, nous pouvons écarter une problématique somatique à l'origine de son délire, les examens radiologiques et les bilans biologiques effectués n'ayant rien mis en évidence. De même, la part thymique n'est pas chez Mr M. corrélée à sa symptomatologie (les fluctuations de l'humeur ont peu, voire pas d'incidence sur son délire). Nous écartons également un trouble de personnalité décompensé : Luc ne présente pas, ni dans son histoire ni dans sa présentation clinique actuelle, de critère en lien avec une personnalité pathologique. On s'oriente donc sur un trouble d'allure psychotique. Le caractère dissociatif du trouble nous permet de préciser le diagnostic en faveur d'une schizophrénie.

Nous pouvons retrouver dans la symptomatologie de Luc de nombreux éléments de type schizophréniques tels qu'ils sont définis par la CIM-10 et le DSM-V :

b) La schizophrénie d'après la CIM-10 :

Selon la CIM-10, le diagnostic de syndrome délirant mystique de notre patient pourrait appartenir au chapitre V : *Troubles mentaux et du comportement*, au paragraphe *Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants*, tiret F20. Il serait également possible de catégoriser les troubles du patient comme ceux d'une schizophrénie résiduelle paranoïde.

Les troubles schizophréniques, d'après la CIM-10, se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs. La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. [36]

c) La schizophrénie d'après le DSM-V :

Le passage du DSM IV-R au DSM-V a éliminé les sous-types catégoriels du diagnostic de schizophrénie (les caractéristiques paranoïde, catatonique, désorganisée, indifférenciée n'apparaissent plus). De même la notion de schizophrénie « résistante » a disparu, remplacée par le terme de schizophrénie « continue ». Selon le DSM-V, on classerait alors le trouble de Mr M. comme une schizophrénie continue.

Celle-ci est diagnostiquée de la façon suivante :

A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (c'est-à-dire, coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (c'est-à-dire, réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)

B. Pendant une partie significative du temps depuis la survenue le début du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois des symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (par exemple : croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). [37]

d) Triade symptomatique :

Luc présente de façon précise la triade symptomatique de la pathologie schizophrénique.

1. Syndrome délirant

Le mode d'entrée est incertain, le patient rapporte avoir pu entendre les esprits à partir du moment où il l'a désiré (plutôt de façon soudaine), or nous pouvons nous demander si cette volonté n'était pas elle-même sous-tendue par des éléments délirants (dans ce cas la naissance des troubles serait plus progressive). L'entourage du patient décrit une rupture brutale avec l'état antérieur. Ce délire peut être considéré comme chronique, car de durée supérieure à six mois.

On peut noter deux facteurs potentiellement déclencheurs: la consommation de cannabis, et un choc psychologique éventuel lors de son engagement à l'armée (par une modification importante du mode de vie).

La thématique est orientée vers le mysticisme avec des éléments mégalomaniaques : le patient se considère comme appartenant à une hiérarchie céleste chargée de faire régner le bien dans le monde spirituel.

Le mécanisme est initialement hallucinatoire, acoustico-verbal : lors des premières hospitalisations, on constatait des attitudes d'écoute, un automatisme mental.

Cependant il semble qu'au fil du temps la dimension imaginative prenne de l'ampleur, au détriment des phénomènes hallucinatoires (comme le concevait Henri Ey). En effet, le monde imaginaire du patient se modifie au fil des jours, des détails changent : « les esprits évoluent ».

La systématisation délirante est floue: le patient dit distinguer son monde spirituel, du monde matériel, mais la plupart du temps, il les intrique volontiers lors d'intuitions ou de raisonnements rationnels morbides. Le monde "spirit" a pour Luc un sens, une logique, contrairement au monde terrestre qu'il traverse de manière passive.

L'adhésion au délire est totale, d'autant plus tenace que celui-ci est enkysté depuis plusieurs années. Il n'y a pas de remise en cause possible : « De toute façon vous ne pouvez pas comprendre, vous n'êtes pas spirit ! ».

Le délire génère peu de réactions affectives, et la plupart du temps elles sont discordantes (sourires voire rire immotivés, manifestations émotionnelles inappropriées). Le vécu délirant ne paraît pas angoissant pour le patient. Le délire bien que toujours prégnant, s'enrichit de moins en moins au fil du temps.

2. Dissociation :

Luc présente au cours de son hospitalisation les signes d'une désorganisation psychique. Les affects sont la plupart du temps émoussés. La logique du patient est altérée, on note de nombreux rationalismes morbides. Nous avons pu observer lors de certains entretiens des barrages, et des rires immotivés. Il semble également que Mr M. ait prononcé certains termes paralogiques : « pile réflexionnante », ou encore le mot : « spirit », qui n'existe pas en langue française, et que le patient utilise pour désigner son lien avec le monde spirituel. La symptomatologie dissociative a tendance à diminuer en intensité, on n'observe plus d'automatisme mental comme il y a eu lors des premières hospitalisations.

3. Repli autistique :

Mr M. a tendance à s'isoler dans le service. La mise en place d'activités thérapeutiques (dessin, jeux de société, pâtisserie) et sportives a toujours avorté. Le patient revendique sa « solitude » et l'intérêt purement utilitaire d'une relation sociale. Au domicile parental, il passe volontiers plusieurs heures sur les jeux vidéo.

e) **Echelles d'évaluation :**

1. **Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) :**

La PANSS est une échelle d'évaluation des syndromes positifs et négatifs de la pathologie schizophrénique, associée à une échelle de psychopathologie générale. Plus le score est élevé dans un domaine, plus la symptomatologie du patient est présente. Les scores obtenus par Mr M. sont de: 37 pour l'échelle positive et de 35 pour l'échelle négative (pour un minimum à 7 et un maximum de 49 dans les deux cas), et de 62 pour l'échelle de psychopathologie générale (pour un minimum de 16 et un maximum de 112). Le score total obtenu est de 134 (pour un minimum à 30 et un maximum à 210). La PANSS permet aussi de calculer une échelle de désorganisation, évaluée à 15 (pour un score entre 3 et 21) ; ainsi qu'une échelle de symptômes anxio-dépressifs, évaluée à 14 (pour un score entre 5 et 35).

