



HAL
open science

Du délire au rétablissement : regards croisés neurocognitif, phénoménologique et expérientiel sur la schizophrénie

Marie Degrandi

► To cite this version:

Marie Degrandi. Du délire au rétablissement : regards croisés neurocognitif, phénoménologique et expérientiel sur la schizophrénie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01827841

HAL Id: dumas-01827841

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01827841v1>

Submitted on 2 Jul 2018

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

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



**Faculté
de Médecine**

Aix*Marseille Université

**Du délire au rétablissement : regards croisés
neurocognitif, phénoménologique et expérientiel sur la schizophrénie.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 4 Octobre 2017

Par Madame Marie DEGRANDI

Née le 28 février 1989 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Assesseur

Madame le Docteur MOUGIN Gaëlle

Directeur



**Faculté
de Médecine**

Aix*Marseille Université

**Du délire au rétablissement : regards croisés
neurocognitif, phénoménologique et expérientiel sur la schizophrénie.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 4 Octobre 2017

Par Madame Marie DEGRANDI

Née le 28 février 1989 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean

Assesseur

Madame le Docteur MOUGIN Gaëlle

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

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

Chargés de mission :

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

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

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

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

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

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

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

1980

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

1981

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

1982

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

1985

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

1986

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

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

1987

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

1988

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

1989

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

1990

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

1991

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

1992

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

1994

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

1995

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

1997

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

1998

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

1999

MM. les
Professeurs

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

2000

MM. les
Professeurs

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

2001

MM. les
Professeurs

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

2002

MM. les
Professeurs

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

2003

M. le Professeur
Sir

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

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

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

2006

M. le Professeur

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

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

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

2014

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

2015

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

2016

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

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

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

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

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

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

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

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

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

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

REVIS Joana

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

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

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

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

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

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

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

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

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

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

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

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

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

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

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

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

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

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

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

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

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

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

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

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

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

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

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

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

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

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

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

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

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

 EBBO Mikael (MCU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

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

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

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

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

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

 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

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

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

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

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

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

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

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

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

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

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

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

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

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

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

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

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

A mon grand-père, Toussaint, pour cet amour qui imprègne nos vies.

Remerciements

A ma directrice de thèse, le Dr Mougin Gaëlle, pour la qualité de ses conseils et de son travail ainsi que l'incroyable soutien dont elle a fait preuve à mon égard. Véritable « compagnonnage », qui a su me guider dans mon parcours aussi bien dans ma formation d'interne qu'au niveau personnel.

A mon président du jury, Monsieur le Pr Naudin, qui m'a accompagnée avec bienveillance tout au long de mes études de médecine et a toujours su laisser sa porte, ainsi que nos réflexions, ouvertes.

A Monsieur le Professeur Poinso.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de prendre part à ce jury de thèse. J'ai eu l'honneur de travailler à vos côtés et ai été marquée par le mélange de rigueur et d'humanité qui se dégage de votre pratique. Soyez assuré de mon estime et de mon profond respect.

Au Dr Vion Dury, pour son accueil, sa disponibilité et sa gentillesse. Il a su me consacrer de nombreuses heures, riches de conseils, tout au long de mon parcours. La pertinence de ses analyses a été une aide précieuse dans la découverte et l'approfondissement de la phénoménologie.

A ma mère et à ma grand-mère, qui n'ont de cesse de me soutenir avec tendresse tout au long de mon parcours.

A Solène, pour tout et bien plus encore.

Introduction	3
I) L'histoire de Mme P.	5
II) Place du délire dans le trouble schizophrénique	12
A. Le chaos délirant	13
B. Le délire, au cœur de la schizophrénie	14
C. Le délire en tant que présence	15
III) Le délire : approche neurocognitive et phénoménologique	16
A. Le délire : définition et modèles théoriques explicatifs	16
1. Modèle rationaliste	16
2. Modèle empiriste	18
3. Questions soulevées	20
B. Approche croisée phénoménologique et neurocognitive du délire	21
1. Jaspers et la question du délire	22
1) Le délire, une expérience incompréhensible ?	22
2) L'incorrigibilité du « délirer »	23
2. De l'expérience naturelle à l'expérience délirante	26
1) Une projection d'un monde sans fondement	26
2) La réalité, ce monde commun	28
3) Un renversement de l'expérience	29
4) La mécanique de l'expérience délirante	29
3. Transformation du cadre de l'expérience : les expériences subjectives précoces	32
1) L'atmosphère délirante	33
1) a. Modèles neurocognitifs	34
1) b. L'immersion dans le monde ambiant : approches phénoménologiques	35
2) Les troubles primaires du soi dans la schizophrénie	39
2) a. Une transformation du monde extérieur et intérieur : l'œuvre de K. Conrad	40
2) b. Le concept de soi et son altération dans la schizophrénie	42
2) c. Bases cognitives des troubles basiques du soi dans la schizophrénie	44
3) Les vécus précoces de la psychose débutante : une transition vers le délire	46
4. Vers une rencontre de la présence délirante	48
1) La présence délirante	48
1) a. Le délire autistico-solipsiste	48
1) b. Subjectivité et monde	49
1) c. Le délire et son partage	51
1) d. Qui délire	52
1) e. Le réseau du mode par défaut	53
2) Des créatures jusqu'à nous	54
2) a. Le statut de la réalité délirante	55

2) b. La théorie des réalités multiples : une rencontre possible.....	56
2) c. Une co-présence.....	58
III) Au-delà du délire : vers le rétablissement.....	60
A) Le rétablissement expérientiel.....	61
1. Rémission symptomatique, rémission fonctionnelle et rétablissement expérientiel.....	61
2. Vers un nouveau concept.	62
3. Aspects du rétablissement et modèle dynamique de compréhension.	64
1) Aspects du rétablissement.	64
2) Le rétablissement : un processus dynamique.....	66
B) Le rétablissement identitaire.....	67
1. La présence, sa continuité et sa mise en intrigue.....	68
2. La question de l'identité dans les troubles du spectre schizophrénique.....	70
3. Se rétablir : un processus narratif.	72
1) Le récit, synthèse de l'hétérogène.....	73
2) Le récit, une réappropriation du sens de l'existence.....	74
3) Le récit, un réengagement dans l'existence.	75
4) Vers une thérapie narrative.....	76
4. La place de l'autre dans le rétablissement.	77
1) L'autre dans le soi.....	77
2) Vers une alliance thérapeutique.....	78
3) La question éthique.	79
Conclusion.....	81
Bibliographie	83

Introduction.

Le mot délire, emprunté au latin delirium, lui-même dérivé de *delirare* « sortir du sillon », appartient à la symptomatologie psychiatrique courante et y occupe une place centrale dans les pathologies psychotiques, notamment dans la schizophrénie.

Si en pratique, la reconnaissance d'idées délirantes chez un patient est relativement facile, évidente et partagée par les soignants (1), la question du délire a fait l'objet de nombreux débats, définitions, théories et recherches au cours de l'histoire de la psychiatrie. Le délire est une possibilité qui nous interroge tous et sa définition même questionne et reste difficilement cernable. Aussi, au-delà de la difficulté à cerner ce symptôme, les personnes délirantes ont souvent été perçues comme « aliénées », sans possibilité d'existence propre.

L'objectif principal de notre travail est de tenter de comprendre de manière intégrative (à la fois neuroscientifique et phénoménologique) l'expérience délirante à partir de la situation clinique d'une patiente atteinte de schizophrénie. Au-delà du symptôme délirant, le deuxième objectif est de s'interroger sur la notion de bien-être en santé mentale.

Ce travail se déroule donc en deux temps, deux temps qui se construisent autour des modifications successives de la présence de notre patiente, Mme P.

Il s'agit de revenir sur les différents moments de notre rencontre clinique, afin de saisir la singularité de chaque étape et de tenter de répondre aux interrogations qui sont nées de ces différents moments.

Dans un premier temps, après avoir présenté la situation clinique de Mme P, nous nous interrogerons sur le délire, en tant que symptôme et phénomène touchant les patients de schizophrénie. Pour ce faire, nous proposons de regarder la question du délire sous différents angles, neurocognitif et phénoménologique, qui loin de s'opposer, se complètent et s'enrichissent mutuellement. Nous présenterons ainsi un état de l'art pour tenter de cerner ce que c'est que « délirer », par des approches d'une part objectives et explicatives, d'autre part descriptives et compréhensives.

Au-delà des processus cérébraux, la question du délire nous a amené à regarder cette forme de présence humaine que nous donne à voir la présence délirante, dans ses rapports à soi, aux autres et au monde. A travers l'étude du symptôme délirant, la schizophrénie apparaît ainsi comme une maladie de l'existence qui touche le patient

dans sa globalité, aussi bien au niveau médical que social et identitaire. Si bien qu'à travers le délire c'est la question de tout homme, de la constitution de la réalité jusqu'au rapport qu'il entretient avec le monde, qui est apparue. Le rôle d'un psychiatre peut donc difficilement ne se résumer qu'au seul fait de savoir identifier, classer, réduire voire supprimer des symptômes, et les laisser ainsi non interrogés dans leur caractère proprement humain, inaliénable. Ce faisant il s'agira alors d'aider le patient délirant à se rétablir dans le monde en l'aidant à se restituer comme présence humaine en sa vitalité fondamentale.

Ceci nous amène au deuxième enjeu de notre travail, qui est de nous interroger sur la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie. Il s'agit ici de reconsidérer la notion de bien-être en santé mentale en nous ouvrant, non plus vers une approche uniquement médicale, mais vers le processus de rétablissement expérientiel, concept centré sur la personne, positif et vivant, qui suppose et laisse ouverte la possibilité de changement et de réappropriation existentielle. En prenant appui sur des données expérientielles rapportées par l'analyse de la littérature et celle de notre situation clinique, nous tenterons de comprendre le passage possible du symptôme délirant au rétablissement (expérientiel et identitaire).

Le rétablissement s'avère être une étape clé de plus en plus recherchée dans une prise en charge suivant les bonnes pratiques et les données actuelles de la science (2) (3)(4). Surtout en ce qui concerne les maladies psychiatriques dites chroniques, il importe de « voir » le patient en deçà des symptômes qu'il présente, et de l'accompagner dans son existence, pour essayer de faire en sorte qu'il puisse retrouver une liberté, un pouvoir de se décider.

Regardez donc à quel point, incurables et anonymes, les patients ne le sont pas.

En réalité, c'est un peu comme si nous partions, par exemple, d'une constatation clinique d'incorrigibilité d'une idée délirante, pour glisser vers une possibilité de rencontre et de rétablissement.

Les idées préconçues et délétères comme l'incurabilité ou la perte irréversible d'identité, pourront alors être abandonnées au profit du concept positif et vivant du rétablissement, qui suppose et laisse ouverte la possibilité de changement et de modification de la présence pour tout individu.

I) L'histoire de Mme P.

Sa voix est cassée, éraillée, une charpente usée.

Mme P. est une femme de 51 ans, qui porte ses années de manière ordinaire. Son allure est banale, de celles des femmes au foyer, de ces travailleuses du quotidien qui rythment leurs journées entre les enfants, le ménage et la cuisine.

Au premier regard, Mme P. apparaît comme une femme simple, sans prétention ni coquetterie. Une femme qui a eu une vie « sans histoire », qui connaît les choses immobiles, l'écho inlassable des heures, la pragmatique de la vie, la nécessité de faire et le bonheur monotone.

Au premier regard, à côté des autres patients, elle aurait pu être du côté des soignants.

Au premier regard, elle aurait pu être « normale ».

Le premier contact avec la psychiatrie, Mme P. l'a connu à travers sa mère, longtemps institutionnalisée pour trouble schizo-affectif. Elevée en famille d'accueil, elle s'est mariée jeune, et avant l'âge de 26 ans était mère de trois enfants. Divorcée peu de temps après, Mme P. a travaillé dans la coiffure puis en tant que femme de ménage. Ce n'est qu'à la suite de la dégradation de l'état de santé mentale de sa mère qu'elle a dû renoncer au monde du travail pour s'occuper de ses filles et de celle-ci.

« *La solitude* » de sa jeunesse fut « *terrible* » ; entre un père déserteur et une mère malade, Mme P. a grandi seule et s'est réfugiée dans un mariage, qui, loin d'être un sol rassurant, est devenu très vite sans horizon. De son couple, elle n'en garde que de mauvais souvenirs, emprunts de violence, de contrainte et de solitude. Être mère ne lui a pas permis non plus de trouver un bonheur stable, elle l'a subi, elle qui « *voulait vivre* ».

Et ce n'est qu'après quelques années de vie d'une violence ordinaire, que s'est immiscé progressivement dans son existence un autre monde, celui « *des machines* ».

Près de dix années se sont écoulées, jusqu'à ce que Mme P., âgée de 50 ans, soit hospitalisée en service de psychiatrie durant trois mois, à la suite d'une « crise de nerf ».

A son entrée, ses proches ont rapporté une inquiétude face à des « *comportements étranges* » à type de soliloquies, de rires inopinés et de propos relatant « *d'autres mondes* », faits « *de créatures et de machines* », avec un « *Dieu tout puissant incarné par le soleil* », de plus en plus envahissants. L'aggravation de son état s'est faite sur plusieurs

années, avec progressivement une négligence de sa personne sur divers domaines : propreté, alimentation, loisir, finance... Néanmoins, le fonctionnement au quotidien a supporté longtemps « ses bizarreries », avec un certain équilibre trouvé dans cette existence devenue restreinte.

Les premiers entretiens relèvent un contact étrange, avec des barrages et une pensée diffluente, empreinte de perplexité. Un syndrome délirant non systématisé, multithématique, à la fois imprégné de fantastique, de filiation et de vécu de persécution, se trouve au premier plan, émanant de mécanismes imaginaires, d'hallucinations intrapsychiques, acoustico-verbales et cénesthésiques. Une note anxio-dépressive englobe l'ensemble du tableau avec un vécu intense de ses phénomènes qui la traversent.

La mise en place d'un traitement associant un neuroleptique et un antidépresseur, a permis un apaisement de la symptomatologie avec une amélioration partielle du vécu délirant. Néanmoins, l'accès à la biographie de Mme P. est resté impossible du fait d'un sentiment de dépersonnalisation prégnant, alimenté par un fond délirant persistant.

Après trois mois d'hospitalisation, malgré une efficacité partielle du traitement bien conduit, un retour à domicile avec un suivi mensuel régulier en consultation de secteur est décidé.

Cependant, quelques temps plus tard, devant une recrudescence anxio-délirante, une nouvelle hospitalisation ainsi qu'un changement de traitement avec instauration de clozapine ont été nécessaires. Nous en retranscrivons ici les moments clés.

Assise au bord du lit, de trois quarts, dans cette chambre d'hôpital, où la lumière s'y loge difficilement, Mme P. nous regarde par intermittence.

Son regard se déplace lentement, avec précaution, mais ce déplacement reste comme figé, au ralenti, presque mécanique ; parfois même, c'est son visage entier qui nous regarde, mais ce regard ne se pose jamais tout à fait, sans être dans le vague, il reste perplexe face à nous.

Elle est seule au milieu de nous, en retrait. Et c'est cette solitude qui aimante notre regard. Elle appelle une attention toute particulière, celle qui va à ceux qui s'absentent.

La pièce est en ordre, le lit fait, les affaires personnelles bien rangées. Très différentes de

des autres chambres, l'atmosphère de cette pièce nous donne l'impression d'être dans une chambre d'hôtel impersonnelle, propre et pratique.

Mme P. n'attend pas les psychiatres.

Mme P. n'attend personne.

Comme enveloppée dans un silence.

« Mon nom ? Cela n'a pas de sens ».

Mme P. sait *« qu'elle n'est plus elle-même »*.

Elle le sait, elle le vit au quotidien. D'ailleurs, elle emprunte la troisième personne pour parler d'elle, parfois au pluriel.

« Mais il faut bien donner un nom, Mme P., et faire comme si de rien n'était ».

Mme P. est sous l'emprise de *« machines »* qui la transforment ; elle n'a plus rien d'humain, change de forme, d'aspect en fonction du temps. Parfois *« ces créatures »* la fabriquent et la déconstruisent ensuite, devenant elle-même alors une machine : *« je traverse Mme P., j'efface sa souffrance, et après je meurs »*.

Ce sentiment de dépersonnalisation, elle le ressent intérieurement ; les parties de son visage se déplacent de jour en jour, les traits ne sont plus à leur place, même sa peau se modifie. Ces changements s'opèrent de manière automatique, et sont exacerbés à travers l'image que lui renvoie le miroir. Il existe *« un trou noir à l'intérieur »*, comme un vide prenant sa place, dans lequel *« les autres »* peuvent y mettre *« des images qu'elle n'a pas vécues »*.

Le monde, lui apparaît également instable, telle une impermanence des choses : *« tout se modifie à une vitesse effroyable, ça va trop vite, trop loin ; il y a trop d'inventions et de destructions »*. Et dans cette inconsistance du monde, même les machines sont touchées : *« les créatures n'ont qu'une seule voix mais ils ont des machines pour la changer en permanence »*.

Les créatures insèrent tellement de choses en elle, des images, de l'électricité (ressentie sur tout un hémicorps), des voix, des machines, des ordinateurs...qu'elle ne peut *« plus contenir tout ça, c'est trop, beaucoup trop »*. Alors que *« les gens ont tous des valises-ordinateurs qu'il suffit d'ouvrir pour accéder au monde »*, elle, elle ne peut pas recevoir tout ça.

Mme P. pense aussi qu'il existe un être tout puissant, personnifié par le soleil, *« l'appareil de l'univers »*, qui peut nous *« éteindre »* à tout moment, en appuyant simplement sur un

bouton.

Concernant les autres, elle reste perplexe, ne sachant pas qui nous sommes, excepté au sujet « *de celle qui vit en haut de la maison* », sa mère, qui a été remplacée par les créatures et ses filles « *qui ne sont plus ses filles* ».

Les machines changent, presque en permanence, le monde, les autres et soi-même, ils ne font « *que détruire ce qu'ils ont créé, sans s'arrêter* ».

Mme P. ne peut plus suivre le cours de ce monde-là.

Mme P. est « *désorientée* », « *perdue* » pour reprendre ces termes, aussi bien dans le rapport avec soi-même, le monde, le temps, que dans le contenu de sa/ses/leurs pensées et que dans l'enchaînement de sa/ses/leurs idées.

Sa propre identité, son être entier semble « *démantelé* », soumis à des forces extérieures, qui transforment sa propre personne et le monde, sans cesse.