On peut en conclure que la symptomatologie de Luc est sévère autant sur le versant négatif que positif, et assez sévère d'un point de vue psychopathologique générale. De plus on observe une désorganisation importante mais une part anxio-dépressive moyenne. Cette échelle peut avoir son importance dans le suivi objectif de la symptomatologie présentée par Mr M., notamment vis-à-vis de l'impact des traitements neuroleptiques. [Cf ANNEXES]

2. **Echelle d'insight de Beck :**

L'échelle d'insight cognitif de Beck ou en anglais *Beck Cognitive Insight Scale* comprend deux échelles : une échelle d'introspection et de reconnaissance de la sa faillibilité, appelée échelle d'auto-réflexivité et une échelle de confiance augmentée au sujet des croyances et des jugements. L'échelle mesure les processus cognitifs impliqués dans l'évaluation des expériences anormales ou leur mauvaise interprétation. Le patient possède un score d'introspection et de volonté de reconnaître la faillibilité de 13 (on considère la norme comme supérieure ou égale à 12), et un score de certitude au sujet des croyances et des jugements de 14 (la norme est établie pour un score inférieur à 6). On peut en déduire que le patient a une bonne introspection et reconnaissance de sa faillibilité mais un seuil pathologique de certitude au sujet des croyances et des jugements. [Cf ANNEXES]

3. Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia:

Cette échelle d'évaluation informe de façon subjective sur les capacités cognitives du patient schizophrène. Au regard des réponses de Mr M. on remarque que les troubles de mémoire de travail (ou à court terme) sont fréquents, concernant la mémoire sémantique il semble qu'elle ne soit pas atteinte. Luc rapporte des troubles de concentration que nous avons déjà pu remarquer au sein de l'unité. Il évoque aussi une légère difficulté à trouver ses mots, faire des phrases, ou comprendre le sens des mots. [Cf ANNEXES]

f) Comorbidités :

1. Toxiques :

- Tabac :

Mr. M est fumeur depuis sa jeune adolescence : il rapporte ses premières cigarettes vers l'âge de douze ans, puis une consommation régulière à partir de quinze ans (environ un paquet/jour). Lors de ses engagements militaires, il fume moins (environ 0.5 paquets/ jour). Puis, depuis 2010 une consommation reprise à 1 paquet/jour. On peut donc évaluer sa quantité consommée à 12 paquets/année. Le patient n'est pas dans une démarche de sevrage, il a refusé les substitutifs proposés et l'accompagnement à l'arrêt de la consommation. On sait que la dépendance tabagique est majorée dans la population schizophrénique et qu'il s'agit d'une population à grand risques cardiovasculaires, notamment lorsqu'il y a d'autres comorbidités. [38] Il est donc important de sensibiliser Mr. M. aux risques liés au tabac.

- Alcool :

Le patient évoque une prise d'alcool régulière au domicile (un à deux whisky le midi et deux le soir), ce qui est établi depuis plusieurs années. Il recherche essentiellement un effet anxiolytique : « ça m'apaise ». Parfois il consomme d'avantage, lors des repas de famille notamment où il a déjà été ivre. Cette consommation ne semble pas être problématique pour les parents du patient qui rapportent une prise d'alcool similaire quotidiennement. Mr M. a déjà été violent lors d'éthylisations aiguës. De plus l'alcool a un fort potentiel dépressif, ce qui est préjudiciable chez un patient relativement apragmatique. Nous tentons d'expliquer au patient lors des entretiens, ainsi qu'à sa famille, la nécessité d'arrêter la prise d'alcool.

- Cannabis :

Mr M. rapporte une consommation de cannabis durant l'adolescence, avant le début de la première hospitalisation. Cette consommation a pu déclencher la première bouffée délirante aiguë. Les recherches de toxiques urinaires récentes n'ont pas mis en évidence de nouvelle prise de cannabis.

2. Syndrome métabolique :

Le syndrome métabolique est défini comme :

- Une obésité abdominale (critère obligatoire), définie par un tour de taille supérieure ou égale à 94 cm chez l'homme
- Au moins 2 critères parmi les 4 suivants :
 - Hypertriglycéridémie supérieure à 1,5 g/l ou traitement spécifique de cette anomalie.
 - HDL-cholestérol inférieur à 0,4 g/l chez l'homme ou traitement spécifique de cette anomalie.
 - Pression artérielle systolique supérieure ou égale à 130 mm Hg, ou diastolique supérieure ou égale à 85 mm Hg, ou traitement en cours d'une hypertension artérielle connue.
 - Glycémie à jeun supérieure ou égale à 1 g/l ou diabète de type 2 connu ou traitement spécifique correspondant.

A ce jour, le patient présente : un tour de taille à 106 cm, un taux de triglycérides à 1.50 g/l, un taux de HDL-cholestérol à 0.27g/l, une pression artérielle au repos à 130/70mmHg et une glycémie à jeun à 0.97 g/l.