Son discours manque de cohérence, et reflète en lui-même la perte de tout contrôle et le sentiment de fragmentation qu'elle ressent : « *on passe d'un chapitre à l'autre sans aucun lien* ». Ce monde, gouverné par les machines, est fait d'objets « *qui ne renvoient à rien, il n'y a pas de logique* ».

Il n'y a pas d'aujourd'hui pour son monde.

Le passé et l'avenir sont réduits à peu de choses : le passé, c'était le temps « *où je faisais le ménage, les machines à laver, la cuisine...* »; et l'avenir quant à lui semble être un mur, « *où il n'y a rien après* ».

Mme P. parle et sa parole s'écoule dans un flot continu d'éléments discontinus. Les larmes sillonnent son visage, sans qu'elle n'y prête attention. Comme si la douleur était habituelle, presque automatique. « *Dur* ». C'est un mot qu'elle répète souvent, et en le disant elle laisse traîner sa voix sur lui, comme pour insister sur la douleur mais aussi la rigidité de la vie et de la souffrance. Ce fantôme de vie, qu'elle évoque par bribes, est empreint de solitude, d'obligation et d'enfermement comme si elle n'avait jamais pu goûter à une plénitude du quotidien « *j'ai perdu l'envie très jeune* ».

Ce quotidien-là ne semble jamais lui avoir permis d'y trouver un appui; au lieu d'être un sol rassurant, cette vie lui paraît forcée au point qu'elle se demande même « *si son existence-là n'a pas été choisie* » par d'autres instances, celles « *des machines* ». Toute son histoire...ce n'était peut-être pas la sienne. « *Rien n'est fait au hasard, ils se servent de*

nous...nous, qui sommes minuscules...et ils laissent souffrir leurs créatures ».

La vie « avant les machines » n'allait pas de soi, et au lieu de se construire, Mme P. semble s'être lentement éteinte, laissant le voile de l'invisible l'envelopper : c'est l'énigme d'une existence qui n'est plus tout à fait la vôtre.

Les machines, d'une certaine manière, c'est une autre existence : *« les machines ont modifié cet être qui souffrait pour rien ».*

La douleur morale est là, mais d'une manière particulière, parfois, à certains moments elle se pose sur elle, puis semble lui/nous échapper et s'éloigner dans le monde des machines. Et la perte de l'élan vital se trouve elle aussi à la fois proche et lointaine, faisant écho à la perte d'elle-même et des autres. Et si la douleur reste parfois accessible, Mme P. ne la partage guère puisque *« de toute façon, je n'existe pas ».*

Après quelques semaines d'hospitalisation, un premier « je » apparu, l'espérance d'une chose à venir.

De manière floue et encore incertaine, un « je » oscillant, hésitant à se prononcer, en partie distinct des machines. On dirait qu'elle est entre deux, entre elle et les machines.

Après un court instant, elle se met à pleurer et elle nous reparle des machines, de la fin du monde, de la mort, de ce corps qu'elle n'arrive pas à accepter, de cette norme idéale inatteignable *« je n'arriverai pas à être normale (...) à être dans la vie de tous les jours, pouvoir faire les courses et le ménage (...) être comme vous (...) comment faites-vous pour faire toutes ces choses, vivre normalement (...) comprendre ce monde qui change tout le temps ? »*

Le mur à l'horizon. Ce mur à l'horizon, Mme P. semble l'associer à la fin de la vie ou *« peut-être à elle-même »* ... et *« derrière ce mur que l'on peut traverser, il n'y a rien ... c'est certain »*. Lorsque nous lui disons que finalement comment savoir s'il n'y a rien ou pas, son visage s'éclaire *« mais alors c'est qu'il y a de l'espoir... »*.

Le doute quant à l'après, au derrière de ce mur, semble apparaître suite à nos propres doutes. Il existe encore une possibilité de tolérer l'incertitude pourvoyeuse d'un espoir.

Nous sommes en fin d'après-midi. A travers la fenêtre, se dessine le jardin, un jour d'hiver particulièrement doux, un terrestre quotidien.

L'atmosphère de la chambre est calme, un peu cotonneuse.

La chambre contient bien plus que ce lit fait, que cette armoire fermée.

La pièce semble ainsi habitée.

C'est comme si Mme P. avait repris un nom et une histoire, une forme plus palpable, comme si elle avait rejoint en silence ses paroles et ses gestes.

A ce moment-là, si les paroles délirantes disent encore, le délire semble n'être plus qu'un revêtement transparent qui laisse un espace commun entre un « nous » devenu apparent.

Mme P. nous regarde et nous interpelle : « *Les machines ? Peut être...* »

Mais cela ne l'empêche plus de dire « je », « vous » et surtout « nous ».

Elle retrace alors spontanément son histoire et les faits semblent être (re)vécus, avec des détails émanant du sensoriel, ils ne sont pas simplement relatés mais à nouveau ressentis. Pour la première fois au cours de l'hospitalisation, elle habite son passé, et à travers cela semble enfin être dans notre présent. Son histoire de vie se reconstruit au fil de l'entretien jusqu'au moment « du basculement » : « *Entre mon mari, mes filles et ma mère, je buvais et même fumais ; il faut dire que j'étais tellement jeune et j'ai tellement souffert...Et puis...quelqu'un a crié stop. Je travaillais dans un bar et je me suis disputée avec une gitane qui est venue chez moi, elle m'a frappée, ma lèvre était en sang, les gouttes de sang sont tombées sur la bible ouverte et j'ai entendu stop. C'est alors que tout a basculé. Les machines étaient là.* » La provenance du stop reste floue « *peut être de l'intérieur, peut-être de l'extérieur mais je l'entendais* » et ses paroles s'accompagnent de gestes lents, avec les mains, comme pour montrer qu'elle s'éloignait alors d'elle-même petit à petit « *tout tremblait autour de moi, je ne voyais plus rien, les gens me parlaient mais je ne les entendais plus (...) je ne sentais plus rien, je n'étais plus moi-même c'est comme si mes pensées venaient d'ailleurs (...) comme si elles ne m'appartenaient pas et les machines sont venues et ont tout révélé* ».

Elle nous parle maintenant de deux vécus parallèles qui semblent vouloir maladroitement se rejoindre : sa vie de femme et sa vie de créature.

Des symptômes délirants parcourent encore ses propos, qui teintent ainsi son histoire, cette fois ci personnelle, de machines et de créatures.

A la fin de l'entretien, le mur à l'horizon décrit précédemment semble se fissurer, et à présent, « *il faut le traverser* ».

Progressivement, au fil des semaines, Mme P. a décrit une difficulté à se réappropriier les différentes facettes de son existence, dont la maladie, et à entrevoir la possibilité de se réengager dans un projet de vie.

« Je redeviens humaine, sensible, fragile... ».

Fragile.

Car il faut d'abord dire « je », et le dire c'est sortir de la maladie, sans toutefois s'enfermer dans la maladie des vies impersonnelles, des vies oubliées.

Au-delà des symptômes, il était question de retrouver une vie satisfaisante, un bien-être ou plus encore un « pouvoir-être » au quotidien...il était question à présent de se rétablir.

Et Mme P. nous met en « je » pour semble-t-il reprendre le cours de son histoire et advenir à elle-même.

II) Place du délire dans le trouble schizophrénique.

Le diagnostic de schizophrénie repose sur la caractérisation d'un ensemble de symptômes (sur une durée de plus de six mois) qui associe à divers degrés des signes positifs (idées délirantes, hallucinations), négatifs (abaissement affectif, pauvreté du langage, isolement social, apragmatisme...) et de désorganisation (au niveau affectif, comportemental et intellectuel), entraînant un retentissement fonctionnel marqué notamment pendant la période critique des troubles (5). A ces symptômes s'associent une atteinte de diverses fonctions cognitives (mémoire, attention, fonctions exécutives...).

Si dans la classification actuelle proposée par le DSM-V-TR (6), le symptôme « idées délirantes » constitue l'un des cinq critères cliniques (avec au moins deux critères nécessaires) pour pouvoir porter le diagnostic de schizophrénie, la question de la place du délire dans le diagnostic de schizophrénie a fait l'objet de nombreux débats au cours de l'histoire de la psychiatrie et de sa nosographie.

En effet, si le délire représente l'expression la plus manifeste des symptômes positifs de la maladie, le délire n'est en rien spécifique de la schizophrénie ; il peut se retrouver dans diverses pathologies psychiatriques (tels que les épisodes psychotiques brefs, les troubles délirants persistants, les troubles de l'humeur) ainsi que dans des étiologies organiques (syndrome confusionnel, démence, toxiques, encéphalite...). Aussi, alors que certains auteurs tel que H. Ey (7) le tiennent à une place centrale dans la pathologie, d'autres le voient comme un symptôme de second ordre ou encore comme une modalité d'existence.

Nous allons donc dans un premier temps revenir sur les différentes approches de la schizophrénie et de son délire qu'ont pu présenter certaines grandes références psychiatriques telles qu'E. Bleuler et H. Ey ainsi que le phénoménologue L. Binswanger.

A. Le chaos délirant.

A l'origine du terme de schizophrénie, E. Bleuler (8) définissait la schizophrénie comme une « *scission* » des fonctions psychiques associée à un détachement du monde extérieur et une prédominance de la vie intérieure. E. Bleuler met ainsi l'accent sur l'atteinte de la cohésion des idées, trouble premier de l'affection, entraînant une perturbation profonde des rapports avec le monde extérieur.

Pour reprendre la définition qu'il en donne : « *Ce groupe est caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d'un type spécifique et qu'on ne rencontre nulle part ailleurs. Il existe dans tous les cas une scission plus ou moins nette des fonctions psychiques (...) La vie intérieure acquiert une prépondérance pathologique (...) Les schizophrènes les plus graves vivent dans un monde en soi (...) Ils limitent le contact extérieur autant que possible. Nous appelons autisme ce détachement de la réalité* ».

Ici, la schizophrénie et le délire ne se trouvent pas systématiquement associés, et si le délire peut faire partie de la maladie, E. Bleuler considère cette dimension plutôt comme des « *idées délirantes* » du fait de leur organisation non systématisée; en effet, les idées délirantes « *souffrent de contradictions et d'impossibilités (...) ne sont pas facilement ordonnées en un système logiquement élaboré* ». Le terme d'idée délirante serait donc plus adapté que celui de délire, en tant qu'unité logique. Ce « chaos délirant » semble être consécutif du relâchement associatif de la pensée, trouble fondamental de la schizophrénie pour notre auteur. Ainsi, E. Bleuler propose une classification des différents symptômes de la schizophrénie. Il décrit d'abord le groupe des symptômes « *fondamentaux et accessoires* » et regroupe sous le terme « fondamentaux », les symptômes qui sont présents dans tous les cas de schizophrénie qu'ils soient latents ou manifestes. Dans ce groupe, E. Bleuler inclut les troubles dissociatifs qu'il considère comme la caractéristique la plus importante de la schizophrénie et l'autisme en tant que type particulier de pensée et de comportement. Quant aux symptômes « accessoires », ce sont ceux qui peuvent ou non se produire et ne représentent pas une composante essentielle pour poser un diagnostic. Parmi ce groupe de symptômes, il inclut notamment les délires et les hallucinations. Ces symptômes dits « accessoires » peuvent notamment être présents dans le portrait clinique d'autres désordres que la schizophrénie.

A cette distinction « descriptive », E. Bleuler ajoute une deuxième distinction, cette fois-ci d'ordre psychopathologique, avec des symptômes dits « *primaires et secondaires* ».

Les symptômes primaires sont la base du processus pathologique, les symptômes secondaires résultent de la lutte de la personnalité du sujet contre les symptômes primaires, autrement dit contre les effets de la dissociation. Les symptômes secondaires couvrent cependant une bonne partie de la symptomatologie et regroupent notamment l'autisme et les altérations de la réalité (hallucinations, idées délirantes).

Ainsi, pour E. Bleuler, ces idées délirantes chaotiques que nous donne à voir la schizophrénie, sont à la fois « *accessoires et secondaires* ».

B. Le délire, au cœur de la schizophrénie.

Pour H. Ey (7), la schizophrénie est une espèce singulière de délires chroniques. Toutes les formes de schizophrénies sont délirantes puisque ce qui caractérise la schizophrénie c'est le bouleversement délirant des rapports du sujet avec la réalité et avec autrui : « *ce qui caractérise avant tout la forme d'existence schizophrénique, c'est le délire* ».

Bien que les formes cliniques de la schizophrénie soient variées « *le commun dénominateur des diverses formes de schizophrénie c'est l'autisme, et l'autisme c'est le délire* ».

Le délire, élément central du trouble, bouleverse la relation avec le monde et ferme de plus en plus la communication avec l'extérieur et autrui d'où la notion de « *délire autistique* ». La schizophrénie se caractérise par la manifestation d'une tendance profonde à cesser de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans une pensée autistique c'est à dire un chaos imaginaire. H. Ey saisit ainsi l'existence schizophrénique dans sa structure positive qui est essentiellement celle d'une existence délirante. La schizophrénie est une forme d'existence délirante qui comporte des expériences délirantes primaires (expérience d'étrangeté, dépersonnalisation, influence...) et une élaboration autistique secondaire dans la constitution du monde autistique. Il faut entendre par le mot autisme la constitution d'un monde propre qui tend à se clore sur lui-même. Le délire dans sa forme authentiquement schizophrénique dépasse celui des expériences délirantes : il les prolonge et les organise en monde autistique. Le délire construit un monde hermétique, fermé à la communication, clos et labyrinthique. L'autisme ici n'est pas présent d'emblée

mais survient donc au cours de l'évolution de la maladie : au fur et à mesure que la maladie se confirme et évolue la constitution de ce monde délirant représente le noyau même de l'existence schizophrénique.

La schizophrénie serait ainsi une forme particulière de délire, qui aboutit progressivement à une désorganisation de l'existence ordinaire et à un monde autistique.

C. Le délire en tant que présence.

L. Binswanger, notamment à travers l'étude du cas Suzanne Urban (9), voit dans le délire une manière propre de présence humaine, concept phénoménologique introduit par Heidegger sous le terme de Dasein(10), qui définit l'être humain selon une triple ouverture, à savoir son rapport au monde, à soi et aux autres existants.

Le but de l'analyse du Dasein est de montrer comment le délire est lié à une subjectivité, dans la façon par laquelle il est lié à une manière d'être, à une manière de se tenir dans l'univers : par le moyen d'un dévoilement de l'enchaînement biographique, de l'histoire intérieure de la vie, L. Binswanger, notamment dans le cas Suzanne Urban (9), nous amène à penser que le délire se situe au cœur de l'existence non pas de la maladie, mais du sujet.

Ce monde délirant porte un sens, et ce sens pour notre auteur peut se trouver dans la continuité de la biographie, qui pourrait avoir pour seule évidence un projet du monde unique, projet du monde en tant que sens donné à son existence : le délire serait une continuité d'un projet du monde, dont seule la structure change à travers le délire.

Le délire n'est pas considéré ici comme un symptôme primaire ou secondaire de la schizophrénie, tel que nous avons pu le voir précédemment ; il se comprend comme un style *d'être-au monde* précisément délirant. Le délire est « *un bouleversement de la structure de l'être dans le monde pris comme un tout au sens de l'être dans le monde délirant* »(9).

Il apparaît ici « *comme une métamorphose de la structure globale de la présence* », touchant à la fois le rapport au monde, aux autres et à soi-même.

Cette notion phénoménologique de présence délirante permet de se décaler en quelque sorte de la question de la place du délire dans la schizophrénie, et de se tourner vers la place du délire au sein même de l'existence du sujet

III) Le délire : approche neurocognitive et phénoménologique.

A. Le délire : définition et modèles théoriques explicatifs.

Dans sa définition récente, les glossaires du Manuel Diagnostique Standardisé (DSM) (6) caractérise ainsi le délire : « *le délire serait une conviction fautive fondée sur des déductions erronées sur la réalité extérieure, qui sont fermement soutenues en dépit de l'évidence et des avis d'autrui* ».

Si cette définition ainsi exposée laisse entendre un trouble du jugement à l'origine du phénomène délirant, ceci n'est pas unanimement reconnu par les modèles cognitifs actuels.

En effet, les sciences cognitives, qui ont porté depuis plusieurs années un intérêt à la question du délire, proposent différents modèles explicatifs. Par exemple, pour rendre compte de l'émergence du délire, deux hypothèses opposées s'affrontent (11)(12) : l'hypothèse du modèle rationaliste selon laquelle le délire résulterait d'interprétations fausses, qualifiées de « *top-down* », les amplifiant et les intégrant dans un récit qui formerait la trame du délire et l'hypothèse de l'approche empiriste selon laquelle le délire résulterait d'altération de bas niveau, qualifiées de « *bottom-up* » survenant dès les premières étapes du traitement perceptif.

Nous allons développer de manière plus détaillée ces deux approches analytiques pour ensuite revenir sur cette distinction classique, par l'intermédiaire d'approches combinant les deux facteurs.

1. Modèle rationaliste.

Au plus proche de la définition du DSM, le délire serait le résultat d'erreurs de jugement sur une réalité extérieure. Selon Campbell (13), qui étudie les délires monothématiques comme celui de Capgras, l'approche rationaliste (ou « *Top-down* ») du délire traite principalement d'une altération du raisonnement alors que l'expérience initiale est conservée. Dans sa vision la plus radicale, le délire se présente comme « *un trouble des croyances fondamentales du sujet, lesquelles affectent en conséquence l'expérience et l'action* »(12).

Cette approche prend son appui sur l'hypothèse d'une altération de la signification des

termes utilisés du moins dans le cadre du délire : «*Si (un sujet délirant) connaît vraiment les significations des mots qu'il utilise, comment est-ce qu'il peut raisonnablement raisonner?*»(13).

Aussi, la persistance des contenus délirants malgré les affrontements avec d'autres croyances habituelles semble également en faveur de l'approche rationaliste en tant qu'altération des processus de vérification de ces croyances délirantes. Cette « autonomie » pourrait dépendre du statut singulier des contenus délirants. En effet, si les croyances usuelles et ordinaires restent accessibles à d'autres croyances, à des observations ou à des vérifications, Campbell considère les croyances délirantes comme des « *framework propositions* » (dans sa traduction : « propositions de cadre »), selon une référence au philosophe Wittgenstein (14). Par cette notion, Wittgenstein suppose qu'il existe des croyances, qui fondent d'autres croyances qui ne sont pas elles-mêmes fondées sur d'autres croyances.

Les « *framework propositions* » présentent ainsi un statut particulier avec une « idée d'immunité ». Alors que le contenu des propositions habituelles peut entraîner des erreurs simples, rectifiables par les observations, les contenus délirants, comme « *framework propositions* », restent à l'abri des vérifications empiriques (11).

Mais le modèle de Campbell soulève un certain nombre d'interrogations. Tel que le relèvent Bayne et Pacherie (11), la compréhension et le raisonnement semblent être préservés lorsque les patients sont face à d'autres idées délirantes ou encore au même contenu délirant quand il est exprimé par d'autres personnes: le caractère invraisemblable d'un délire est reconnu chez une tierce personne plutôt que dans une perspective en première personne. Aussi, la croyance délirante, bien qu'ici comprise comme des « *framework propositions* » ne se retrouve pas systématiquement dans les actions des patients : certains délires sont en quelque sorte circonscrits et n'entraînent pas de trouble du comportement. Enfin, ce modèle n'explique pas pourquoi le patient perdrait son emprise sur les significations des mots uniquement dans le contexte d'énoncés délirants : « *Est-il vraiment possible que la prise en compte de la signification d'un terme puisse être sensible au contexte de cette manière* »(11) ?

2. Modèle empiriste.

Au contraire, les modèles empiristes (ou « Bottom-up ») avancent que le délire résulte d'une tentative de compréhension d'une expérience anormale en lui appliquant un processus de raisonnement normal totalement intact dans sa version radicale, à secondairement altéré dans sa version modérée (11). Ces modèles reposent sur des phénomènes anormaux vécus par le patient (hallucinations, altérations dans l'intensité des perceptions, etc.). Les idées délirantes sont ainsi conçues comme une réponse à ces phénomènes vécus émotionnellement troublants. De tels phénomènes conduisent le patient à une recherche d'explication, qui se trouve à l'origine de la construction délirante. Le cas du délire de Capgras (où le patient croit par exemple que l'un de ses proches est remplacé par un imposteur) a été pris pour illustrer leurs propos (11): la reconnaissance des visages comportent deux composantes principales, une reconnaissance explicite et une reconnaissance dite « affective »; l'altération de l'expérience réside dans un trouble de la réponse affective lors de la présentation de visage connu du patient, alors que celui-ci à une identification normale explicite des visages : *« cette personne n'est pas ma femme elle est un imposteur »* (15)(16)(17) . L'épouse est donc reconnue comme « ressemblante » par son conjoint, mais le sentiment de familiarité de son visage fait défaut. Si ce modèle part d'une expérience initialement altérée, deux hypothèses sont avancées, l'approche dit à « un facteur » contenant juste une expérience anormale, et l'approche à « deux facteurs » comprenant en plus un biais dans le raisonnement (12) .

La version à « un facteur » comme celle exposée par Maher (18)(19) affirme que la démarche intellectuelle qui est celle du patient procède d'un raisonnement normal et ne diffère pas sensiblement de celle qui est manifestée par tout individu, voire par tout scientifique, lorsqu'il est confronté à un phénomène inexplicé : *« Le cœur de la présente hypothèse réside dans le fait que les explications (c'est- à-dire les délires) du patient résultent d'une activité cognitive qui ne se distingue pas fondamentalement de celle qui est utilisée par les non-patients, par les scientifiques et par les gens en général»* (19).

Plus récemment et approuvé par plus d'auteurs(11)(20), un modèle « à deux facteurs » a été développé : le délire impliquerait à la fois une expérience inhabituelle mais aussi un biais dans le raisonnement (20)(21)(22)(23) prenant alors en compte le fait que certaines perceptions anormales ne donnent pas toutes lieu à des idées délirantes. Le premier facteur réside, de même que pour Maher, dans des perceptions anormales. Et le

second facteur impliquerait des biais dans le raisonnement ou erreur de jugement, qui seraient des tentatives avortées d'expliquer cette expérience altérée. Ici, l'expérience elle-même peut donc être délirante mais des contributions top-down accentuent le délire ou amènent l'expérience première vers des extrémités extravagantes, dans un effort de lui donner du sens. Cette approche est soutenue par Davies et Coltheart (20)(24), où le second facteur consiste en une inaptitude à rejeter une hypothèse compte tenu de son caractère non plausible et incohérent avec le reste des connaissances du patient. Davies et Coltheart critiquent ainsi le modèle de Maher en faisant notamment valoir qu'il ne permet pas de rendre compte de la maintenance des délires, alors même que leur conclusion se révèle tout à fait non plausible.

D'autres auteurs se sont penchés sur la recherche des biais cognitifs secondaires qui pourraient ainsi s'insinuer. Par exemple, « *le biais dans l'attribution* » (25) et en particulier d'externalisation pour les événements négatifs (26)(27), où le patient attribue une cause extérieure aux événements de type négatif qu'il subit. Le patient privilégie ainsi, de manière arbitraire, une cause externe par rapport à une cause interne et personnelle, lorsqu'il s'attache à déterminer l'origine d'un événement qui le concerne. Egalement, Garety et Freeman (28) retrouvent chez les patients une tendance à « *tirer des conclusions hâtives (jump-to-conclusions)* ».

Des études expérimentales (29)(30) ont ainsi montré que les patients possédaient une tendance plus prononcée que les autres à conclure très rapidement, à partir d'un ensemble d'informations restreint mis à leur disposition. Ces biais semblent donner une explication à l'adoption de la croyance délirante.

Cependant, des limites de cette approche ont été soulevées (12). D'une part, concernant l'approche à un facteur, on connaît très peu l'articulation entre « *la perception altérée et la croyance délirante* » (31): en effet, de nombreux patients présentent des illusions sans trouble perceptuel (28); aussi la perception altérée n'est pas toujours suivie d'une formation délirante (32), comme par exemple parmi les patients psychiatriques atteints de déréalisation ou de dépersonnalisation, ou chez des patients neurologiques atteints d'agnosie. D'autre part, chaque vision de cette approche empiriste doit faire face à la question de la maintenance et de l'incorrigibilité de ces croyances délirantes en dépit des connaissances, de l'expérience et des croyances d'autrui. Pourquoi cette conviction inébranlable ?

Les approches à deux facteurs semblent expliquer davantage l'adoption de la croyance

plutôt que son maintien(12).

Aussi, cette approche, comme celle du modèle rationaliste, étudie surtout les délires monothématiques, très probablement différents dans leur forme et contenu avec des délires polythématiques; les délires monothématiques d'identification erronée concernant surtout les troubles neurologiques et sont relativement inhabituels chez les patients psychiatriques (31). Enfin, l'analogie entre les délires neurologiques et psychiatriques et l'analogie entre les délires schizophrènes et non schizophrènes représentent une forte hypothèse, qui est rarement remise en question du fait probablement d'un accent strict sur le contenu des délires et non sur leur forme.

3. Questions soulevées.

D'une part, la définition actuelle du délire, comme beaucoup d'entre elles, simplifie la question du délire dans une conception qui résume celui-ci à un jugement faux et incorrigible vis à vis d'une réalité extérieure. Chaque caractéristique de cette définition peut être discutée selon les situations cliniques : le critère de vérité/fausseté n'est pas applicable à tous les délires, une flexibilité du contenu délirant est souvent possible et de nombreux délires renvoient à une réalité interne. En outre, on peut être amené à se demander si cette croyance délirante est vraiment à mettre sur le même plan que notre réalité : le délire est souvent défini et compris « objectivement » par rapport à nous, à notre réalité, d'où cette notion de « fausse croyance ». Mais le sujet délirant ne le vit-il pas sur un autre plan, une autre forme de réalité ? Aussi, doit-on uniquement penser le sujet et le monde séparément ? Le monde est-il ainsi déjà constitué, est-il comme une chose sur laquelle le sujet pourrait avoir de corrects ou de faux jugements?

D'autre part, les modèles explicatifs présentés abordent le délire en tant que perte. Le délire peut-il être envisagé autrement que comme une altération (que ce soit de notre réalité, du jugement ou de l'expérience) ? Et comme le souligne S. Follin « *délirer c'est aussi la création d'un monde déréel et non pure altération du réel* »(33).

Enfin, s'interroger sur le délire c'est aussi ne pas le réduire à son contenu: la structure de l'expérience délirante, c'est-à-dire la forme avec laquelle l'illusion se manifeste et est vécue par le patient, semble être nécessaire pour tenter de saisir l'expérience délirante dans sa globalité. La rencontre avec Mme P. nous demande que les notions de vérité/fausseté de ces propos ne soient pas seulement basées sur des domaines d'ordre

cognitif, mais soient aussi intégrées dans une perspective plus large, dans une forme d'existence, une manière de faire expérience.

Regarder autrement la question du délire, c'est ce que semble nous proposer l'approche phénoménologique.

B. Approche croisée phénoménologique et neurocognitive du délire.

Il s'agit à présent de ne plus seulement s'arrêter à des représentations du délire selon des approches objectives et extérieures, mais de se tourner vers la question du délire en tant qu'expérience humaine. Il sera donc question dans cette partie du travail, de regarder comment les modèles neurocognitifs et phénoménologiques peuvent se compléter et s'enrichir mutuellement pour tenter de comprendre l'expérience délirante, selon une approche intégrative.

En effet, l'approche phénoménologique, ne consiste pas en une nouvelle tentative d'expliquer les choses au sens d'en trouver la ou les causes mais d'essayer de décrire ce qu'il se passe lorsque cette forme d'expérience qu'est le délire se manifeste. Par cette approche, nous nous intéresserons davantage à la forme de l'expérience délirante, c'est à dire à la manière dont ce phénomène se présente et se vit. Les délires ici ne seront pas traités comme des représentations du monde extérieur, mais des expressions de la manière dont le sujet éprouve le monde.

La phénoménologie peut ainsi aider à comprendre *« comment on fait un diagnostic, en quoi le symptôme peut prendre du sens pour la personne, en quoi la maladie peut provoquer un malaise, un malentendu ou un mal être, pour soi et pour autrui. Elle montre comment la maladie peut affecter certaines dimensions vécues de l'existence comme l'espace ou le temps, la façon d'habiter le monde ou de vivre la vie quotidienne »* (34).

Mme P. nous l'avons tout d'abord rencontrée avec ses créatures et il s'agira de regarder comment la maladie peut affecter son existence, sa façon d'habiter le monde tout en restant ouvert à ce qui, de son existence, ne l'est pas encore.

1. Jaspers et la question du délire.

Il s'agit ici de décrire l'expérience délirante, de la caractériser en tentant d'en saisir ses différents aspects. Pour ce faire, nous allons suivre tout d'abord l'approche de K. Jaspers, père de la psychopathologie phénoménologique, dont le travail sur l'expérience délirante a permis l'amorce de voies de recherche en phénoménologie.

1) Le délire, une expérience incompréhensible ?

La phénoménologie selon K. Jaspers (35), pour la résumer rapidement, est une méthode - parmi d'autres- de recueil de données : elle isole, décrit et classe les vécus psychiques des patients à partir des expériences subjectives conscientes qu'ils en font. En effet, comme le monde interne de ces derniers n'est pas directement observable, l'observateur tente de se représenter les expériences des patients à partir de leur discours. Ainsi, la phénoménologie s'articule suivant l'axe d'une compréhension, qui se distingue de l'explication : ici, les relations de « compréhension » sont au centre de cette méthodologie descriptive, sans prétention de causalité.

Dans la *Psychopathologie générale* de 1913 (36), K. Jaspers, dont l'œuvre est reprise par A. Tatossian(35), fournit deux types distincts de compréhension : une compréhension dite « statique » des vécus et une compréhension dite « génétique ». La première renvoie à une compréhension empathique, c'est à dire à la capacité de l'observateur de se mettre à la place du malade à travers des descriptions « en première personne ». Certains de ces vécus sont identiques aux expériences dites « normales », ou bien s'en écartent mais restent accessibles, d'autres au contraire sont « inconnus » de l'être sain, incompréhensibles et seulement repérables par analogie (35).

La deuxième modalité de compréhension s'intéresse à la genèse de ces expériences en regardant la succession des vécus. Elle repose sur la description de l'articulation des expériences subjectives et permet ainsi d'opposer les relations compréhensibles à partir de la personnalité, de la biographie ou encore des aspects affectifs du patient, à celles qui ne le sont pas. Cependant, ces deux formes de relations de compréhension ainsi présentées, ne peuvent fournir aucune relation causale selon K. Jaspers, contrairement à ce qu'avancent certaines approches telles que la théorie psychanalytique par exemple. Mais si l'approche compréhensive n'apporte rien à l'explication causale, le critère de

« compréhensibilité » ou « d'incompréhensibilité » permet à K. Jaspers de distinguer l'expérience normale et les idées « pseudo-délirantes » du délire « vrai ».

Contrairement à l'utilisation contemporaine du terme, où le délire s'applique aux croyances aberrantes aussi bien dans les troubles schizophréniques, paranoïaques, les épisodes thymiques et les affections organiques, K. Jaspers considère ce qu'il nomme le délire « vrai », comme caractéristique de la schizophrénie. C'est à la fois d'après la compréhension statique (empathique) et d'après la compréhension génétique (historique) que K. Jaspers oppose l'expérience délirante primaire de la schizophrénie, seul délire véritable et par essence incompréhensible, aux idées pseudo-délirantes, dites « secondaires » telles que retrouvées dans les troubles de l'humeur ou dans les troubles délirants paranoïaques.

En effet, au sens de la compréhension statique, il semble impossible de se représenter autrement que par analogie ce que peuvent désigner des expériences schizophréniques comme celle de Mme P. où des machines peuvent fabriquer ses pensées, agir à sa place, lui mettre des images qu'elle n'a pas vécues... Alors que de telles expériences ne sont pas présentes dans les idées pseudo délirantes qui restent dans les limites de notre empathie. Mais c'est dans la compréhension génétique que réside la base de la thèse de Jaspers : bien qu'anormales et irrationnelles, les « idées pseudo délirantes » telles que la jalousie pathologique ou le sentiment de persécution, retrouvées par exemple dans les délires paranoïaques, peuvent être resituées dans l'ensemble de la vie du sujet et retracées dans leur genèse au vu de sa personnalité ou de ses complexes affectifs. À l'inverse, K. Jaspers souligne l'échec des tentatives visant à trouver l'origine et l'enchaînement psychologique menant aux délires schizophréniques. Kurt Schneider, son principal successeur, cité par A. Tatossian (35), résume ce point de vue: *«là où il y a vraiment délire, la compréhension à partir du caractère cesse, et là où on peut comprendre, il n'y a pas de délire »* (35).

2) L'incorrigibilité du « délirer ».

Poursuivant son idée d'incompréhensibilité, K. Jaspers a recentré son analyse sur le délire vrai autour d'un caractère particulier : l'incorrigibilité spéciale du délire. C'est d'ailleurs cette incorrigibilité qui est au cœur de la définition récente du délire (6). Cette « incorrigibilité » délirante est *spéciale* dans le sens où *«l'incorrigibilité ne dérive*

compréhensiblement d'aucun vécu »(35). En effet, si certaines idées erronées chez l'homme sain peuvent être « incorrigibles » sous la forme d'une conviction ou d'une certitude, « *l'erreur (peut être) communautaire* » (36) et dériver du contexte socio-culturel. Ou si l'individu peut présenter ses *propres* idées incorrigibles, opposées aux évidences de l'expérience socio-culturelle, la condition est que le contenu de ces erreurs soit une « *condition vitale pour lui* »(35) et dépendent de son affectivité. Il en va de même pour les idées « pseudo délirantes » thymiques ou paranoïaques, dont l'incorrigibilité peut être comprise comme la suite d'une modification de l'humeur ou une structure particulière de personnalité.

Le monde des « créatures » soutenu par Mme P. durant plusieurs années sous forme de symptômes bruyants ou comme toile de fond nous paraît, du moins de prime abord, éloigné et en rupture complète avec tout contexte socio-culturel, sa biographie ou son affectivité. Mme P. semble ainsi enfermée dans un incompréhensible et incorrigible délire.

Et c'est peut-être davantage dans cette impossibilité de changement, que se trouve la folie : « *le délire est l'une des plus éclatantes manifestations de l'altération de la liberté* », aspect essentiel de la définition de trouble mental selon Henry Ey (7) dans le sens où le délirant ne peut corriger son jugement, jugement qui a une structure particulière : « *c'est une modalité absolue et cristallisée de connaître et de croire, totalement dépourvue de la possibilité de critique* »(35). Et K. Jaspers précise un aspect essentiel, à savoir l'assujettissement de la critique au délire « *le délire vient d'une profondeur qui se manifeste dans les jugements délirants mais n'a pas à elle-même le caractère du jugement. La critique n'est pas détruite mais se met au service du délire...* » (35).

Si on donne la possibilité à la conscience délirante de corriger ses jugements, alors il ne s'agit plus de conscience délirante : « *La reconnaissance clinique immédiate de l'acte délirant semble être une reconnaissance des conditions de possibilités (et d'impossibilité) qui le régissent* » (35). La certitude du délirant schizophrène paraît absolue, et la nature spécifique de l'acte délirant et de sa certitude peut s'éclaircir si au lieu de parler de son incorrigibilité on parle de son infaillibilité. En effet, selon les termes d'A. Tatossian « *l'infaillibilité comme incapacité à l'erreur est incorrigibilité de droit et non de fait* »(35). L'impossibilité de l'erreur n'est pas ajoutée du dehors et après coup par le délirant à l'histoire qu'il raconte, au contraire « *l'histoire est ajoutée secondairement à l'acte de connaissance spécifique du délirant* » (35), si bien « *qu'un malade n'est pas délirant parce*

qu'il a telle conviction extraordinaire mais parce qu'il ne peut pas ne pas l'avoir ».

Ces notions d'incompréhensibilité et d'incorrigibilité spéciale du délire, A. Tatossian va les réinterroger, en se recentrant sur la forme et non sur le contenu du délire. En effet, le contenu a un caractère accessoire, et souvent, celui-ci peut être amené à changer au cours de l'évolution, et ce dont il est question ici est plus de l'ordre d'une activité délirante, « *d'un délirer, que d'un délire fixe* »(35). Ce n'est pas tant « les machines » ou autres « créatures » qui capturent Mme P., mais belle et bien l'activité même du délirer qui envahit sa présence. Les contenus peuvent évoluer, s'atténuer, prendre une autre forme, ou même être absents, Mme P. n'en reste pas moins délirante. Aussi, le diagnostic d'un délire ne se fonde pas sur ce que dit le délirant et sur une discordance éventuelle avec une réalité objective (bien souvent le repérage clinique est aisé même en l'absence de biographie détaillée), mais sur « *comment il le dit* »(35).