Du fait, Mr M. est porteur de ce syndrome. Les traitements neuroleptiques favorisent la prise de poids et amènent une modification du métabolisme lipidique et glucidique. Or, le syndrome métabolique augmente les risques de développer une maladie cardiovasculaire, ainsi que le risque de mortalité lors de la survenue de ces événements. Ce risque, combiné à la sédentarité et à la consommation active de tabac est à inclure dans la prise en charge de notre patient. Une éducation diététique ainsi qu'une sensibilisation sur ce syndrome sont régulièrement rappelées à Mr M. .

3) Thérapeutique :

a) Thérapeutique médicamenteuse

Le patient a reçu successivement différentes molécules au cours de ses hospitalisations :

- Durant la première hospitalisation :
 - rispéridone (Risperdal®) per os 8 mg, pendant 20 jours (du 04/10/2011 au 27/10/2011 : date de sortie du patient)
- Durant la deuxième hospitalisation :
 - rispéridone Risperdal®Consta® LP 50MG/2ML injection 1j/14, à partir du 12/09/2012
 - aripiprazole (Abilify®) 10 mg, pendant 6 jours (du 17/10/2012 au 24/10/2012 : date de sortie du patient)
- Durant la troisième hospitalisation :
 - risperidone Risperdal®Consta® LP 50MG/2ML, pendant 112 jours (du 18/11/2014 au 20/03/2015)
 - zuclophenthixol (Clopixol®) per os 75mg, du 20/03/2015 au 21/04/2015
 - zuclophenthixol Clopixol® AP 200MG/1ML injection 2 ampoules 1j/14 (du 21/04/2015 au 12/05/2015)

La stabilisation de l'état clinique du patient n'a pu être obtenue à long terme avec ces traitements.

A ce jour, le patient a pour traitement neuroleptique:

- Halopéridol décanoate (Haldol Decanoas®) AR 50MG/1ML solution injectable 5 ampoules 1j/28. (depuis le 30/06/2015)
- Amisulpride (Solian®) ARW 200MG 1 cpr/jour (depuis le 5/11/2015)

Le patient a également une prescription de traitement correcteur des effets secondaires dus aux neuroleptiques, et d'anxiolytiques. Cette prescription actuelle permet à Mr M. une relative stabilité. La symptomatologie délirante reste présente mais de façon moins intensive et moins accaparante psychologiquement.

b) Questionnement de l'intérêt de la clozapine pour notre patient :

L'HAS recommande l'utilisation du traitement par clozapine dans le cadre d'une schizophrénie selon certaines conditions :

- Patients schizophrènes résistant au traitement et patients schizophrènes qui présentent avec les autres agents antipsychotiques, y compris les antipsychotiques atypiques, des effets indésirables neurologiques sévères, impossibles à corriger.
- La résistance au traitement est définie comme l'absence d'amélioration clinique satisfaisante malgré l'utilisation d'au moins deux antipsychotiques différents, y compris un agent antipsychotique atypique, prescrits à une posologie adéquate pendant une durée suffisante.

Ainsi, l'HAS définit la schizophrénie résistante de la façon suivante: On parle de schizophrénie résistante après deux séquences de traitement antipsychotique à posologie et durée suffisantes (au moins 6 semaines) sans bénéfice thérapeutique. On éliminera d'autres causes de mauvaise réponse : défaut d'observance, conduite addictive, interactions médicamenteuses, pathologie organique. En cas de résistance avérée, l'utilisation de la clozapine est recommandée.

Au vu de la mauvaise réponse à la plupart des traitements neuroleptiques reçus par le patient et de l'amendement seulement partiel de la symptomatologie présentée avec le traitement neuroleptique habituel, la question de la mise en place de la clozapine s'est posée. D'une façon collégiale, et en tenant compte du processus de décision médicale partagée [40], nous avons décidé de ne pas introduire ce traitement pour le moment pour les raisons suivantes :

- La mauvaise observance thérapeutique du patient qui arrête systématiquement son traitement dès sa sortie de l'hôpital.
- Le rejet de toute prise de sang par le patient (les bilans biologiques de contrôle métabolique sont toujours très compliqués à accepter par Mr M.): la clozapine nécessite une surveillance biologique régulière.
- La tendance importante de Mr M. à la constipation, aggravée par l'apragmatisme pouvant générer un risque non négligeable d'occlusion intestinale.

Notons que ce point de vue est susceptible d'évoluer en fonction de l'évolution de l'état de Luc.

c) **Objectifs et Recommandations HAS au regard de la prise en charge de notre patient:**

Les objectifs de la prise en charge thérapeutique pour la haute autorité de santé (HAS) sont les suivants :

- Réduire ou éliminer les symptômes.
 - Aider le patient à prendre conscience de sa pathologie et à accepter son traitement.
 - Préserver les capacités cognitives et les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie.
 - Prévenir les rechutes.
 - Assurer une prise en charge globale du patient et un soutien de l'entourage.
 - Assurer et engager des mesures psycho-éducatives pour le patient et/ou son entourage.
- [39]

1. **Réduction ou élimination des symptômes :**

C'est notamment grâce aux traitements neuroleptiques que les symptômes positifs du patient ont sensiblement diminué depuis le début de sa prise en charge. En effet, on ne note plus d'automatisme mental, le contact s'est amélioré et les attitudes d'écoute sont de plus en plus rares. Les diverses entretiens ont aussi sans doute permis à Mr M. de s'accrocher d'avantage à la réalité. Nous discuterons plus loin de l'aspect défensif généré par un tel délire.