Poursuivant son idée, A. Tatossian souligne que ce qui peut être incompréhensible, « *ce n'est pas le contenu de ces vécus délirants, qui peut être rattaché à l'histoire du malade, c'est la forme délirante elle même... Comprendre le contenu d'un délire n'empêche pas son incompréhensibilité, parce que le contenu a un rôle très accessoire, peut correspondre à la réalité, être très vague et à la limite absent, sans que le malade soit moins délirant* » (28). Ici la certitude subjective n'est plus solidaire du contenu, elle est devenue un vécu autonome.

A. Tatossian recentre donc son analyse sur la forme du « délirer », en considérant le phénomène du point de vue du délirant, vécu comme un acte de connaissance, et redonne ainsi une certaine compréhension à cette incorrigibilité délirante.

En effet, il nous donne à penser que celle-ci se manifeste de prime abord comme une conscience connaissante.

Les propos tenus par notre patiente pourraient d'ailleurs refléter une forme d'acte de connaissance : « *J'ai tout vu, de la création du monde à sa fin ; ils ont inscrit toutes ces choses dans ma tête...je sais tout ce qu'ils ont fait et ce qu'ils font sur nous, je sais ce qu'il se passe pour nous, les créatures* ». Loin d'être une simple cognition erronée, l'infailibilité particulière du délirer résulterait d'une forme de conscience : celle de la connaissance infailible, du savoir, d'où l'utilisation par les patients d'un « je sais » et non d'un « je crois ».

Mais le caractère spécial de l'incorrigibilité ne se fonde pas uniquement pour K. Jaspers sur le critère de compréhension ou d'incompréhension du délirer : « *Le délire vrai est*

incorrigible par suite d'un changement de personnalité, dont nous ne pouvons jusqu'ici aucunement décrire la nature et qu'à fortiori nous ne pouvons formuler conceptuellement mais que nous devons présupposer » (35). Cette « *modification de personnalité* » est telle qu'elle implique pour notre auteur tous les modes de vécus et « *qu'il n'a y aucun vécu auquel le mot délirant ne pourrait être accolé* » et « *...qu'une correction paraîtrait être comme une rupture de l'être lui-même* »(35). Cette modification de personnalité se comprend ici comme un changement global dans la subjectivité du sujet, dans la manière de faire expérience, en tant que transformation de la structure expérientielle même.

2. De l'expérience naturelle à l'expérience délirante.

Si nous abordons de manière phénoménologique le délirer, il ne s'agira pas de rencontrer « un trouble du jugement » comme nous l'enseigne la clinique psychiatrique classique, il s'agira ici de rencontrer le phénomène du délirer tel qu'il se présente à la conscience humaine.

Ce phénomène peut se comprendre en partant de l'expérience « normale » que nous nous faisons du monde, de soi et des autres, et ainsi dégager les particularités de l'activité délirante, qui n'est autre qu'une des possibilités de l'expérience humaine.

Dans cette partie, nous allons aborder plusieurs points de vue théoriques qui peuvent peut-être rendre compte de la structure de l'activité délirante.

1) Une projection d'un monde sans fondement.

Si l'on se réfère à la pensée de M. Heidegger (10) à propos du Dasein et de sa facticité, l'expérience délirante peut être envisagée comme privée de la liberté du « *laisser être des étants* », de la liberté de « *se laisser aller aux étants* ».

L'étant, c'est « *ce qui est en tant qu'il est* », c'est ce que nous sommes tout comme ce qui nous entoure de toute part, qui va de soi, qui peut se saisir, à la différence de l'être.

La liberté est le dépassement vers le monde ou la transcendance, car ce « *qui se dépasse et qui de la sorte s'exhausse doit en tant que tel se trouver disposé dans l'étant* » (10).

Comme le souligne L. Binswanger dans *Délire* (37), le Dasein c'est à dire « l'être-là » et qui correspond à la présence humaine, dans cette disposition, est captivé par l'étant, propriété fondamentale de la transcendance : l'être humain a pris fond, « *a gagné son fondement dans l'étant* » (10). A partir de ce sol, l'homme reste ouvert au monde et est à

même de « faire expérience », expérience qui, dans sa définition fondamentale, se modifie et se déploie dans le temps.

Le délirant aussi projette un monde, mais « *par un mode extrêmement déficient de ce transcender* » (37), parce qu'il ne prend plus l'étant comme sol. C'est une sorte de transcendance particulière qui nous est donnée de voir dans le délirer, car c'est une transcendance qui n'a pas gagné son fondement.

Comme si les choses simples, ordinaires de la vie, se détachaient de l'évidence, et reprenaient un sens particulier dans la parole du délirant.

Ainsi, certains phénoménologues ont pu rapprocher le délirer à ce qui se passe lors de l'époché, méthode phénoménologique Husserlienne : celle-ci suspend la thèse de réalité du monde et se situe « *hors de l'attitude naturelle* » (35) dans laquelle la plupart des hommes vivent le monde. Cette mise « hors-jeu » de la thèse de réalité permet un retour « *aux choses mêmes* », à l'essence des choses, et est en quelque sorte « *une crise totale du sens commun, où rien ne va plus de soi* » (38). Cette attitude remet en question la constitution de notre réalité, mais à l'inverse du délirant, le phénoménologue accepte « *la suspension de la valeur de réalité pour tout ce qui est affirmé* » (35) : le délirant méconnaît que l'irréalité de la conscience réduite est la condition même de la réduction. Dans le délirer, cette mise hors-jeu de la réalité apparaît comme imposée, comme une « *mise entre parenthèse involontaire* » (45). Il n'est pas au pouvoir de la liberté du malade d'adopter ou non cette démarche (35).

Le phénoménologue lutte contre l'attitude naturelle alors que le délirant essaie d'une certaine manière d'y retourner (38).

Mais il apparaît à présent primordial d'insister sur la place que tient cet étant particulier qu'est l'homme, avec qui je fonde et partage la réalité. En effet, le fait que le monde soit une réalité commune, soit notre fondement, vient du fait que nous le partageons avec autrui.

Un aspect fondamental de la constitution de l'expérience humaine se trouve ainsi dans la présence d'autrui : le propre du délirer peut se trouver dans le fait que cette activité constituante de la réalité n'attend pas la collaboration d'autrui.

2) La réalité, ce monde commun.

Poursuivant l'idée que « le délirer » peut se comprendre comme une « *conscience constituante* », « *une subjectivité transcendantale* » (38) et non plus simplement comme une conscience représentative, il s'agit ici d'aborder le problème du délirer en tant qu'il remet en cause la constitution de notre réalité, réalité qui a pour trait d'essence d'être commune avec autrui.

Si ce que nous percevons peut différer de l'existant, c'est parce que le perçu n'est pas simplement l'objet de la réalité extérieure, « *il est la signification que je lui donne dans l'acte perceptif* » (38).

Mais si le monde apparaissant est relatif à ma subjectivité, celui-ci, dans l'expérience normale « *fait l'épreuve de l'autre, de l'intersubjectivité* » (38), permettant de corriger mes vécus propres et ainsi de parvenir à un monde commun, et par là même réel, en tant que « *monde du vivre inter subjectivement constitué* » (38) : « *Le monde du vivre ne saurait être un monde privé* » (38) et « *mon monde est toujours notre monde* » (35).

Pour qu'il y est constitution d'un monde unitaire, commun, il faut dépasser mon propre monde du vivre. Sur l'exemple de Mme P., nous voyons que dans le délire, le monde du vivre propre ne peut être à ce moment-là effectivement dépassé et qu'une entente avec les autres ne semble pas être possible. Dans l'expérience naturelle, l'autre est l'homme à côté de moi, et « *l'entente avec lui est la chose la plus évidente au monde* » (37). Mme P. n'attend plus personne dans son monde des machines. Des années durant, et lors des semaines d'hospitalisation, elle nous apparaissait non seulement coupée du monde commun, du monde du vivre, mais aussi et surtout coupée des autres. Nous passions dans sa chambre et son regard, ses mots et ses gestes ne faisaient que redire inlassablement sa propre fable délirante, sans, au premier regard, y retrouver l'intentionnalité de « conter » une quelconque histoire à un autre. Car encore pour raconter, il faut se diriger vers cet autre et attendre en retour : et Mme P. semble ne plus pouvoir raconter son histoire que le délire met en scène et raconte pour elle.

De telle sorte que le délirant viole « *le trait le plus général de la présence humaine en se faisant le fondement de soi-même* » (35) : toute expérience qui déborde le délire en est exclue.

3) Un renversement de l'expérience.

Le délire a été jusqu'alors compris comme une forme particulière de conscience constituante. Mais certains auteurs l'abordent plutôt comme une conscience en déséquilibre, soumise à une passivité excessive.

En revenant sur le travail de Husserl (39), B. Pachoud (40) se penche sur cette forme de conscience et nous donne à penser que l'expérience psychotique est un déséquilibre entre la part d'activité et de passivité de la conscience humaine. L'expérience délirante pourrait se comprendre comme un renversement de la structure de la constitution intentionnelle : le sujet s'y trouverait dans une position de passivité extrême face à un sens surgissant des objets eux-mêmes, plutôt que dans la position transcendantale d'une constitution de ces objets et d'une visée de leur sens. Comme nous le verrons dans le cas Aline, L. Binswanger décrit ainsi le monde délirant comme un monde de terreur, dans lequel le sujet se trouve réduit à une pure réceptivité ou impressionnabilité. « *Là où le sujet, si l'on suit les analyses de Heidegger, organise son être-au-monde à partir de la dimension du projet, il devient dans ces expériences psychotiques l'objet d'un projet du monde* » (41), et pour ainsi dire la proie de ce dernier. « *L'ouverture au monde permise par le projet et l'intentionnalité du souci qui caractérisent le Dasein se mue alors en un écrasement ou une possession du sujet par le monde* » (41): dans notre situation clinique, Mme P. se trouve livrée au monde des machines, et nous pouvons le comprendre comme un renversement de la transcendance propre au sujet.

4) La mécanique de l'expérience délirante.

Constituante ou encore dans une position de passivité totale vis à vis du monde, ce qui, en propre, peut rendre pathologique la conscience délirante se trouve dans l'impossibilité de celle-ci à accueillir de nouvelles expériences.

L. Binswanger, dans *Délire* (37), s'est penché sur l'expérience normale pour en venir à la genèse de l'expérience délirante, afin de tenter de saisir comment le délirer est chose possible. Il a exposé pas à pas dans son œuvre la construction de l'expérience normale et en corollaire celle de l'expérience délirante. Dans le délire « *la constitution de l'expérience ne suit pas les étapes qui sont données dans les faits (...) en d'autres termes, la liaison des actes intentionnels ne suit pas les indications factuelles* ». Il s'agit ici de dégager

« comment doit être établie la construction d'une conscience dont les actes suivent de telles indications étrangères au fait » (37).

Loin de réduire la perception du monde à une simple réceptivité d'un de nos appareils sensoriels, L. Binswanger suggère que toute expérience se fait à partir d'intuitions sensorielles qui sont le lieu d'une série de synthèses pré réflexives aboutissant à une image, l'*eidos*, contenant en elle « la figure en générale » : « le mot *eidos* nous indiquant que ce l'on a devant les yeux contient bien plus que ce que nous apercevons devant nos yeux, c'est l'image unitaire qui contient tous les changements d'aspect de cette image » (37). Il suppose que dans l'expérience délirante, ce ne sont pas les récepteurs sensoriels qui paraissent troublés mais cette « formation en image ».

Ainsi, l'expérience normale comporte la capacité de « former en image » les impressions sensorielles, l'*aisthesis*, à l'aide de la *phantasia*. La *phantasia* fait continuellement apparaître l'*aisthesis* mais en suivant les prescriptions de la *mnémé*, comme réservoir des expériences antérieures. « La *mnémé* prescrit ce qui de tout le pré actuel, de tout ce qui est retenu, est en relation avec ce qui est attendu, l'image qui va apparaître » (35). La *phantasia* présente la prescription qui met en relation le mnémétique avec le préattendu. La *phantasia* est donc liée à la *mnémé* sous forme d'un schéma mnémétique incluant les renvois normaux, identiques pour tous les participants et qui permettent l'évidence quotidienne et rendent le monde commun.

Partant de cette micro structure de l'expérience normale, L. Binswanger nous amène à penser que l'expérience délirante se forme ici sur une rigidité de notre possibilité de « faire expérience », en lien avec des troubles qui prévalent « dans la temporalité de l'expérience, à des niveaux basiques, automatiques de l'expérience » (42). On assiste ici à une déchirure de l'expérience normale, dans le sens qu'il n'y a plus ici de *laisser rencontrer* véritable du monde. Un des cas cliniques de L. Binswanger, Aline, présente des similitudes frappantes avec ce que vit Mme P. et comment elle le vit dans son délire. Aline n'a plus de pensées propres. On lui a mis en appareil électrique dans la nuque qui enregistre les pensées des autres, sa boîte crânienne comme ses pensées appartiennent au monde entier... Pour Mme P. ce sont « des vidéos » que les créatures lui ont implantées dans la tête, autant d'images « qu'elle n'a pas vécues »... Chez Aline comme chez Mme P. , il semblerait que l'ensemble de la constitution de l'expérience soit réduit à une capacité d'expérience monotone où « la *phantasia* et la *mnémé* sont seulement des éléments figés de cet appareil enregistreur » (37), « on en reste à l'impulsion mécanique »

(37). Ici, les formations en image sont si complètement mécaniques qu'au lieu de leur variabilité et de leur mobilité, survient un schéma d'enregistrement dépourvu de liberté, enrayé.

Le schéma mnémétique chez Aline comme chez Mme P. est un schéma déterminé à l'avance, qui limite par avance l'expérience. Mme P. ne semble avoir qu'un schéma unique de formation en image, l'appareil des « machines ». Ce caractère unique entraîne un appauvrissement de l'expérience, de la rencontre avec le monde, qui se déroule toujours alors selon un même schéma, et s'oppose à la richesse et à la diversité de l'expérience « *où l'homme se laisse aller aux choses et les laisse être, alors que dans le délire il ne laisse se produire ni l'un ni l'autre, mais plutôt intervient autoritairement dans ce processus* » (37).

Et même si le monde des machines donne en apparence lieu à beaucoup de choses, au fond il ne s'y passe jamais rien de nouveau. Comme le souligne A. Tatossian (35), « *nos malades attirent d'un seul coup tout un avenir d'expériences dans un présent, mais avec la différence que ce présent abrite déjà en soi ou garantit inconditionnellement, sans aucun doute et sans question ce futur* ». Le délirant s'oppose ainsi à l'être sain chez qui, selon Merleau Ponty, « *percevoir c'est engager d'un seul coup tout un avenir d'expériences dans un présent qui ne le garantit jamais à la rigueur, c'est croire à un monde* » (43). L'expérience délirante touche ainsi la constitution du monde du vivre. Cette manière de vivre le monde et de se vivre soi-même se trouve, sous certains de ces aspects, privée du dynamisme de la vie humaine. Tant et si bien, que cette expérience peut apparaître comme une rupture de l'enchaînement ordinaire de la rencontre avec le monde, une déchirure de l'expérience, avec une incapacité à s'ouvrir à tout événement.

Car ce que nous entendons par expérience est le fait de vivre un événement, de pouvoir accueillir tout ce qui se produit, arrive ou apparaît, en d'autre terme interagir avec ce qui nous entoure.

Mais bien que L. Binswanger dans son œuvre, tende à nous éclairer sur les structures de l'expérience normale et délirante, « ces schémas » pourraient risquer de nous enfermer dans des théories explicatives d'une structure quasi microscopique, « pré réflexive », de l'expérience. Il ne peut émettre que des hypothèses face à ces structures pour le moins difficilement accessibles à une conscience réflexive et s'écarte ainsi de la démarche descriptive qui se base sur le vécu subjectif de nos patients. Aussi, comme le souligne A. Tatossian, à partir des réflexions de P. Ricoeur au sujet de Délire de L. Binswanger, le

délire est ici défini négativement comme « *la constitution qui ne constitue plus, le flux qui n'est plus fluant mais figé, la temporalité en lambeaux, la continuité brisée, l'infinité devenue limite* »(35), et enlève par là même la possibilité d'y voir et d'y comprendre une création.

Si ces approches phénoménologiques ont tenté de décrire la structure de l'activité délirante en tant que forme de conscience humaine, elles semblent cependant s'y appliquer comme de l'extérieur et en oublier peut-être le propre de la phénoménologie consistant à décrire le phénomène tel qu'il se donne en sa phénoménalité, depuis le lieu même de son expérience. Autrement dit et en reprenant les termes d'A. Tatossian « *il n'y a pas de phénoménologie là où il n'y a pas d'expérience directe de ce qui est question et la psychiatrie ne peut faire l'économie de sa propre phénoménologie* ».

Ainsi nous nous proposons de revenir sur la question de la constitution de l'expérience délirante par une attitude proprement phénoménologique en se basant sur des expériences subjectives décrites par les patients notamment de la psychose débutante.

3. Transformation du cadre de l'expérience : les expériences subjectives précoces.

Dans la *Psychopathologie générale*, K. Jaspers, a décrit le phénomène délirant selon trois caractéristiques principales, à savoir « *la certitude subjective incomparable, l'ininfluçabilité par l'expérience et l'impossibilité du contenu* »(35). Néanmoins, ces différentes caractéristiques, qui par ailleurs peuvent être discutés selon les situations cliniques, ont un statut de « symptômes », de caractéristiques associées au délire et ne constituent pas le cœur du phénomène délirant.

Comme le souligne K. Jaspers : « *Dire simplement que le délire est une idée erronée qui est fermement retenue par le patient et qui ne peut être corrigée ne donne qu'une réponse superficielle et incorrecte au problème. La définition ne disposera pas de la question.* »

Pour comprendre le délire il faut comprendre l'expérience dans laquelle il est intégré.

Ainsi, K. Jaspers précise qu'il est nécessaire de s'intéresser au fondement du délire qui se trouve dans « *les vécus délirants primaires* »(35), qui relève d'une transformation totale de l'expérience vécue. En outre, il souligne que les délires peuvent défier la compréhension ou l'empathie car ils impliquent des changements radicaux dans les structures de base de l'expérience humaine.

Ces changements dans les structures de base de l'expérience humaine nécessitent donc une attention toute particulière, afin de dépasser leur incompréhensibilité, et c'est ce que nous allons tenter de faire en se rapprochant au plus près des expériences subjectives précoces de nos patients.

Nous allons ainsi aborder diverses expériences subjectives rapportées par les patients et développées dans les recherches phénoménologiques, que sont « l'atmosphère délirante », et « les troubles du soi ».

1) L'atmosphère délirante.

Ainsi, selon K. Jaspers, ce qui se montre fondamentalement inaccessible à la compréhension, en constituant par là-même le propre de la schizophrénie, ce n'est pas l'impossibilité ou l'incohérence du délire, mais l'expérience délirante primaire qui est à sa source. K. Jaspers cité par S. Troubé (41) décrit la « *Wahnstimmung* », « atmosphère » ou « humeur » délirante, qui constituerait à la fois le propre du délire de la schizophrénie et son point radical d'incompréhensibilité :

« Les malades ont des sentiments désagréables. Il se passe quelque chose qu'ils pressentent. Toute chose a pour eux une signification nouvelle. L'entourage est changé, non pas au point de vue sensible, grossier, en déformant les détails, – les perceptions sont inaltérées du côté des sens, – il existe plutôt une altération fine, pénétrante qui enveloppe tout d'une lumière mystérieuse et effrayante. (...) Il y a quelque chose dans l'air, mais le malade ne peut se rendre compte de ce que c'est ; un état de tension méfiante, désagréable, inconnue le saisit. » (36). Cet état implique un sentiment d'étrangeté où « *la perception est inchangée en elle-même mais il y a un changement qui enveloppe tout avec une lumière subtile, omniprésente et étrangement incertaine* » (36). Si ces changements des vécus subjectifs peuvent être très divers, K. Jaspers souligne que leur caractère souvent diffus et indéterminé semble tenir au fait qu'ils ne relèvent ni d'un dysfonctionnement de la perception sensorielle, ni d'une erreur du jugement. Il s'agirait plutôt, dans cette atmosphère, d'une atteinte « *des sentiments qui accompagnent la perception, qui lui confèrent sa tonalité ou sa coloration familière et affective, et qui demeurent, dans l'expérience courante, implicites et inaperçus* »(41).

Le caractère impénétrable de cette expérience tient ainsi à une modification globale de l'appréhension du monde qui ne possède au début aucun contenu précis : c'est en cela

qu'il s'agit d'une atmosphère ou d'une humeur. Et dans cette ambiance de dépaysement indicible qu'entraîne l'atmosphère délirante, le sentiment habituel de familiarité que nous entretenons avec le monde semble se fragiliser en laissant s'immiscer l'étrange et l'inquiétant.

Mais d'où vient ce sentiment de familiarité que nous entretenons avec le monde? Quel est-il? Comment l'étrangeté peut s'immiscer dans notre rapport quotidien?

Nous nous proposons dans un premier temps de tenter de répondre à ces interrogations en prenant appui sur des modèles neurocognitifs récents, pour dans un second temps, éclairer cette atmosphère délirante par une approche phénoménologique.

1) a. Modèles neurocognitifs.

Les sentiments d'étrangeté ont suscité plusieurs hypothèses explorant l'émergence du délire schizophrénique sous l'angle neurocognitif tel que le reprend Sarah Troubé (41), ainsi que L. Sass et G. Byrom (44). Nous proposons ainsi dans ce paragraphe de regarder l'atmosphère délirante au travers des explications que nous proposent les modèles neurocognitifs.

En effet, certains modèles notamment ceux proposés récemment par S. Kapur (45), ou encore Fletcher et Frith (46) visent spécifiquement à rendre compte du surgissement de ces impressions pré-délirantes d'étrangeté.

L'une de ces hypothèses est celle d'une saillance perceptive anormale dans la schizophrénie soutenue par S. Kapur (45). Ce sentiment d'étrangeté du monde environnant pourrait résulter d'une activation neuronale inadéquate, entraînant des décharges dopaminergiques mésolimbiques anormalement fréquentes, importantes et non liées à des situations spécifiques et confèreraient ainsi à toute sorte d'expérience une saillance anormalement vive. Cette activation inadéquate, pourrait engendrer un trouble dans la hiérarchisation des stimuli et dans l'organisation de la scène perçue : elle produirait en effet une dérégulation dans l'attribution de la saillance perceptive aux stimuli, conduisant à une intensité anormale de certains éléments (41). Ce défaut de différenciation au sein d'une scène perçue, entre stimuli pertinents et stimuli d'arrière-plan pourrait ainsi contribuer au sentiment d'étrangeté du monde ambiant.

Le modèle « d'erreur de prédiction » proposé récemment par Fletcher et Frith (46), fondé sur cette attribution abusive de saillance, complète cette approche. Présentée

comme une approche bayésienne du fonctionnement cérébrale, où la probabilité d'un événement est déduite à partir de celle déjà évaluée pour d'autres événements, cette hypothèse suppose que l'attribution de la saillance perceptive, dans les expériences pré-délirantes, n'est plus guidée par le contexte ou par les croyances préalables du sujet (41). À l'inverse d'une conception « modulaire » de la perception ou des modèles mettant exclusivement en jeu une action causale du bas niveau vers le haut niveau, Fletcher et Frith insistent sur l'influence des croyances sur le traitement perceptif. L'acte perceptif serait anticipé et organisé d'une manière bayésienne : la perception des différents stimuli dépendrait, en amont, des croyances a priori et des attentes du sujet et déterminerait, en aval, le degré de saillance des éléments perçus. Des « signaux d'erreur de prédiction » marqueraient habituellement le décalage entre les prédictions effectuées par le sujet et sa perception effective, et auraient pour fonction de détecter les anomalies surgissant dans l'environnement. Ainsi les éléments prédits et familiers qui constituent le fond de la perception possèdent une intensité peu élevée, alors que les éléments ne correspondant pas aux attentes et aux prédictions, perçus comme nouveaux, revêtent une saillance particulière (41). Les expériences d'étrangeté, pourraient alors, selon ce modèle, résulter d'un trouble des croyances préalables sur l'organisation de la perception : des éléments qui auraient dû être perçus comme familiers apparaissent ainsi comme nouveaux ou étranges, en raison d'une perturbation des signaux d'erreurs de prédiction, leur conférant ainsi une saillance particulière. L'accent mis sur ces éléments étranges influence par la suite les futures croyances : « *les erreurs de prédiction seront propagées encore plus loin à des niveaux d'abstraction toujours plus élevés* » (46). Cette notion de croyances préalables mobilisée par Fletcher et Frith, peut être interrogée par une approche phénoménologique.

1) b. L'immersion dans le monde ambiant : approches phénoménologiques.

La familiarité que nous entretenons avec le monde peut se comprendre à travers la possibilité d'anticiper ce que nous rencontrons comme le propose la notion de croyances ou propositions préalables proposées par Fletcher et Frith. Celle-ci rejoint sous certains aspects le travail de Blankenburg (47) sur la schizophrénie qui nous incite à y voir une « *perte d'évidences naturelles* ». Mais alors que pour Fletcher et Frith, les croyances préalables porteraient sur des objets particuliers, les évidences, décrites par

Blankenburg, concerneraient le monde dans son ensemble. Ces évidences formeraient en quelque sorte un arrière-plan implicite de tout rapport à la réalité. « *L'évidence naturelle* », est faite de cette « *masse anonyme et muette d'évidences toujours déjà présentes* »(47) mais aussi déjà-oubliées. Le sentiment d'immersion tacite, non réflexif dans le monde est possible parce que toujours-déjà le monde porte en lui un halo de sens.

Cette perte éclairerait notamment la perplexité spécifique qui peut surgir dans la schizophrénie, perplexité dénuée d'objet précis et qui appartient souvent à un niveau plus fondamental, comme nous avons pu le rencontrer à travers les questionnements de Mme P. : « *comment faites-vous pour faire toutes ces choses, vivre normalement (...) comprendre ce monde qui change tout le temps ?* »

En quelque sorte, on aborde ici la compréhension de l'être humain vis à vis de son être et du monde, décrite par Heidegger (10), qui renvoie à une compréhension immédiate, déjà donnée, non explicite, une pré compréhension : « *elle se déploie avant la connaissance et c'est elle qui fonde toute connaissance ultérieure* » (35).

Ce sens du réel, antérieur à la constitution de la réalité proprement dite et à sa perception, est ce qui garantit sans preuve l'existence d'une réalité familière. C'est ce que met en avant Matussek (48) qui décrit la transformation pré-délirante comme impliquant un « *relâchement du contexte perceptif naturel* » qui permet la perception individuelle. Privé d'un « fond », vidé de signification, hors contexte, les patients flottent ainsi sans ancrage.

L'atmosphère délirante semble ainsi disloquer l'apparaître des choses et la possibilité de sens : « *Quand l'apparaître des choses perd son unité constitutive, les choses se donnent alors dans une nudité et une vacuité qui témoigne de l'impossibilité à renvoyer du sens* » (49). C'est comme si le monde apparaissait dans une lumière crue, nue, sans ce fond qui donne corps au monde.

Cette hypothèse, comme le soulève S. Troubé (50), peut renvoyer à la notion de « *synthèse passive* » décrite par Husserl , qui marque un niveau préréflexif de la constitution, antérieur à la visée d'un objet ou d'un sens déterminés. S. Troubé cite ainsi (51): « *Grâce à cette synthèse passive (qui englobe ainsi l'œuvre de la synthèse active), le moi est toujours entouré d'objets, c'est-à-dire que même l'inconnu possède la forme structurelle du connu, de l'objet* ». L'approche phénoménologique dévoile ainsi un niveau propre d'évidences et de certitudes, permettant que toute appréhension de la nouveauté

ou de l'inconnu soit déjà informée par ce cadre de familiarité.

Dans l'expérience de l'atmosphère délirante, tout se passe comme si le monde ne pouvait plus être saisi au travers de structures d'anticipation, entraînant ainsi incertitude et étrangeté. C'est le monde ambiant qui s'effondre, et toutes les choses intra-mondaines sont comme frappées d'indifférence. Les scènes ou même les objets semblent avoir perdu leurs qualités habituelles de cohérence ou d'utilité, dépareillés de tous les appareils et évidences. Cette extériorité radicale des choses perçues, les faisant apparaître comme figées et réifiées, constituerait alors le corrélat du détachement du sujet vis-à-vis du monde.

Mais « croire à un monde, ce n'est pas seulement croire au sens d'une croyance empirique sur les objets qui nous entoure »(41), cela renvoie aussi à un sentiment d'immersion qui introduit la notion d'un rapport basique avec la réalité, à la fois implicite et incarné, de l'ordre par exemple, d'une tonalité affective avec notre réalité.

Comme le distingue S. Troubé dans son travail sur les vécus subjectifs de la psychose débutante (41), les croyances préalables qui guident, dans le modèle cognitif proposé par Fletcher et Frith, l'évaluation et l'attribution de valeurs aux éléments de la perception ne sont pas toutes sur le même niveau. En effet, si certaines de ces croyances se situent au niveau des connaissances empiriques qui permettent d'effectuer des prédictions sur les objets perçus, notre sentiment de familiarité avec le monde fait appel à un niveau plus basique, implicite et automatique de l'ordre « d'un contact » que nous entretenons avec le monde. Nous pouvons réfléchir à autant de définitions de la «réalité» que nous voulons, mais nos pensées concernant la réalité ne vont jamais s'ajouter à la réalité. Ce qui est nécessaire, comme le dit K. Jaspers, c'est "*quelque chose de plus que cette conception purement logique de la réalité; Il y a aussi la réalité que nous vivons* » (36). Le trouble du sentiment de réalité décrit dans l'atmosphère délirante peut se comprendre comme « *un vacillement de ce contact* » avec le monde (41) comme une perte d'un sentiment d'immersion dans le monde, antérieure à la distinction réflexive du sujet et de l'objet, et « *à la base d'une dimension de présence, d'épaisseur ou de confiance qui fait de cette réalité le monde propre d'un sujet* » (41).

E. Minkowski (52) éclaire ce lien implicite que nous entretenons habituellement avec le monde dans une étude sur la schizophrénie avec la notion de « *perte de contact vital avec la réalité* » pour décrire dans le rapport avec le monde, une dimension préréflexive, celle du « sentir » qui permet de comprendre « *non pas ce qu'est le monde mais comment*

est le monde » (53). Ce trouble constitue pour notre auteur l'essence même de la schizophrénie : « *il en colore les symptômes et il donne sens à leurs interconnexions* »(52). Il s'agit en quelque sorte d'une perte de l'instinct, source du sentiment d'harmonie et d'ambiance, d'une altération dans le dynamisme intime que le sujet entretient avec lui-même et le monde extérieur, d'un trouble de « *la catégorie fondamentale du vécu, du sentir et du vivre* » (52). En effet, tout se passe comme si dans l'atmosphère délirante, l'intimité que nous avons dans la spontanéité irréfléchie des pratiques quotidiennes, se perd dans l'inquiétude. Cette notion implique une capacité altérée pour saisir immédiatement non pas uniquement la signification du monde mais sa familiarité, à partir d'un niveau de modification basique et incarnée, qui empêche, du moins à certains moments, les patients atteints de schizophrénie de partager l'intimité de notre monde commun.

Enfin, ce rapport implicite et explicite que nous entretenons avec le monde, nous demande de revenir sur la notion de « partage » et de « monde commun ». En effet, si ce monde nous apparaît familier, c'est aussi parce que c'est un monde fondamentalement social. En effet, ce sentiment de familiarité demande également la présence de cet autre, cet autre, avec qui nous sommes fondamentalement engagés. Pour l'approche phénoménologique, le monde, les autres et soi-même s'illuminent réciproquement les uns avec les autres, et notre sentiment d'immersion dans le monde est présent aussi parce que cet autre en face de moi est lui aussi fondamentalement engagé dans ce monde. La familiarité du monde se trouve ainsi dans ce partage avec l'autre, qui, toujours déjà, est présent. Pour la phénoménologie et dans notre propre expérience quotidienne, le monde (ainsi que soi-même, développé ultérieurement dans notre travail) apparaît comme inter subjectivement constitué. Cet autre précède et permet toute rencontre avec le monde. Dans *Etre et Temps*, Heidegger, repris par Zahavi (54), insiste sur cette place de l'autre primordial et toujours déjà là. Heidegger souligne que même les objets du monde que nous rencontrons possèdent d'emblée une référence aux autres, même en leurs absences. Notre monde est avant tout un monde public, donné et toujours déjà structuré par nos semblables. Ce lien, qui nous unit avec les autres, fait l'objet de recherche, notamment chez les patients schizophrènes, qui peuvent présenter des difficultés dans la rencontre intersubjective. Soulignons par ailleurs, qu'une perturbation des interactions sociales constitue un critère diagnostique majeur selon les classifications internationales. Si ces difficultés sont explorées par la recherche actuelle,

c'est sous l'angle d'un modèle cognitif, celui de la « théorie de l'esprit ». Selon ce modèle, l'intersubjectivité est classiquement approchée en termes d'attribution d'intention et implique une compétence métareprésentationnelle et non incarnée. Si plusieurs études (55) (56) montrent une difficulté chez les patients schizophrènes à se représenter les intentions d'autrui lors d'un contexte social ambigu, Michel Cermolacce et al (57) dans leur article traitant de l'intersubjectivité nous interroge: *«Négliger la dimension pré-réflexive, immédiate de la rencontre avec autrui (comme le propose le concept de théorie de l'esprit), ou ne pas considérer cette expérience comme donnée intrinsèquement dans une perspective en première personne permet-il de saisir ce qui constitue l'intersubjectivité? »*

Il nous invite à envisager un « *lien implicite, immédiat et incarné* » au fondement de notre rapport avec les autres. Et de ce lien, un monde, par essence commun et familier, serait à partager.

Ainsi, l'atmosphère délirante constitue un changement global dans notre rapport au monde et fait appel à une transformation de notre manière implicite et explicite de rencontrer le monde.

Le schizophrène, confronté au défaut du sentiment d'immersion fondamental, se trouverait ainsi face à « *une réalité sans cesse à découvrir et à (re)fonder* »(41).

2) Les troubles primaires du soi dans la schizophrénie.

Cette atteinte de l'appréhension globale du monde peut être intriquée avec un trouble de la dimension basique du soi.

En effet, cette perte de contact familier avec la réalité externe se complète souvent dans les expériences pré-délirantes par une altération dans le rapport que nous entretenons avec nous-même. Des vécus de dépersonnalisation, où le sujet ne se sent plus acteur de ses pensées, sentiments et actions se retrouvent fréquemment dans les expériences des psychoses débutantes. L'approche phénoménologique par sa notion de présence souligne d'ailleurs que dans notre rapport quotidien au monde, le sens de soi et le sens de notre immersion dans le monde sont inséparables, et ainsi, toute altération du sentiment de présence prive le sujet de se sentir à l'unisson avec l'extérieur. Le sentiment de soi-même étant indissociable du sentiment d'immersion dans le monde. Il

sera question ici d'approfondir par la description que nous en donne K. Conrad les expériences précoces de la schizophrénie touchant le monde extérieur mais également intérieur, pour s'interroger ensuite sur le concept de soi et son altération précoce dans la schizophrénie, altération qui peut être étayée par certains modèles cognitifs.

2) a. *Une transformation du monde extérieur et intérieur : l'œuvre de K. Conrad.*

Jusqu'à présent nous nous sommes concentrés sur l'expérience modifiée du monde extérieur, thème central des approches de l'atmosphère délirante.

L'œuvre *Die beginnende Schizophrenie* de K. Conrad a suscité l'attention de plusieurs auteurs contemporains (58)(59)(60). Cette œuvre a fourni une riche description de la schizophrénie débutante où se mêlent à la fois des expériences modifiées du monde extérieur mais également du monde intérieur. Il offre ainsi une approche globale des altérations de l'expérience qui peuvent se jouer dans le moment qui précède l'apparition du délire proprement dit. En outre, l'altération de l'expérience de son propre corps, pensées et émotions est une étape clé pour K. Conrad dans la formation délirante. Expérience moins évidente dans les périodes pré-morbides, c'est un accompagnement inévitable : le soi et le monde sont des pôles d'expériences complémentaires et tout changement de l'un est concomitant d'un changement de l'autre.

Ainsi K. Conrad distingue une première phase de l'expérience pré-délirante, nommée « *tréma* », terme emprunté au langage du théâtre, où il désigne l'état de tension d'un acteur avant d'entrer en scène. A ce stade, le patient a le sentiment que quelque chose se passe, un sentiment de menace, d'anxiété ou d'indécision; il se trouve dans une « pré-attente » marquée par une hypervigilance. Au début, cela est associé aux expériences les plus marquantes, mais se propage ensuite « *pour imprégner le champ expérientiel complet du patient* » (60). Le patient peut sentir non seulement l'excitation, l'anticipation mais aussi la méfiance, la peur, l'inhibition, la culpabilité avec un sentiment de séparation par rapport aux autres, grandissant.