2. **Aide pour la prise de conscience et l'acceptation de la maladie et du traitement:**

Malgré les nombreuses discussions que nous pouvons avoir avec Luc, celui-ci se défend d'avoir une pathologie. Ce monde « spirit » constitue sa réalité propre, nous ne sommes pas assez « éveillés » pour le comprendre. Le rapport avec les autres patients dans le service va en ce sens : A plusieurs reprises il nous a dit qu'il y avait des gens qui étaient « vraiment fous ici », surtout lorsqu'il a assisté à des scènes d'agitation. Concernant le traitement, il n'est accepté par le patient que vis-à-vis des symptômes qui le dérangent (angoisses, troubles du sommeil...). Mr M. nous a déjà dit : « Votre Haldol est moins fort que mes esprits ! ».

L'injection retard permet de couvrir le patient en neuroleptique de façon stable ce qui est nécessaire car nous avons des doutes concernant la prise des autres traitements lors des permissions.

3. Préservation des capacités cognitives et des capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie, prise en charge globale du patient, soutien de l'entourage et mesures psycho-éducatives :

En aout 2012, le patient intègre l'unité CRISALID, centre de remédiation cognitive et de réhabilitation au sein du Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont-de-l'Oise. Cette unité vise à améliorer l'autonomie et la qualité de vie de la personne grâce à une prise en charge personnalisée centrée sur l'amélioration des troubles cognitifs (neurocognitifs et cognitions sociales), et met en avant l'apprentissage des connaissances (sur la pathologie, l'hygiène de vie, l'équilibre nutritionnel...) et la gestion du quotidien.

Au sein de ce centre est effectué un bilan neuropsychologique. Le test de Rappel Libre et Rappel immédiat des 16 mots (d'après Grober et Buschke), le WAIS-IV(Wechsler, 1997 ; ECPA 2011) et le test MEM-III ont été utilisés pour tester la mémoire du patient. Les performances sont normales en mémoire à court terme et en mémoire de travail. En modalité visuo-spatiale, les capacités de Mr M. restent toujours préservées. L'encodage, la récupération et le stockage à long terme sont déficients. Les capacités de concentrations demeurent limitées comme en témoigne le test D2 (test d'attention concentrée ; Brickenkamp, 2007 ; Hogrefe) Les fonctions exécutives sont déficitaires chez le patient et le score de planification atteste une capacité d'organisation moyenne (test TMT A et TMT B (Tombaugh, 2004), Test des commissions (Raisonnement ; Pelletier, lemoine, Gros et Fournet,2009)). Enfin, l'efficacité globale intellectuelle est bonne (testés par *Matrices* (WAIS-IV ; Wechsler, 1997 ; ECPA 2011) et *Similitudes* (WAIS-IV ;Wechsler, 1997 ; ECPA 2011))

Cette unité intègre également un module ProFamille pour la psychoéducation des familles et des proches de patients souffrants de schizophrénie. La prise en charge de Luc s'arrête prématurément. D'une part Mr M. reste réticent à l'acceptation de la maladie, et a des difficultés à travailler sur ce sujet avec d'autres patients qu'il dénigre. Du fait, il cesse rapidement de se rendre au centre. D'autre part, si la maladie semble plutôt acceptée par la mère de Mr M., son père refuse (à cette époque) le diagnostic et également tous les soins qui

sont proposés autour. Il est prévu que l'unité CRISALID soit de nouveau proposée à Mr M. dans les mois à venir.

En mai 2015, au début de notre prise en charge, nous intégrons Mr M. à un programme de travail adapté au sein d'un hôtel-restaurant qui emploie des personnes en difficultés : Le Relais de l'Aulnes. Cette formation se déroule en plusieurs temps : d'abord les personnes explorent les différents corps de métier (service, cuisine, entretien...) puis en fonction de leurs aptitudes et de leurs envies, ils choisissent et sont accompagnés pour un apprentissage plus personnalisé. La formation se déroule sur deux à trois jours par semaine. Luc choisit la cuisine. Ce projet sera également mis en échec, le patient rapportant que cette activité le fatiguait trop. L'équipe de l'établissement nous indiqua que Mr M. supportait très mal les remarques, et qu'il avait tendance à vouloir diriger les autres travailleurs.

Au sein de l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé, de nombreuses activités thérapeutiques sont mises à disposition : jeux de société, activités sportives et fonctionnelles, sorties thérapeutiques... Même si Mr M. est d'emblée toujours opposé à y participer, à plusieurs reprises nous l'avons intégré dans certaines activités qu'il a interrompu au bout de quelques séances. Le lien à l'autre reste très difficile.

Les rencontres avec sa famille durant des entretiens ou bien téléphoniquement sont mensuels, la pathologie semble être de plus en plus acceptée, surtout par son père. Ces discussions nous permettent de comprendre les fonctionnements familiaux, d'organiser et d'avoir des retours sur les permissions, et de soutenir et d'informer les parents dans l'accompagnement de la prise en charge de leur fils. Il perdure des désaccords, notamment quant à l'acceptation de ses parents pour la prise d'alcool au domicile. Actuellement le patient est en programme de soin, il passe trois jours par semaine à l'hôpital puis quatre jours par semaine au domicile. L'alliance avec la famille est donc indispensable pour accompagner Mr M. dans la gestion de sa pathologie.

d) Discussion thérapeutique :

Les classifications récentes ne retiennent pas le trouble délirant mystique comme un syndrome mais comme un symptôme. Les thématiques du délire ne constituent plus une entité diagnostique à part entière. Le délire mystique présenté par Mr M. est donc un symptôme de sa pathologie schizophrénique. Cependant le thème sur lequel délire un patient reste une information importante pour sa prise en charge : le mystique renvoie à une dimension mégalomane, à une "quête morale ", qu'il faut appréhender afin de ne pas briser le lien thérapeutique. Ce thème renseigne aussi sur le lien qu'a développé le patient vis-à-vis de la religion, des croyances, et de façon plus large avec la société qui l'entoure. On retient en effet chez Luc une éducation religieuse et un recours admis aux voyantes dès son plus jeune âge, avec la dichotomie entre le bien et le mal. Ces éléments sont à prendre en compte pour aider Luc, d'autant que son délire semble enkysté, et fait partie intégrante de sa conception de vie, de sa façon de penser.