Ce qui s'en suit est décrit sous le terme « *d'apophanie* », qui de par son étymologie grecque signifie « ce qui devient visible ou apparent » et est destiné à souligner le sentiment de révélation qui est au cœur de cette deuxième phase.

Il faut distinguer deux types d'expériences, d'abord, « *l'apophanie du monde extérieur* » qui rend manifeste au sujet une signification immédiatement perçue et qui peut comporter divers degrés de clarté ou de certitude. Ces significations impersonnelles, qui

se donnent tout d'un coup, ont bien souvent un caractère étrange, anormal, voir planifié, et donne au monde environnant une allure fausse et inauthentique. Cette étape fait écho à l'hypothèse de la position passive à l'extrême de la conscience délirante, de l'inversement de l'intentionnalité précédemment décrite.

La deuxième expérience retrouvée par K. Conrad, répondant à la première et tout aussi importante, est « *l'apophanie du monde intérieur* » décrivant ainsi les altérations de l'espace interne. Ici, les sensations et pensées deviennent « visibles et apparentes » et sont par là même ressenties comme distancées et étrangères. La maladie de Mme P. a commencé avec une expérience d'éloignement d'elle-même et a abouti à l'apparition des machines contrôlant toutes ses pensées, mouvements et émotions : « *Quelqu'un a crié stop. C'est alors que tout a basculé. Les machines étaient là.* » La provenance du stop reste floue « *peut être de l'intérieur, peut-être de l'extérieur mais je l'entendais* » et c'est comme si Mme P. s'éloignait alors d'elle-même petit à petit « *tout tremblait autour de moi, je ne voyais plus rien, les gens me parlaient mais je ne les entendais plus...je ne sentais plus rien, je n'étais plus moi-même, c'est comme si mes pensées venaient d'ailleurs (...) comme si elles ne m'appartenaient pas et les machines sont venues et ont tout révélé* ».

K. Conrad décrit ces expériences comme le reflet de « *l'anastrophé* », littéralement « renversement ou retournement » voulant signifier une « *qualité d'auto-observation* »(60).

Lors de « *l'anastrophé* », le sujet adopte une attitude de fixité contemplative vis à vis du monde et de soi. A ce moment- là, le sujet fait l'expérience que tout tourne autour de lui, que tout se réfère à lui. Pour le patient, si tout se rapporte à lui, cette qualité d'auto-observation est liée à une forme de passivité vis à vis de l'expérience où le patient n'est plus actif dans le monde. Le patient est victime de sa propre façon d'éprouver le monde. Il s'agit ici « *d'une tendance à observer plus qu'à vivre son rapport à autrui et au monde* »(53).

Il existe une intime complémentarité entre *l'apophanie* et *l'anastrophe* « *qui sont les deux côtés de la même pièce* »(60). Les changements dans la perception de l'environnement (par exemple, les révélations impersonnelles sur le monde) et dans la perception de ses pensées devenues étrangères, suscitent la réflexion et inhibent l'engagement spontané. Mais ces changements eux-mêmes ne peuvent se produire qu'en présence de cette conscience de soi excessive : lors de *l'anastrophé*, le monde et soi-même au lieu d'être vécus sont observés et prennent une allure fausse et inauthentique,

tous deux se réifient, c'est *l'apophanie du monde extérieur et intérieur*.

Pour notre auteur, il existe une réorganisation fondamentale de l'expérience lors des phases pré-délirantes : réorganisation dans ses rapports au monde mais également à soi qui révèle une modification profonde de la présence humaine.

2) b. *Le concept de soi et son altération dans la schizophrénie.*

Alors que la réalité du « soi » est questionnée par différents courants théoriques, le concevant comme une construction mentale, une illusion de la psychologie populaire ou encore comme une fiction narrative, l'orientation phénoménologique que nous nous efforçons d'adopter, considère le soi dans une approche qui se veut réaliste, proche de l'expérience des sujets.

Ainsi, trois niveaux de cette notion de soi, énoncés par J. Parnas (61) ont pu être distingués :

-Au niveau le plus fondamental, la notion de soi équivaut « *au mode d'expérience donné à la première personne* »(61) : manifestations implicites, pré-réflexives, qui permet d'être le sujet de l'expérience. Le concept de « *self minimal* » a été avancé pour décrire ce niveau du soi (42) et nous intéresse plus particulièrement dans le cadre de notre étude sur la schizophrénie. Comme le précise Damasio (62), s'éprouver en première personne tient d'une expérience automatique et implicite, qui ne requiert pas l'aide du langage. Dans chaque expérience que je vis, et « *de façon co-constitutive, figure l'appropriation de l'expérience par soi-même* » (42). Autrement dit, « *dans l'expérience normale il n'y a pas de distance expérientielle entre vivre une expérience et le sens de soi* » (63). Le self minimal se comprend ainsi dans une dimension « *non verbale* » (42), pré-langagière du soi.

-A un niveau plus explicite, autrement dit réflexif, la conscience de soi est une conscience d'un « je ».

-Enfin, au niveau le plus sophistiqué, on parle d'une personne ou d'un soi social, structure dépendante du langage comprenant des caractéristiques individuelles distinctes, des habitudes et une biographie.

Les désordres du soi dans la schizophrénie ont été décrits depuis longtemps dans la littérature et concerne, pour la plupart, le niveau le plus fondamental du soi précédemment décrit.

Kraepelin (64) avança que la caractéristique centrale de la schizophrénie se trouvait dans la désunion de la conscience, décrivant « *un orchestre sans chef* ». K. Schneider entre autre, a mis en relief « *le changement qualitatif radical des processus de pensée* », comprenant une diminution de la présence de la première personne (35).

E. Bleuler (42) quant à lui décrivait chez certains patients une « *altération de l'unité du Soi* », une scission, à travers le terme « *Ich Spaltung* ». Mais là où E. Bleuler mettait l'accent sur le syndrome dissociatif de la schizophrénie, des auteurs plus contemporains tel que J. Parnas et A. Sass (65) (66) (63), rapprochent ce sentiment de confusion et de vide dans l'expérience de soi à un trouble de la dimension basique du soi, avec la notion de « *trouble du self minimal* » (42). Ce trouble correspond à une « *perte de la mienneté de l'expérience* » ou encore comme « *une perturbation dans le niveau de conscience de base, pré-langagier, pré-réflexif* » qui assure le déroulement de l'expérience en première personne. La dimension basique du soi serait notamment au fondement d'une auto-affection et d'un sens de l'existence généralement implicites, mais sous-jacents à tout engagement du sujet dans la perception et dans l'action. Mishara (67) partage cette approche et émet l'hypothèse que la schizophrénie perturberait les mécanismes incarnés qui permettent habituellement de faire l'expérience de son corps comme sujet. A travers ce concept, les personnes atteintes de schizophrénie pourraient avoir des difficultés à s'éprouver comme le sujet de l'expérience.

Ces troubles du self minimal sont par ailleurs explorés à travers plusieurs échelles, telles que l'échelle BSABS (68) et l'échelle EASE (63) et de récentes études (69) (70), sont en faveur d'une trouble primaire du sens de soi, antérieur au délire dans la schizophrénie.

Aussi, selon J. Parnass et A. Sass (65), l'altération du sentiment de soi présenterait en fait une autre facette complémentaire, « *l'hyperréflexivité* » (44) en reflet de ce K. Conrad a pu décrire à travers *l'anastrophe*.

L'« *hyperréflexivité* » fait référence à une conscience de soi excessive, à une tendance (fondamentalement non volontaire) à orienter l'attention vers des processus et des phénomènes qui, normalement, seraient « *habités* » ou éprouvés (tacitement) comme faisant partie de soi (71). L'« *hyperréflexivité* » met l'accent sur le fait que quelque chose, qui est normalement tacite, devient focal et explicite, en quelque sorte réifié (66). Cette fixité du regard sur soi viendrait compléter le sentiment de soi de base amoindri vu précédemment.

Suite à ces expériences, des impressions d'étrangeté et d'inauthenticité de soi et du

monde peuvent émerger et faire le lit d'idée délirante.

L'approche phénoménologique souligne ainsi la contribution potentielle de l'expérience de soi perturbée dans les transformations globales, y compris celles qui appartiennent au monde extérieur.

Ainsi, les modifications de l'atmosphère entourant le sujet dans les phases précoces de la schizophrénie, apparaissent alors à la fois « *comme un type particulier et comme la face complémentaire de ces troubles du soi* »(41).

2) c. Bases cognitives des troubles basiques du soi dans la schizophrénie.

Loin d'être exhaustif, nous présenterons ci-après certains modèles neurocognitifs qui nous paraissent pertinents afin d'éclairer ce sentiment basique de soi.

Le premier modèle présenté par Frith en 1992 à propos des processus cognitifs (72) impliqués dans le « monitoring de l'action » ou « contrôle de l'action » est susceptible d'apporter un éclairage sur les corrélats cognitifs des troubles du self minimal. Le sentiment d'agentivité (73), c'est à dire le sentiment d'être l'acteur de l'action, est basé sur des processus nous permettant de préparer l'action et de transposer nos intentions en action.

Pour ce modèle, qui se base sur les actes moteurs et non linguistiques, le système de contrôle de l'action fonctionnerait sur le couplage de deux modes de contrôle de l'action : un feed back externe, périphérique, de la sensibilité proprioceptive et un feed back interne appelé copie d'efférence qui prédit de manière automatique le résultat sensoriel de l'action. Lorsque ces deux processus aboutissent au même résultat, le sentiment d'être l'auteur de l'action n'est pas questionné. Il a été proposé que la copie d'efférence était perturbée dans la schizophrénie, entraînant une mauvaise correspondance entre les deux informations : il en résulterait une fragilisation du sentiment d'être à l'origine de l'action, autrement dit d'être à l'origine de l'intention qui conduit au mouvement, alors que la conscience de l'action serait préservée.

Ce modèle a par ailleurs été complété par la même équipe quelques années après : des réajustements temporels continus et un second niveau de comparaison prédictif seraient impliqués dans la conscience de l'action (73).

C. D. Frith (74) (73) a également avancé l'hypothèse que le processus de contrôle de l'action puisse être perturbé dans la schizophrénie du fait d'anomalies des connexions corticales à longue distance : pour exemple, dans une tâche de génération spontanée de

mots, les patients présenteraient notamment une hypo activation du cortex pré frontal en imagerie fonctionnelle concomitante d'une hyper activation du gyrus temporal supérieur (par défaut d'inhibition). En quelque sorte, les régions corticales auditives ne seraient pas « averties » que les stimuli auditifs perçus ne proviennent pas d'une source extérieure mais émanent du sujet lui-même..

Un récent modèle proposé par Corlett et al (75) met à la fois l'accent sur «l'erreur de prédiction», la théorie des saillances aberrantes de Kapur et le modèle de self-monitoring de Frith, et les complète notamment en terme d'hypothèse neurobiologique. Dans cette approche, le décalage entre « les attentes et l'expérience » affecte notre expérience du monde extérieur mais également l'expérience interne de notre corps, pensées et actions. La question de l'agent de l'action est ainsi discutée par Corlett et al dans la théorie du modèle d'erreur de prédiction.

Un autre modèle, développé par Jeannerod (76) implique la notion d'agentivité et aborde l'hypothèse des « représentations partagées » et du « who system ». Ainsi, lorsque nous verrions un sujet faire une action ou lorsque nous en serions l'auteur, cette équipe de recherche a montré l'activation d'un même réseau neuronal, ce qui a permis de formuler l'hypothèse qu'une seule et unique représentation de l'action serait impliquée, sans en spécifier le sujet, ceux sont les « représentations partagées ». Les auteurs supposent alors une seconde étape cognitive d'attribution de l'action : cette attribution secondaire de l'agent serait effectuée grâce à l'intégration sensori-motrice de l'action, et reposerait sur un processus cognitif de haut niveau, appelé « who system ». Selon cette approche c'est cette dernière étape qui pourrait être perturbée chez les patients schizophrènes.

Toutefois, comme le souligne Martin et al. (42), ces modèles étudient l'agentivité, et non la « mienneté » de l'expérience, qui est un sentiment d'appartenance de son propre corps, composante plus tacite et davantage liée au self minimal que l'agentivité qui est explorée via un jugement réflexif et fait appel à de haut niveau cognitif, dit « métareprésentationnel » tel que le relève S. Gallagher (23).

Une autre hypothèse susceptible d'éclairer les troubles du self minimal, réside dans les troubles de la temporalité de l'expérience consciente. Pour la phénoménologie, *«le temps est une composante clé qui structure la forme de l'expérience consciente elle-même »* (42). De manière très simplifiée, Husserl (77) avance que la structure temporelle de la conscience peut être conçue comme intégration dans un même acte de conscience, du

passé, du présent et du futur. Cette structure permet au sujet de tisser la continuité de son expérience et par ces synthèses passives d'assurer une stabilité de la perception du monde et de soi. Mme P. rapporte souvent des troubles de la perception temporelle « *ce monde va trop vite, tout change en permanence (...) je ne peux plus suivre le cours de ce monde-là* ».

Une récente étude (78) a montré une altération des processus temporels d'anticipation dans la schizophrénie : les mécanismes prédictifs élémentaires qui permettent l'anticipation des événements à venir semblent troublés chez les patients schizophrènes, traitant les événements de manière isolée au lieu de s'appuyer sur ceux les précédents. Egalement les résultats d'une étude menée par N. Franck et al (65) sont en faveur d'un trouble de la perception temporelle dans le cadre d'une action : les sujets sains et les sujets schizophrènes devaient reconnaître si leurs propres actions avaient été décalées dans le temps ou non ; les patients schizophrènes considéraient des actions comme les leurs pour un décalage d'une durée plus importantes que les sujets sains. Aussi, des travaux sur le « *binding intentionnel* » (80) , qui désigne « *le lien rapprochant une action de sa conséquence dans le vécu du sujet* », montrent que cet effet est exagérément amplifié chez les sujets souffrant de schizophrénie (à travers un protocole qui permettait de comparer l'estimation des délais entre action-conséquence chez les sujets sains et les patients). Cette altération pourrait sous tendre les difficultés des patients à déterminer les liens entre les actions et leurs effets, altérant ainsi le sentiment de soi (42).

3) Les vécus précoces de la psychose débutante : une transition vers le délire.

Si l'on poursuit notre perspective, la transformation sous-jacente au délire se situe donc moins « *au plan des idées délirantes qu'à celui de l'expérience* » (50), vis à vis de laquelle le délire peut se comprendre comme le prolongement d'une expérience différente, altérée de la réalité. Il ne s'agit pas ici d'une réalité déjà donnée « *à laquelle le sujet posséderait un accès plus ou moins conforme ou adapté* » (50), ce qui reviendrait à penser le délire comme un déficit, d'ordre probablement cognitif, dans l'appréhension du réel. Cette notion de réalité implique une distinction claire « *entre le sujet et une réalité externe objectivement constituée, appréhendée par le jugement* »(49). Or, la constitution de la réalité se forme en partie, comme nous l'avons vu, en amont de notre jugement et

invite à comprendre le délire à partir de la modification du cadre de l'expérience que représente l'atmosphère délirante et les troubles du soi : c'est notre rapport préréflexif, donnant un sens basal à soi, aux autres et au monde, qui semble ici modifié.

Face à une expérience qui transforme l'assise même de la réalité, la structure de la croyance ne peut rester inchangée : « *la croyance ne peut conserver son sens habituel d'une adéquation avec une réalité contenant ses conditions de vérifications, si la réalité elle-même a perdu sa consistance et sa stabilité* »(50). L'expérience délirante ne serait pas « *une fausse croyance, ni un simple constat sur le monde objectif, mais traduit une altération du sens de soi, et de la relation entre soi et le monde* » (53).

La tradition psychiatrique aussi bien que la littérature contemporaine accorde ainsi fréquemment à l'atmosphère délirante et aux expériences de trouble du soi un statut intermédiaire. L'apparition de ces transformations du vécu est en effet souvent perçue comme une marque du passage vers la psychose proprement dite.

Confrontés à un défaut du sentiment de familiarité, les personnes, les objets et leurs significations impersonnelles, flottants en dehors de tout contexte standard ou pratique, peuvent trouver un sens dans le délire.

La caractéristique cruciale du délire peut se trouver alors dans sa capacité à proposer un sens qui est capable de résoudre la tension généralisée induite par ces vécus délirants primaires.

Si l'atmosphère délirante et les perturbations liées au soi ont été traitées séparément dans notre travail, les deux phénomènes semblent s'intriquer, si bien que l'on retrouve fréquemment ces deux types d'expériences dans les descriptions des patients, et il semble probable que ces deux phénomènes contribueraient conjointement au développement d'idées délirantes.

Ce qui est modifié dans ces expériences pré-délirantes ce ne sont pas seulement des croyances isolées mais l'arrière-plan du monde, de la pensée et du corps vécu.

Ces changements de la structure même de l'expérience mettent en place les conditions de l'apparition du délire, et dans notre situation clinique le contenu délirant semble par ailleurs refléter ces altérations de la forme de l'expérience: si le syndrome d'automatisme mental touchant Mme P. semble faire écho à des troubles du soi, l'instabilité de ce monde sans cesse changé par les créatures ainsi que les thématiques autour de la filiation et de la métaphysique, thématiques éloignées des préoccupations empiriques, peuvent faire suite à cette perte de familiarité avec le monde.

Ainsi, l'incompréhension du délire vrai avancée par K. Jaspers peut être nuancée.

Le rapport phénoménologique présenté ci-dessus concernant l'humeur délirante et les troubles du soi semble contribuer à rendre compréhensible l'expérience délirante : on peut ainsi entrevoir comment les idées délirantes peuvent se développer sur la base de ces changements structurels, et en découvrir ainsi une compréhension génétique.

S'agissant de la compréhension statique, le délire pourrait s'apparenter à une expérience humaine compréhensible notamment en mettant en parallèle ce phénomène délirant avec une forme de solipsisme.

4. Vers une rencontre de la présence délirante.

L'approche phénoménologique se concentre sur le délire en tant que phénomène, sur sa dimension subjective ou vécue. Aucun phénomène humain, même le délirer, ne peut être saisi isolément, son appréhension impose de considérer la totalité du phénomène.

« Comment se constitue le monde du vivre du délirant, ce monde du vivre particulier qui caractérise le délirant ? » (37)

Dans notre rôle de psychiatre, il s'agit à présent de regarder comment le délirant continue d'exister dans un monde, qui, au-delà des différences, reste partageable.

Car le délirer n'est pas simplement un problème psychiatrique mais *« le problème de tout homme »* (38), puisqu'il touche à la constitution de soi, des autres et du monde. Notre intérêt pour le délirer *« n'est donc pas simplement un intérêt médical mais un intérêt pour l'autre, ce que nous avons de commun avec lui »* (38).

1) La présence délirante.

1) a. Le délire autistico-solipsiste.

L'être humain vit et est, dans, à travers et par le monde, et de ce fait la question du délire ne peut s'envisager sans prendre en compte l'autre, la vie qui l'entoure et sa temporalité. Heidegger (81), par sa notion de présence, propose une tout autre définition de l'être humain, en tant que Dasein ou existant, mettant ainsi l'accent sur *« le caractère relationnel et non substantiel de l'être de l'homme, qui se voit défini selon la triple ouverture qui est la sienne au monde, à soi et aux autres existants »* (82). Suivant cette

approche, il s'agit à présent de caractériser cette forme de présence que nous donne à voir le phénomène délirant. Des psychiatres contemporains tels que P. Bovet (58), J. Parnas et L. A. Sass (65) (83) ont proposé de définir la présence délirante schizophrénique en termes de relation à soi, aux autres et au monde à travers la notion de délire « *autistico-solipsiste* ».

Pour ces auteurs, les délires dits « *autistico solipsistes* » sont caractéristiques des délires schizophréniques, qui se distinguent d'autres délires dits « *empiriques* ».

Alors que les délires paranoïaques, ou d'ordre thymique, dits « *empiriques* » s'expriment dans le mondain, et ressemble à « *des fausses croyances sur une réalité objective* » (53), où persiste ce rapport premier avec l'ontique (qui se rapporte aux objets du monde, à « *l'étant* » (81)), le « délire *autistico-solipsiste* », typiquement schizophrénique semble s'en éloigner (58)(65).

En effet, les délires « *empiriques* » portent sur le monde tel que nous le connaissons, les inquiétudes des patients semblent souvent banales ou habituelles, et leurs significations impliquent une dimension spécifique et pragmatique. Le contenu de ces délires est qualifié de « non bizarre » dans les classifications internationales telles que le DSM-IV (84).

Au contraire, les délires « *autistico-solipsistes* » ne peuvent se « *réduire à une description du monde objectif* » (83). Bien que leur contenu expérientiel soit immédiatement imprégné d'un sens délirant, ils ne sont pas comparables à une croyance puisqu'ils constituent plutôt « *une métaphore singulière d'une structure modifiée de l'expérience subjective* » (83).

De plus, les thèmes associés à ces délires s'éloignent de notre rapport au monde quotidien comme on peut le voir dans les thématiques délirantes de Mme P. qui sont de l'ordre philosophiques, métaphysiques et surnaturelles, et s'éloignent des préoccupations empiriques. Et comme le souligne A. Tatossian au sujet d'un patient, « *la présence, ici, n'est pas située dans l'étant et ne se comporte pas à son égard* » (35), du moins, dans ces propos délirants.

1) b. Subjectivité et monde.

Alors que la psychiatrie traditionnelle se rattache à une perspective empirique, et adopte de ce fait un point de vue réaliste qui présuppose un monde objectif pré-donné,

un des apports majeurs de la phénoménologie à la psychiatrie est d'avoir montré que les vécus, et en leur sein l'appréhension du monde, sont le fait d'une « *activité synthétique de la conscience, et pas seulement d'une impression passive de la réalité sur les sens* »(40). Pour l'approche phénoménologique, tout ce dont nous prenons conscience est "constitué" par l'activité de l'esprit, non seulement « *les contenus de l'expérience mais également ses cadres, la temporalité et la spatialité dans laquelle elle s'inscrit, et même le moi qui fait cette expérience* »(40). Si l'on considère que « *la subjectivité et l'expérience que nous faisons de la réalité est indissociable* »(85), notre subjectivité permet de saisir le monde et les choses telles qu'elle se révèlent pour nous-mêmes.

Il devient dès lors concevable que le délire puisse être abordé comme l'expression d'une subjectivité transformée, qui, dès lors délirante, ne s'appuie pas sur les autres et sur le monde commun. La subjectivité ici est définie comme « *le pouvoir de constituer ce qu'elle rencontre comme sens et de lui répondre comme tel* »(86). Comme le souligne A. Tatossian, le monde délirant n'est pas plus faux que le monde de l'homme sain, au sens où « *si le monde est la façon dont un individu peut rencontrer ce qu'il rencontre, la vérité et la réalité d'un monde se confondent: c'est la racine de l'incorrigibilité délirante* »(35). La folie n'est jamais complète, en ce sens qu'elle reste toujours folie d'un sujet et quelle que soit sa forme ou son apparence et « *le fou reste sujet, même au sein d'une subjectivité déchirée* » (86).

Ainsi, le délire peut être pensé comme une forme de subjectivité, par essence solipsiste : le sujet donnant un sens au monde en se l'appropriant. C'est ce qu'avance A. Tatossian en soulignant que « *la tâche délirante est de constituer le monde à l'intérieur de la subjectivité* » (35).

Le solipsisme est classiquement défini comme une attitude philosophique où un sujet nie l'existence de tout sauf lui-même, comme s'il s'agissait d'un sujet unique dans le monde. Le sujet expérimente le monde extérieur comme un produit de sa propre imagination : la réalité devient dépendante de l'esprit. Suivant le point de vue de Wittgenstein, L. A. Sass (71) compare la position solipsiste aux inclinations pathologiques présentées par certains patients schizophrènes.

Au niveau psychopathologique, dans les suites des descriptions des phases pré-délirantes de K. Conrad, l'atteinte du rapport à soi et au monde pourrait par ailleurs conduire à cette position solipsiste du délirant. Par ce détachement et cette attitude de fixité contemplative, le monde peut être alors ressenti comme une pure subjectivité

voire comme subordonné à la volonté. Le monde se voit alors être rempli de significations issues de la subjectivité délirante par l'établissement de liens « flottants » entre les éléments environnants qui ne s'appuient plus sur la familiarité du monde quotidien ni sur autrui. Les propos de Mme P. autour des machines paraissent issus « *d'un monde vu de l'œil et de l'esprit où les émotions, le corps et l'autre, existent comme des phénomènes lointains* »(71). L'univers est ainsi perçu comme relevant de soi, en tant que subjectivité toute puissante. « *Le monde est mon monde* », « *le monde est mon idée* », telles sont les formulations de Wittgenstein, pour résumer le solipsisme, que reprend L. A. Sass (71).

1) c. *Le délire et son partage.*

Comme nous l'avons vu précédemment, le sens de soi et du monde trouve son fondement dans l'intersubjectivité. Mais pour le délirant qu'en est-il ? Ce monde qui apparaît à soi-même est-il partageable ?

Les patients présentant un délire « *autistico-solipsiste* » éprouvent « *un isolement instantané et radical, qualitativement différent de l'isolement rencontré dans le délire empirique* »(12). Comme le souligne M. Cermolacce (87), un patient avec un délire empirique reste lié, parfois avec peine, au monde intersubjectif: les patients oscillent entre la volonté de convaincre, de prouver empiriquement la validité de l'illusion et la volonté de cacher son expérience délirante aux autres . Mais ces deux situations, thématiquement opposées, partagent réellement un caractère crucial: « *les deux sont définis par rapport aux autres* »(12). Si le délire « *empirique* » peut conduire à une solitude, celle-ci est secondaire et liée à l'évolution délirante chronique, aux états délirants récurrents ou à des difficultés sociales. Au contraire, les délires autistico-solipsistes semblent difficilement partageables voir communicables et souvent les patients doivent avoir recours à des métaphores, illustrant ainsi la difficulté à partager ces transformations profondes de l'expérience du monde. Mme P., à notre demande, nous a décrit à plusieurs reprises le contenu de son délire et a pu étayer ses propos par des dessins métaphoriques illustrant son monde des machines. Mais si elle essayait de nous en donner une description, elle ne semblait pas vouloir nous en convaincre. Ainsi, sous certains aspects, « *la recherche d'une validité intersubjective ne semble tout*

simplement pas pertinente »(12) car « *il existe un aspect éminemment solipsiste de leur monde* »(58).

1) d. *Qui délire.*

Dans notre situation clinique, Mme P. sait « *qu'elle n'est plus elle-même* ». Elle le sait, elle le vit au quotidien. Mme P. souffre de ce que l'on peut appeler en sémiologie psychiatrique d'automatisme mental, décrit initialement par Clérambault (5): certaines pensées sont perçues comme étrangères, l'envahissent d'une manière qui semble échapper totalement à sa volonté, avec des commentaires sur ses actes et paroles; ces phénomènes s'associent à une construction délirante multi-sensorielle réalisant ainsi le grand automatisme mental : Mme P. est sous l'emprise de machines qui la transforment; elle n'a plus rien d'humain, change de forme, d'aspect en fonction du temps. Parfois « ces créatures » la fabriquent et la déconstruisent ensuite, devenant elle-même alors une machine. Elle le ressent intérieurement ; les parties de son visage se déplacent de jour en jour, les traits ne sont plus à leur place, même sa peau se modifie, avec de l'électricité parcourant son corps. Ses phénomènes sont étroitement intriqués avec un sentiment de perte de sens de soi-même, très présent chez Mme P.

Alors que dans certains délires « *la menace réside dans l'espace extérieur, préservant le sens de soi dans ses aspects les plus fondamentaux* » (88), comme le souligne Kimura (89) dans le délire de Mme P., la menace semble être plus intérieure, avec une altération marquée et profonde du sens de soi.

Ceci semble en contradiction avec cette subjectivité délirante « constituante » précédemment décrite.

Dans les paradoxes du délire, L. A. Sass met en avant l'ambiguïté de cette présence délirante dans le sens qu'elle « *évacue toute sa subjectivité au profit d'autrui, ou bien assumant elle-même toute subjectivité possible dans son monde, elle accapare celle qui reviendrait à autrui* » (35). H. Grivois nous pose la question : « *ont-ils encore un être en tant que sujet de leurs actes et de leurs pensées ou en sont-ils complètement dépossédés par le premier venu ?* » (90).

Il semble que le délirant oscille entre les deux tendances : celle d'une subjectivité toute puissante et celle d'un assujettissement.

En effet, dans l'expérience quotidienne, la présence humaine est fondamentalement liée

au monde et aux autres, et à l'issue de ce lien fondamental, l'expérience prend forme ; pour le délirant, comme nous l'avons vu précédemment, ce rapport primordial semble ainsi troublé, et « détachée » la conscience délirante semble ainsi alterner entre une conscience constituante et une conscience subissante, soumise au monde et aux autres.

Mme P. est parfois un "soi comme tout", centre de l'univers, la personne vers qui toutes les machines convergent, ou bien un "soi comme rien", c'est-à-dire comme un simple pion sous l'influence de l'autre. Cette oscillation est celle du solipsiste : soit la centralité, le je se perd dans l'observation de la chose, il est le Tout, soit il se centre sur sa propre expérience, sa centralité se réduit à la réalité, à un point inconnu, aveugle, qui, devrait accepter l'existence d'une extériorité.

Et comme le souligne Sass (71), le paradoxe du délire réside dans le fait que l'univers est ressenti comme relevant de soi alors que la possibilité existe qu'il n'y ait pas de soi. Dans ce contexte de transformation de l'expérience, la signification de la subjectivité ne possède pas sa signification habituelle, et il apparaît dès lors possible d'expérimenter sa propre expérience comme appartenant d'une autre manière à un autre être, c'est-à-dire subjectif et étranger en même temps.

1) e. Le réseau du mode par défaut.

Cette vision « *autistico solipsiste* » du délire pourrait être en lien avec les particularités du « *default mode network* » ou dans sa traduction « réseau du mode par défaut » mis en évidence chez les patients schizophrènes dans plusieurs études (91)(92)(93)(94). Le premier auteur à s'être intéressé à l'activité de notre cerveau quand celui-ci n'est pas engagé dans une activité cognitive dirigée vers un but est Marcus Raichle (95). Ce réseau est constitué de la coalition de régions fronto-pariétales, fortement connectées fonctionnellement au repos par une oscillation à basse fréquence. Comme Whitfield-Gabrieli et Ford l'ont dit, le « *réseau en mode par défaut, dans le cerveau sain est associé à une pensée indépendante de stimulus et à une réflexion personnelle* »(92). Ce réseau a été retrouvé ainsi associé à des activités mentales d'introspection, de référence à soi (96), mais également à la capacité de se situer en tant qu'individu dans le temps via les souvenirs ou par anticipation, autrement dit, associé au « voyage mental ». Les récits ou les fragments narratifs produits par ces déplacements mentaux se caractérisent par « *une adéquation subjective plutôt que par la vérité, l'exactitude, l'acceptabilité publique ou la vérification* »(93). Par « *adéquation subjective* », l'histoire ou le fragment narratif

est en lien avec le monde en propre du sujet, et non à la norme publique. Ce réseau se désengage par ailleurs lorsque le sujet réalise une tâche cognitive et lorsqu'il est focalisé sur le monde extérieur. Dans la schizophrénie, Whitfield-Gabrielli et al. (94) ont noté que ces réseaux étaient «*hyperactifs et hyperconnectés*» et qu'ils persistaient malgré la réalisation d'une tâche. Ces résultats suggèrent un engagement réduit par rapport au monde extérieur et un mode de pensée qui pourrait privilégier des connaissances détachées des connaissances pragmatiques (93), autrement dit un mode de pensée «*solipsiste*».

2) Des créatures jusqu'à nous.

La présence délirante semble être une présence perturbée, au sens d'une réduction de ses possibilités d'existence, devant des rapports à soi, aux autres et au monde qui paraissent figés, rigidifiés sous les contraintes délirantes.

Et comme le souligne la notion de présence humaine qui fondamentalement est un «*être-avec*» : «*le patient souffre peut-être moins de ne pas pouvoir dire je que d'être devenu du fait de sa maladie incapable de dire authentiquement tu* » (88).

Avec ces créatures et nos symptômes, il ne semble plus y avoir d'espace commun entre nous, c'est un vide, un vide mécanique, qui nous laisse seuls.

Dans cette perspective, la psychiatrie peut être entendue «*comme une science des rencontres manquées* » (97). Mais si le délire peut paraître «*incorrigible par essence* », il ne l'est peut-être pas définitivement et une rencontre reste possible, même lorsque le patient continue à avoir une symptomatologie délirante. Comprendre le délire en tant qu'une autre manière de faire l'expérience du monde, des autres et de soi-même, autrement dit comme l'expérience d'une autre réalité, nous amène à ne plus mettre en avant au cours de notre pratique, l'incohérence de leurs propos vis à vis de la réalité commune et nous incite à envisager une autre manière d'aborder les patients. Comme le souligne J. Naudin et al. (85), «*ne devons-nous pas concevoir autrement la question de la subjectivité délirante qu'en l'enfermant a priori dans la tête du délirant ?* »

Des ponts entre nos deux réalités ne peuvent-ils pas se former ?

Et même si le monde délirant est «*son monde* », «*il reste toujours d'une certaine manière et à certains moments, enlacé au nôtre*»(38). La possibilité d'une rencontre reste présente et il est nécessaire que chacun convienne «*des représentations de l'autre, à la fois dans leur altérité mais aussi dans leur similitude profonde*»(98). Dans ce paragraphe,

il s'agira de s'interroger dans un premier temps sur le statut de la réalité que le délirant accorde à son délire. La notion de « *double book keeping* » nous amènera dans un second temps à la « *théorie des réalités multiples* », qui nous ouvre la possibilité de partager nos différentes réalités.

2) a. *Le statut de la réalité délirante.*

Quel statut de réalité Mme P. accorde à ces idées délirantes ?

Dans son monde délirant, « *ses filles qui ne sont plus ses filles* » sont des créatures issues de la machine incarnée par le soleil, qui ne cessent d'être modifiées. Pour autant, Mme P. dans le quotidien de l'hospitalisation reçoit des visites de celles-ci, parfois même part en permission avec elles, et présente des relations « mère-filles » qui semblent ordinaires, souvent teintées d'inquiétude quant à leurs situations, leur bien être, le déroulement de leur vie...etc. Tout se passe comme si ses idées délirantes entraînaient finalement peu de conséquence et de changement dans son comportement.

Comme le souligne K. Jaspers cité par E. Pienkos et L. A. Sass (60) : « *Nous devrions examiner ce que c'est en fait l'incorrigibilité. ... La réalité pour [le patient] n'a pas toujours la même signification que celle de la réalité normale. ... Par conséquent, l'attitude du patient envers le contenu de son illusion est parfois inconséquente* ». Si le délire était vécu sur le même plan que la réalité ordinaire, Mme P. ne pourrait pas agir avec ses filles comme tel. Plusieurs mondes semblent ainsi se chevaucher et notre patiente ne semble pas avoir perdu toutes les évidences du monde.

C'est ce que suggère la notion de « *double-book-keeping* » proposée par E. Bleuler et reprise par L. A. Sass (99) où le patient éprouve la réalité délirante comme existante dans un domaine ontologique différent de celui de la réalité quotidienne. Ainsi, de nombreux patients adoptent ce qu'on pourrait appeler, une double orientation, qui se réfère à la capacité de vivre simultanément dans deux mondes différents, à savoir le monde social et un monde privé délirant (100).

En effet, bien que notre patiente considère le monde des machines comme une révélation, elle semble éprouver la réalité délirante comme existant dans un autre domaine que celui de la réalité quotidienne. Les idées délirantes sont souvent décrites de manière à leur donner un caractère de réalité pour soi, issues de sa propre subjectivité et ne semblent pas se situer dans un monde empirique.

Elle nous en parle comme une réalité parallèle, sachant par avance que son monde, par

essence solipsiste, ne s'inscrit pas dans notre quotidien : « *vous, vous vivez dans votre monde, vous vous levez, vous allez travailler, vous faites les courses (...) pour vous, il n'y a pas de créatures et vous allez dire que je suis délirante* ».

Cette notion de « *double-book-keeping* » nous aide à cerner comment la réalité délirante et la réalité quotidienne peuvent exister en parallèle voir se superposer : les deux « croyances » peuvent exister simultanément et une même situation peut être vécue sur plusieurs plans différents.

Ce qui semble suspendu ici c'est la vision « *à sens unique* » du monde (99).

Cette approche nous invite à considérer le délire non pas en tant que « *fausse croyance sur une réalité objective* » mais comme l'expression d'une autre réalité.

2) b. La théorie des réalités multiples : une rencontre possible.

Cette notion de « *double-book-keeping* » amène l'idée d'une certaine flexibilité dans le délire qui peut par moment tolérer une autre forme de réalité que lui-même, issu d'un autre plan.