Les nombreux entretiens passés avec le patient nous ont permis d'avoir accès à son monde imaginaire. Au départ réticent, Luc s'est livré peu à peu. Le contact s'est amélioré au fil du temps et une certaine confiance s'est instaurée. Pour ce faire, il a fallu expliquer au patient que ses croyances étaient respectées, et que notre ambition était d'apaiser l'anxiété générée par celles-ci. Le terme d'alliance thérapeutique est discutable dans le sens où le déni de toute pathologie mentale persiste chez Mr M. . Cependant nous travaillons sur l'angoisse liée à sa symptomatologie, sur ses difficultés à nouer des relations sociales et sa tendance à l'isolement. Les traitements sont acceptés par le patient pour combattre ces symptômes. La plus grande difficulté reste son opposition à s'inscrire dans quelque activité thérapeutique. Notons aussi qu'il n'éprouve aucun intérêt à réguler son mysticisme dans une activité religieuse socialisée (aumônerie, messe...) comme le recommandait Falret.

Classiquement, les ouvrages de recommandation thérapeutique prônent comme objectif la réduction de l'activité délirante, nécessaire à l'acceptation de la maladie. Ce délire chez Luc est présent depuis au moins cinq ans (date de l'initiation de la prise en charge par la psychiatrie), voire d'une dizaine d'année (si on considère la date d'apparition « des voix » rapportée par le patient). Le schéma de pensée est en lien direct avec son activité délirante, ses raisonnements et sa conception de la réalité l'englobent totalement. Cette problématique de l'objectif thérapeutique s'est posée et se pose encore chez Luc. En effet, il nous semble impossible et inadapté de vouloir réduire son activité délirante à néant.

Il faut donc accepter cette part délirante chez Mr M. afin de l'accompagner au mieux dans un retour progressif à la réalité. D'une part parce que la thérapeutique actuelle ne permet pas l'amendement escompté du délire et d'autre part parce que Luc est attaché à ce délire depuis de nombreuses années, et qu'une cessation brutale de celui-ci pourrait conduire à un effondrement thymique important. Nous avons posé la question au patient, si selon lui son monde spirituel l'accompagnerait tout au long de sa vie, il nous a répondu : « Cela fait partie de moi, c'est le sens de ma vie d'être spirit. ». Ces propos rejoignent ceux de Madeleine Lebouc, célèbre patiente délirante mystique du Dr Janet, qui disait: « Si tu réussissais à m'enlever ma religion, qu'est-ce que tu me donnerais à la place? »[41]

V. CONCLUSION :

Historiquement on distingue trois époques quant à la conception des délires mystiques. Avant le XVIII^{ème} siècle, les délirants sont des possédés, le lien céleste est indiscutable : les malades sont souvent considérés comme les expiateurs des péchés. A ces époques moyenâgeuses, nul doute n'est émis sur l'existence de la sorcellerie, et des phénomènes démoniaques et/ou de possession. Et toute pathologie, surtout mentale, peut être mise en lien avec le divin. La religion a un poids social très important dans la société. Les chasses aux sorcières et l'Inquisition sont prégnantes surtout au cours des XV^{ème} et XVI^{ème} siècles, on peut supposer que de nombreux délirants mystiques sont passés par les flammes du bûcher.

Le siècle des Lumières et les années qui suivent permettent en France une ouverture d'esprit vis-à-vis des croyances, des superstitions et du caractère divin attribué aux pathologies. Ainsi les premiers aliénistes, Pinel en tête, prenant en charge des délirants mystiques recommandent la plus grande modération vis-à-vis de leurs pratiques culturelles. Esquirol conçoit le délire mystique comme une monomanie, identifiant ainsi une particularité clinique à cette pathologie. Cette conception sera contestée ensuite, bien que l'intérêt porté à ces patients délirants ne décroisse pas: en témoignent les nombreuses descriptions cliniques de patients délirants mystiques au cours du XIX^{ème} siècle. Il est admis deux idées à cette époque: le lien entre les idées religieuses et érotiques, et l'environnement religieux dans lequel évolue le sujet qui favorise le développement du délire mystique. Sont aussi évoquées des manifestations d' « épidémies de délire religieux », qu'on pourrait rapporter à ces cas de folie à plusieurs décrits plus récemment. Ce phénomène n'est pas sans évoquer les états de transe collective perçus dans certaines civilisations lors de rites particuliers.

A partir de 1911, Bleuler récuse le terme de démence précoce introduit par Kraepelin pour évoquer la schizophrénie et les éléments cliniques qui la définissent. Le délire est un symptôme constitutif du trouble. Ces précisions nosographiques permettent, à partir du XX^{ème} siècle d'inclure l'élément délirant comme un symptôme d'une pathologie, et non plus comme un trouble isolé. Aussi, les idées délirantes mystiques seront intégrées à une entité nosographique. Il y a donc une modification de la perception qu'on peut avoir du délirant mystique avec l'arrivée de ces classifications: le "syndrome délire mystique" devient un "symptôme délire mystique" au sein du trouble schizophrénique. Cela a également pour conséquence la diminution considérable de descriptions cliniques se rapportant au délire

mystique après 1900, ainsi que les spécificités thérapeutiques qui s'y rapportent. La pathologie de Luc n'est en effet pas résumable à sa seule thématique délirante. C'est toute sa personnalité, sa conception du monde, sa réalité propre, ses aptitudes, ses cognitions qui relèvent du pathologique.

D'un point de vue clinique, le délire religieux se distingue par la multiplicité et la diversité de ses contenus. Il s'agit d'une thématique encore très présente en psychiatrie, même si ses spécificités se sont modifiées depuis le Moyen-Âge (les cas de possession démoniaque semblent s'estomper depuis, au profit de tableaux d'exaltation mégalomane divine). On pourrait dire que le contenu du délire mystique dépend chez un individu : du milieu dans lequel il a évolué, de son entourage immédiat, des influences extérieures qu'il a connues et de l'époque à laquelle il a vécu. Cependant l'environnement dans lequel évolue le patient n'aura de lien que sur les idées prédominantes du délire et non sur la production de la maladie en elle-même. Autrement dit, la religion chez les délirants mystiques n'a d'incidence que sur le caractère mystique du délire et non pas sur le délire en lui-même : on ne peut imputer à la croyance l'éclosion d'idées délirantes. A noter que la religion n'est pas un critère indispensable pour développer un délire mystique (Freud rapporte en effet que le président Schreber n'était pas religieux avant d'être malade). Pour notre patient, nous avons néanmoins pu établir un environnement propice à une telle thématique délirante : son entourage lui a en effet transmis une culture religieuse mais également un intérêt pour l'ésotérisme via les voyants et les pratiques médiumniques. Or, si la thématique du délire peut être imputée à l'environnement, on ne peut le désigner pour autant comme responsable de la pathologie de Luc : preuve en est, son frère qui a grandi dans les mêmes conditions et qui ne présente aucun trouble psychique à notre connaissance.

La modalité de prise en charge des patients délirants mystiques ne répond pas à un consensus dans les classifications actuelles. Elle doit à notre sens aboutir à une prise en charge individualisée. Chez Mr M., la symptomatologie délirante accapare énormément ses pensées et son cheminement de vie depuis de nombreuses années. L'objectif thérapeutique n'est pas d'aboutir à un amendement total du délire, ce qui pourrait conduire à un effondrement thymique massif. D'une façon générale, sa prise en charge correspond à celle d'un schizophrène résistant. Nous tendons davantage vers un accompagnement au long cours pour le sensibiliser aux liens sociaux et lutter contre l'apragmatisme. Pour lutter contre sa pathologie, nous intégrons dans notre prise en charge sa symptomatologie délirante.

VI. REFERENCES :

- [1] Richet. L'homme et l'intelligence : fragments de physiologie et de psychologie, auteur inconnu, texte rédigé au XVIIème siècle, BNF Gallica p. 550, [en ligne]. Disponible sur <http://gallica.bnf.fr>
- [2] Pierre Janet. De l'angoisse à l'extase Troisième partie p78 [en ligne]. Disponible sur <http://classiques.uqac.ca>
- [3] Henri Ey, Paul Bernard, Charles Brisset. Manuel de psychiatrie, éd. Masson. p226
- [4] Jacques Jouanna, Hippocrate éd. Fayard. p259
- [5] Alexandra Barrata et Olivier Halleguen. Quelle pathologie psychiatrique pour l'empereur romain Caligula ? L'information psychiatrique 2009/1 (Volume 85), p. 83-92
- [6] Suétone, vie de Caligula, XXII, [en ligne]. Disponible sur <http://bcs.fltr.ucl.ac.be/SUET/CAIUS/trad.html>
- [7] Dion Cassius, Histoire romaine, [en ligne]. Disponible sur <http://remacle.org/bloodwolf/historiens/Dion>
- [8] La Bible, Nouveau Testament, Matthieu, [en ligne]. Disponible sur www.bible-en-ligne.net/ XVII, 18.
- [9] *Ibid.*, Luc, VIII, 26 à 39
- [10] *Ibid.*, Jean, X, 19 à 21
- [11] La folie au Moyen Age, Muriel Laharie, ed Le léopard d'Or
- [12] *Ibid.*, Propos attribués à Thomas d'Aquin, Annexes
- [13] *Ibid.*, p33
- [14] *Ibid.*, p38
- [15] *Ibid.*, p81
- [16] *Ibid.*, Lefebvre, Débilité mentale, col 1043-1044, Annexes
- [17] *Ibid.*, p86
- [18] *Ibid.*., propos attribués à Saint Bernard dans HADEWIJCH, lettres spirituelles, Annexes
- [19] *Ibid.*, p105
- [20] Claude Quézel, Histoire de la folie éd. Tallandier. p81
- [21] R. Pernoud, J'ai nom Jeanne la Pucelle, éd. Découvertes Gallimard.

- [22] A. Baratta, O. Halleguen, L. Weiner. Jeanne d'Arc et ses voix : pathologie psychiatrique ou phénomène contextuel ? *L'information psychiatrique* 2009/10 (Volume 85), p. 907-916.
- [23] Esquirol, Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal, Tome 1, BNF Gallica, 1838 [en ligne]. Disponible sur <http://gallica.bnf.fr/> p.483 à 525
- [24] Dupain, étude clinique sur le délire religieux, essai sémiologique Chapitre 2 : Historique. , [en ligne]. Disponible sur <http://asklepios.chez.com/dupain/index.htm>
- [25] Pinel : Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale p265-266 éd. J. Ant. Brosson, 1809, [en ligne]. Disponible sur BNF Gallica, <http://gallica.bnf.fr/>
- [26] Esquirol, *op.cit.* p.9, et p.414
- [27] Louis-Victor Marcé Traité pratique des maladies mentales, BNF Gallica, 1862 [en ligne]. Disponible sur <http://gallica.bnf.fr/> p.365,p.366
- [28] Jean-Pierre Falret, Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, Leçons de 1850 à 1852. 1864, [en ligne]. BNF Gallica, Disponible sur <http://gallica.bnf.fr/> p.425, p.435, p.438, p.516, p.517, p.638
- [29] Benjamin Ball, Leçons sur les maladies mentales, Trentième leçon, Des délires partielles Paris, Asselin et Houzeau, 1890, [en ligne]. Disponible sur <http://gallica.bnf.fr/> p.580 à p.604
- [30] Paul Sérieux (1909) Délires mystiques, les folies raisonnantes, le délire d'interprétation (Chapitre II, section V) ed. F. Alcan, Paris, 1909, BNF Gallica [en ligne]. Disponible sur <http://gallica.bnf.fr/> p.122, p.126
- [31] Freud Sigmund, Le Président Schreber, Un cas de paranoïa, éd. Payot et Rivages, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2011, p.63, p.75-76, p.80
- [32] Henri Ey (1960), *op. cit.* p.464
- [33] *Ibid.* p.128
- [34] *Ibid.* p.465
- [35] *Ibid.* p.447
- [36] CIM-10 [en ligne]. Disponible sur http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf

- [37] DSM-V, Schizophrénie critères diagnostiques [en ligne]. Disponible sur <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-10-23/schizophrenie-criteres-diagnostiques>
- [38] A. Dervaux, X. Laquielle, Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques, Service d'Addictologie, centre hospitalier Sainte-Anne, L'Encéphale (2008) 34, 299—305, Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com
- [39] Guide ALD 23 « Schizophrénies », Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
- [40] Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. HAS : Synthèse de l'état des lieux, Disponible en ligne sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
- [41] Pierre Janet., *op.cit.* Première partie p.19

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
		= 35

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
		= 62

Desorganisation = 15

Anxiô. Dépression = 14

TOTAL = 134 .

- Echelle d'insight de Beck

Echelle d'insight de Beck

Code : _____

Date : _____

Ci-dessous, vous trouverez une liste de phrases décrivant des manières de penser ou de sentir qu'ont les gens. S'il vous plaît, lisez attentivement chaque phrase de cette liste. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chaque énoncé en mettant une croix dans la case correspondante.

	Pas d'accord	Légèrement d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
1. Parfois, j'ai mal compris l'attitude des autres à mon égard.	✓			
2. La façon que j'ai d'interpréter ce que je vis est sans aucun doute juste			✗	
3. Les autres peuvent comprendre mieux que moi la cause de mes expériences inhabituelles.			✗	
4. J'ai tendance à sauter trop rapidement aux conclusions.				✗
5. Certaines de mes expériences qui m'ont semblé très réelles peuvent avoir été produites par mon imagination.	✗			
6. Certaines de mes idées dont j'étais certain qu'elles étaient vraies se sont révélées fausses.	✗			
7. Si quelque chose semble correct, cela signifie que c'est correct.				✗
8. Même si je suis convaincu d'avoir raison, je peux me tromper.				✗
9. Je sais mieux que n'importe qui quels sont mes problèmes.				✗
10. Quand les gens ne sont pas d'accord avec moi, en général ils se trompent.			✗	
11. Je ne peux pas faire confiance aux opinions que les autres expriment sur ce que je vis.		✗		
12. Si quelqu'un me dit que mes croyances sont fausses, je suis disposé à en tenir compte.			✗	
13. Je peux toujours faire confiance à mon jugement personnel.				✗
14. Il y a souvent plus qu'une seule explication possible pour expliquer pourquoi les gens agissent comme ils le font.				✗
15. Mes expériences inhabituelles peuvent être dues au fait que je suis extrêmement stressé ou bouleversé.	✗			

Traduction : J. Favrod & V. Pomini 2004

• Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia

Annexe 1 : Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia ©

Emmanuel Stip, Montréal 2000
Stip E., Caron J., Pampoulova T., Semkoska M., Renaud S., Lecomte Y.

Consignes : Vous voyez devant vous sur la feuille, une liste de phrases décrivant des problèmes de mémoire ou de concentration que chacun de vous peut observer dans ses activités de la vie quotidienne. On vous demande d'estimer la fréquence de tels troubles constatés ces derniers temps dans votre comportement. Autrement dit, si vous trouvez que la question que vous lisez (ou que l'on vous lit en même temps que vous) va bien avec votre plainte ou votre problème, on vous demande de répondre à la question en donnant votre appréciation.

Utilisez pour cela cette échelle d'appréciation en entourant le chiffre le plus vrai de ce que vous ressentez.

-4- très souvent -3- souvent -2- parfois -1- rarement -0- jamais

1- Avez-vous remarqué que vous avez des troubles de mémoire ?	4
2- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir d'informations que l'on vous donne immédiatement et que vous devez utiliser tout de suite comme, par exemple, un numéro de téléphone, une adresse, un numéro de porte ou de bureau, un numéro de bus ou le nom d'un docteur ?	4
3- Avez-vous de la difficulté à apprendre quelque chose ? Par exemple, une liste d'objets à acheter ou une liste de noms de personne.	3
4- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de vos médicaments ?	2
5- Faites-vous des oublis comme, par exemple, un rendez-vous avec un ami, chez un médecin ?	2
6- Oubliez-vous de prendre vos médicaments ?	0
7- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir des informations dans les journaux ou à la télévision ?	2
8- Avez-vous de la difficulté à accomplir des tâches ménagères ou du bricolage ? Par exemple, vous oubliez comment faire la cuisine ou oubliez-vous les ingrédients.	0
9- Avez-vous de la difficulté à savoir comment on se rend à l'hôpital ou à la clinique externe, ou même chez vous ?	0
10- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir du nom de personnes connues comme, par exemple, du premier ministre de la France ?	0
11- Avez-vous de la difficulté à vous souvenir des capitales des pays, des dates de l'histoire du pays ou du nom des pays des autres continents ou bien des grandes découvertes de nos savants ?	3
12- Êtes-vous distrait, dans la lune ? Comme, par exemple, vous perdez le fil de vos idées pendant une conversation parce que vous êtes distrait. Ou vous avez du mal à fixer votre esprit sur ce que vous lisez.	2
13- Avez-vous de la difficulté à être en alerte ou à réagir suite à une situation imprévue ? Comme, par exemple, une alerte incendie ou une voiture qui passe soudainement lorsque vous traversez la rue.	0
14- Avez-vous de la difficulté à choisir une information pertinente quand on vous en présente plusieurs ? Par exemple, en même temps le nom de vos médicaments ou votre prochain rendez-vous pendant qu'on parle à côté de vous de musique.	0
15- Êtes-vous incapable de faire deux choses en même temps ? Par exemple, pendant que vous préparez un café, on vous demande de retenir une adresse. Ou pendant que le pharmacien vous explique votre médication, vous comptez votre argent dans votre porte-monnaie.	0
16- Avez-vous des problèmes à maintenir votre attention sur une même chose pendant plus de 20 minutes ? Par exemple, une conférence ou la lecture d'un livre ou un cours en classe.	2
17- Avez-vous de la difficulté à planifier vos actions ? Comme, par exemple, prévoir un itinéraire pour vous rendre à un endroit, prévoir un budget pour le mois ou encore préparer des repas ou prévoir la lessive.	0
18- Avez-vous de la difficulté à organiser vos gestes, vos actes de la vie quotidienne ? Comme, par exemple, utiliser un téléphone, faire des courses, préparer un repas, faire le ménage, faire la lessive, utiliser un transport, bricoler.	0
19- Avez-vous des difficultés à changer vos gestes, vos décisions ou votre façon de faire si l'on vous demande de le faire et que vous acceptez ? Par exemple, vous êtes d'accord pour le faire mais c'est difficile parce que ce n'est plus pareil.	2
20- Éprouvez-vous de la difficulté à trouver vos mots, faire des phrases, comprendre le sens des mots ou les prononcer ou même nommer des objets ?	1
21- Avez-vous du mal à vous habiller ou à manger ? Comme, par exemple, manipuler des boutons, un zipper, des outils pour bricoler, des ciseaux, une fourchette pour manger, une clef dans une serrure.	0

RESUME :

Le délire mystique est une entité clinique présente chez certains patients rencontrés dans les services de psychiatrie. Le but de cette revue de littérature était d'en étudier les particularités psychopathologiques, et d'en repérer les caractéristiques. Pour cela, nous avons fait une recherche des écrits se rapportant au délire mystique au travers des âges, dans la société judéo-chrétienne occidentale et en France plus spécifiquement. Nous avons également tenté d'illustrer ce à quoi pouvait ressembler un délire à thématique mystique par la description clinique d'un patient que nous avons pris en charge. Les caractéristiques historiques notables des délires mystiques sont : une attribution exclusivement divine avant le XVIII^{ème} siècle, une richesse descriptive de malades délirants mystiques et un concept d'entité nosographique particulière (la monomanie) au début du XIX^{ème} siècle, puis une intégration du délire au sein d'autres pathologies, en tant que symptôme, à partir de la fin du XIX^{ème} siècle. La description clinique du patient rapporte un délire très vaste, organisé, hiérarchisé, plutôt stable dans le temps, avec une composante mégalomane. Ce délire n'est pas un symptôme isolé chez notre patient : on retrouve aussi un syndrome dissociatif ainsi qu'une tendance au repli sur soi. Nous n'avons pas mis en évidence de consensus thérapeutique pour la prise en charge de ce genre de patient.

MOTS CLES :

Syndrome délirant, délire mystique, démonomanie, théomanie, mégalomanie, monomanie, schizophrénie

ABSTRACT :

Mystical delusion is a clinical entity present in some patients met on psychiatric services. The final goal of this literary review was to study the different psychopathologic aspects and characteristics. To achieve this, we made a research of writing about mystical delusion throughout time, in the Judeo-Christian Western society, and more specifically in France. We also tried to illustrate how could a mystical delusion look like, thanks to a clinical description of a patient we looked after. The significant historical characteristics of mystical delusion are : the divine or devil attribution before the XVIIIth century, the description's wealth of patients who were mystical delirious, and a disease description of monomania at the beginning of the XIXth century, then the delusion in other pathology, as symptom, from the end of the XIXth century. The clinical description of the patient is related to a delusion very wide, organized, layered, rather stable in time, with megalomaniac component. This delusion is not a single symptom in our patient : we also found disassociative syndrome, as well as a trend of becoming withdrawal. We didn't brought to light therapeutic consensus in looking after this kind of patient.

KEYWORD :

Delirious symptom, mystical delusion, demonomania, theomania, megalomania, monomania, schizophrenia