Cette approche peut être complétée par le modèle de la « *théorie des réalités multiples* » développé par A. Schütz à la suite de W. James(101) et repris par J. Naudin (85).

Selon W. James cité par A. Schutz, l'origine de toute réalité se trouve dans notre subjectivité, « *c'est nous-mêmes* » (101). Conséquemment, il existe plusieurs, probablement un nombre infini d'ordres de réalité, chacun possédant son style d'existence spécifique et indépendamment propre : « *chaque monde, pendant qu'on s'en occupe, est réel à sa propre façon, et toute relation avec notre esprit qui a lieu en l'absence d'une relation plus forte à laquelle il se heurterait, suffit à rendre un objet réel* »(101).

Suivant cette théorie, la réalité de la vie quotidienne n'est pas la seule réalité possible.

Ainsi, lorsque Mme P. sent que « *les créatures lui insèrent des choses, des images, de l'électricité, des voix, des machines, des ordinateurs* » et « *qu'elles la changent sans cesse* », Mme P. sort au moins pour un temps de la réalité de la vie quotidienne, telle qu'elle est partagée avec les autres dans un monde commun, et entre dans une autre réalité. Ainsi, plusieurs réalités peuvent être décrites dans l'existence de Mme P. : la réalité de la vie quotidienne, centrée sur sa famille dont elle s'occupe depuis longtemps, et une réalité délirante basée sur la croyance inflexible que le monde est instable, sans passé ni fondement. Pour autant, si la réalité de la vie quotidienne n'est pas la seule réalité

possible, c'est celle à laquelle « *nous revenons sans cesse pour partager un monde en commun* »(34). Le danger pour Mme P. est alors de s'enfermer dans cette réalité délirante et de ne plus savoir distinguer ce qui est de l'ordre de la réalité délirante ou de la réalité « primordiale » (79).

Prenant l'exemple de Don Quichotte et Sancho Panza, J. Naudin (85), à la suite de A. Schütz (101), nous offre un modèle de relation thérapeutique et nous montre « *comment un compagnonnage est chose possible entre deux personnes qui ne partagent pas le même sens de la réalité mais sont amenées au fil du temps à se fréquenter et revenir ensemble au sens commun* ». En plus de la réalité délirante de Mme P. et de la réalité du monde commun, s'ajoute à notre situation clinique, comme le propose J. Naudin, des réalités propres au statut du psychiatre : la réalité délirante peut être alors aussi décrite en tant que « *réalité clinique, dans laquelle se donnent à voir des symptômes médicaux, lesquels ouvrent aussi à une réalité scientifique dans laquelle ces signes peuvent être rattachés à un traitement et des preuves expérimentales* ». Le risque pour le patient comme pour le psychiatre est de s'enfermer dans une seule de ces réalités et de perdre la possibilité de s'ouvrir à l'autre.

Ces différents niveaux de réalité nous invitent alors à « *tenter d'articuler ces réalités multiples entre elles, afin de créer un espace de rencontre pouvant englober les réalités de chacun et leur permettre de se croiser dans une réalité élargie* »(85).

Ainsi « *un même comportement peut être analysés sous des sens bien différents et faire l'objet de compromis lorsque ces sens ne sont pas trop contradictoires (...) et là où se manifeste de l'étrangeté, il s'agit de créer une métaphore afin d'injecter un peu de familiarité faisant un pont entre la réalité délirante et la réalité de la vie quotidienne* »(79).

C'est en quelque sorte ce que nous avons tenté de faire avec Mme P, en tournant autour d'un même objet : « le mur à l'horizon », qui, chez notre patiente, s'inscrivait dans un monde apocalyptique gouverné par les machines, peut avoir servi de pont entre nos deux réalités. Ce mur, nous l'avons partagé, ne le rejetant plus sous la forme d'un symptôme mais comme une réalité intermédiaire : nous nous le sommes en quelque sorte appropriés pour y immiscer nos propres doutes quant à l'après.

Et à travers ce mur qui initialement semblait nous séparer, nous avons pu nous y interroger ensemble et par là même, peut-être, créer une fissure entre son monde et le nôtre.

2) c. Une co-présence.

La manière d'aborder nos patients peut se faire tout d'abord en nous laissant imprégner de l'impression que nous fait le patient, de « *cet éprouvé de l'autre en moi* » (102). Ces premières « impressions » peuvent être utiles à notre prise en charge psychiatrique, que ce soit pour le diagnostic ou lorsqu' il s'agit de repérer des subtils changements dans l'état clinique de nos patients.

Dans l'appréciation des faits ou des signes objectifs existe toujours en arrière-plan une appréhension globale et intuitive de l'essence, par exemple dans l'impression générale que nous fait le patient. « *L'expérience psychiatrique est toujours un mixte d'expérience d'essence et d'expérience empirique* » (102). Et si le diagnostic psychiatrique peut reposer sur un ensemble de symptômes, un relevé objectif qui se veut neutre, d'autres aspects peuvent y concourir, tels que les impressions, autrement dit le vécu subjectif, qui se dégage d'une rencontre avec un patient. C'est ce que désigne le « *diagnostic atmosphérique* » ou encore « *le diagnostic par pénétration* » décrit par Minkowski dans son œuvre *le Temps vécu* (103). L'attitude phénoménologique laisse une place à l'éprouvé, « *à l'éprouvé de l'autre en moi* » (102) lors de la rencontre clinique. Cet éprouvé de l'autre en moi se base sur « *une ouverture pathique à autrui, sur un ressenti de la situation de rencontre* »(102). Ce qui est saisi n'apparaît plus uniquement comme un ensemble de données objectives mais comme situé « *dans le sentir, pour saisir l'être dans sa globalité* », sa présence. C'est ainsi que l'on pouvait, en entrant dans la chambre de Mme P., sentir le changement. Tel le vécu précoce, ou diagnostic par pénétration, on pouvait dès lors percevoir une toute autre manière d'être. Que persistent les symptômes, les idées délirantes, Mme P. nous regardait différemment, remplissait l'espace et le temps différemment...en les partageant avec nous.

Si nous en revenons à la symptomatologie clinique stricte : dans cette chambre, ce jour-là, Mme P. présentait encore une symptomatologie délirante, mais une ouverture à soi, au monde et à autrui semblait de nouveau possible.

Par son histoire passée ainsi partagée, Mme P. a peu à peu retrouvé le sentiment d'appartenance à elle-même, comme si elle se réappropriait ses souvenirs. Le monde n'était plus un artefact créé de toute pièce par des créatures, la possibilité d'exister parmi des choses et des personnes porteuses de sens s'insinuait entre les interstices de la mécanique délirante. Alors que la présence de Mme P. était restée des mois dans « *une*

identité syncopée entre le temps présent et le temps du devenir » (98), cette présence même suspendue possédait en elle-même « *la promesse du retour dans le champ de la quotidienneté* »(98).

Et c'est de cette promesse que nous nous sommes saisis.

Au cours de cette partie, le délire schizophrénique nous est apparu comme l'expression d'une expérience particulière que nous faisons du monde, des autres et de soi-même. Reconnaître cette forme de subjectivité, c'est aussi reconnaître la présence d'un sujet et d'une existence. Dès lors, il s'agit de restituer à nos patients leur pouvoir d'agir, de décider et de vivre en propre.

Dans notre dernière partie du travail, il sera donc question de dépasser le statut de « délirant » et/ou de « maladie chronique » afin d'accompagner les patients vers le processus de rétablissement.

III) Au-delà du délire : vers le rétablissement.

La première définition consensuelle de la rémission appliquée à la schizophrénie apparaît en 2005. Il s'agit d'un « *état dans lequel les patients expérimentent l'amélioration d'un ensemble de signes et de symptômes pendant une période d'au moins six mois. De même, aucune manifestation pathologique n'interfère significativement avec le comportement et est inférieure au seuil typiquement utilisé pour justifier initialement le diagnostic de schizophrénie* » (104). La rémission symptomatique ainsi proposée par Andreasen et al (104) est évaluée à partir de l'échelle PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)(105) dont le score faible, minime, ou nul doit être observé sur huit items correspondant aux différentes dimensions cliniques de la schizophrénie.

Ce concept de rémission s'appuie sur des études longitudinales (106)(107)(108)(109)(110), menées dès les années 1970, du devenir à long terme des schizophrènes, qui viennent contredire le préjugé, remontant à Kraepelin, d'une évolution inéluctable de la maladie vers la détérioration.

Si nous en revenons à notre situation clinique, Mme P. a présenté une amélioration symptomatique franche sur une période de plus de six mois sans toutefois remplir les critères cliniques de rémission proposés par l'étude d'Andreasen et al (104). C'est en particulier l'intensité des symptômes dits « négatifs », tel que le repli social, l'émoussement émotionnel et la spontanéité dans les échanges, ainsi que quelques idées délirantes résiduelles, qui n'a pas permis de considérer Mme P. en « rémission ». Si on en reste à cette notion de rémission symptomatique, Mme P. risque de rester enfermée dans la maladie, cette maladie dite « chronique », appelée autrefois « démence précoce » par Kraepelin (35) . N'a-t-on alors que le choix entre rémission ou évolution déficitaire ? Il s'agit ici de lutter contre notre tendance à se résoudre à ce que la maladie et nos patients soient une seule et unique chose, à ne plus y voir rien d'autre que « des psychotiques chroniques », dont la parole tombe dans l'oubli.

Mme P., délirante ou déficitaire conserve une existence et une parole, à qui veut bien la voir et l'écouter : c'est ce qu'entreprend le processus de rétablissement expérientiel.

A) Le rétablissement expérientiel.

1. Rémission symptomatique, rémission fonctionnelle et rétablissement expérientiel.

A travers l'expérience délirante, la schizophrénie nous est apparue comme une maladie qui touche l'existence de la personne dans son intégralité aussi bien au niveau médical que social et identitaire.

Cela nous invite à dépasser l'approche strictement médicale de la schizophrénie pour nous tourner vers une prise en charge globale du sujet.

Le modèle de réhabilitation psychosociale est l'une des voies prometteuses quant au devenir des patients. Ce modèle tend à favoriser le rôle actif du patient dans sa réinsertion socio-professionnelle ainsi que dans son projet de soin. Ici, la rémission des symptômes n'est plus le seul objectif thérapeutique, l'amélioration du fonctionnement de la personne devient l'un des enjeux. Lieberman et al (111) ont ainsi proposé d'élargir la notion de rémission symptomatique en définissant trois axes : un axe psychopathologique avec une rémission symptomatique, établie avec un score égal ou inférieur à 4 dans chacun des items relatifs aux symptômes positifs et négatifs de l'échelle BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) ; un axe fonctionnel avec des critères socio-professionnels (autonomie, relations sociales et familiales) et un axe temporel selon lequel les critères précédents doivent être remplis pendant au moins deux années consécutives. Cette approche propose un devenir favorable des malades par rapport à des critères objectivables de stabilisation de la maladie mais aussi de réinsertion professionnelle, « *rapprochant le patient de son état antérieur à l'apparition de la maladie* » (4).

Ce concept a suscité beaucoup d'espoir auprès des patients et des soignants, et nous incite à changer de regard sur la schizophrénie avec des études montrant que près de 25 % des patients remplissent les critères de rémission symptomatique et fonctionnelle sur une durée suffisante (112). Si les composantes symptomatique et fonctionnelle semblent liées, les rapports entre ces deux évolutions reste à interroger avec notamment des études (113) (114) (115) qui laissent apparaître que l'approche uniquement quantitative des troubles (comme la symptomatologie et les déficits cognitifs) n'explique

pas complètement les difficultés de réinsertion des personnes ni la qualité de leur fonctionnement (116) (117).

Selon B. Pachoud (3), ce constat implique de prendre en compte d'autres paramètres, parmi lesquels des composantes très subjectives (motivation, espoir, auto-détermination, définition identitaire..) qui peuvent être liées à la réinsertion.

De la même manière, la notion de bien-être en santé mentale des patients doit-elle uniquement être évaluée par une hétéro-évaluation par des critères externes ?

Ne doit-elle pas prendre en compte les dimensions subjectives du patient ?

De plus, les variables objectives (diminution ou disparation des symptômes, accès à l'emploi..) ne sont pas forcément associées à un sentiment de rétablissement au niveau subjectif (2)(118)(119) (120)(117). Ainsi, l'évolution propre de la personne ne paraît plus uniquement déterminée par des paramètres médicaux voire fonctionnels mais également sur des aspects très personnels. Par ailleurs, cela nous invite à considérer « *l'amélioration des habiletés psychosociales au service d'un processus allant au-delà de la réinsertion sociale, qui tend à favoriser le rétablissement individuel des patients* »(3).

Reconnaître cette disjonction entre rémission symptomatique, rémission fonctionnelle et les vécus subjectifs des patients conduit à reconnaître, à côté de la stratégie médicale et de l'amélioration des habiletés psychosociales, la nécessité de recourir à une stratégie complémentaire visant la réalisation de la personne, autrement dit, le rétablissement expérientiel (3).

2. Vers un nouveau concept.

« *L'humain est avant tout un -nous pouvons- et un -je peux-* »(34).

Le concept de rétablissement expérientiel est intimement lié à l'histoire de la psychiatrie, dont nous proposons d'en faire un rappel succinct.

A partir de 1950, sous l'impulsion de la découverte des traitements neuroleptiques, s'amorça le processus de désinstitutionalisation, prônant une diminution du recours à l'hospitalisation au bénéfice du développement de structures de soins ambulatoires : ce mouvement de désinstitutionalisation a engendré une préoccupation accrue pour la réinsertion des malades dans la société.

Parallèlement à cette réorganisation du système de soins psychiatriques, le statut des personnes vivant avec des troubles psychiques se transforme notamment grâce au

courant de l'antipsychiatrie porté entre autres par Laing et Cooper en Angleterre, Basaglia en Italie, Foucault et Oury en France, mais également grâce à l'approche communautaire, née aux Etats Unis et menée notamment par L. Davidson actuellement. Poursuivant cette voie, le mouvement des usagers, particulièrement puissant aux Etats Unis, constitué en majeure partie d'anciens patients, a défendu l'idée qu'il est possible de « s'en sortir » avec une schizophrénie et de continuer à jouer un rôle dans la société, y compris dans leur propre soin, comme en témoigne leur mot d'ordre « *Nothing about us without us* ».

Enfin, des textes de loi sont venus renforcer les droits des patients et leur place en tant qu'acteurs principaux de leur prise en charge. Citons en France la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients (121) et la loi du 11 février 2005 visant la reconnaissance d'un handicap psychique, l'égalité et la participation à la citoyenneté (122). Ces mouvements des usagers constituent « *une prise de position en faveur de l'humain et du social impliquant la reconnaissance du pouvoir propre de la personne* »(34) et faisant ainsi émerger le concept de rétablissement : c'est en effet « *l'expérience vécue du rétablissement* » telle qu'elle est rapportée dans des témoignages de patients, qui atteste de la possibilité de se rétablir et s'efforce d'en dégager les ressorts (3). La définition donnée par Anthony, un usager, est l'une des plus explicites : « *Le rétablissement est décrit comme un processus profondément personnel et singulier : c'est une transformation (...). Une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir malgré une maladie nous limitant. Le développement d'un nouveau sens et de nouveaux buts à la vie au-delà de la catastrophe qu'est la maladie mentale* »(123).

Pour le définir, quelques repères ont été individualisés : le rétablissement est fondamentalement une démarche personnelle, qui n'implique pas un retour à l'état antérieur à la maladie et qui nécessite de sortir d'un point de vue strictement médical.

Ainsi, B. Pachoud nous invite à privilégier pour la traduction française de *recovery* la forme verbale « se rétablir » : « *un verbe d'action réfléchi, suggérant une action sur soi, une action impliquant un rapport à soi, contrairement au verbe guérir, de connotation plus passive* »(3). Ainsi, le concept de rétablissement désigne un cheminement personnel de la personne pour se réapproprier sa vie. Il est défini comme un processus actif et personnel, fondé sur l'expérience subjective de la personne vivant avec un trouble psychique.

« *Et si la maladie nous couche, se rétablir c'est se remettre debout, retrouver un équilibre* » (118), sans forcément retrouver le même qu'antérieurement.

Ce processus de rétablissement peut se déployer malgré la persistance des symptômes, tel que nous le donne à penser certaines études (2)(124). Comme le précise Deegan « *le rétablissement se réfère à l'expérience vécue de personnes en ce qu'elles acceptent et dépassent le challenge de l'incapacité* »(104).

Il ne caractérise pas la maladie « *mais le devenir de la personne* » (3). Ce devenir n'est plus déterminé uniquement par des paramètres médicaux voir fonctionnels et nécessite l'adoption d'une perspective plus proche des vécus subjectifs des patients. « *Ni déni, ni désintérêt pour la maladie, c'est au contraire une prise de conscience de la maladie et de ses conséquences, et, sur cette base, une forme de prise de distance à leur égard au profit d'une focalisation sur des objectifs personnels et le souci de son propre devenir* »(3). Il s'agit de sortir de la « maladie mentale », sans pour autant que la maladie ait complètement disparu : redéfinir sa présence dans le monde et advenir à soi avec ou sans symptôme. Cette distinction met en avant que les souffrances et le handicap liés à une maladie mentale ne sont pas uniquement imputables à la présence ou non de symptômes mais à une difficulté à se réapproprier son existence.

Cela nous demande de ne plus rester focalisés sur les troubles que présentent nos patients et leur guérison, mais de déplacer notre attention sur ce qui n'est pas malade, quelle que soit l'intensité de la maladie.

3. Aspects du rétablissement et modèle dynamique de compréhension.

1) Aspects du rétablissement.

Il s'agit de ne pas laisser le malade à son « déficit » et d'accorder une place centrale à l'expérience subjective de la personne touchée par une pathologie psychiatrique. L'approche expérientielle du rétablissement s'est nourrie de témoignages de patients et offre une place centrale au sujet dans le processus de rétablissement, comme on peut le voir dans les études de L. Davidson, s'inspirant d'une démarche phénoménologique, basées sur le recueil d'expériences subjectives des patients, appelées « savoirs expérientiels » (2) : pour cet auteur, l'étude du rétablissement passe par le récit du patient, avec dans un premier temps un recueil d'expériences quotidiennes et dans un second temps la compréhension du sens de ses expériences. Pour L. Davidson, cela

nécessite « *la mise entre parenthèse de toute notion de causalité, l'abandon de toute théorie et de toute logique motivationnelle* »(88) ; il s'agit de rester sur l'expérience « *intersubjective* » entre le patient et le psychiatre. Les « savoirs expérientiels » sont ainsi de plus en plus pris en compte dans notre pratique quotidienne et dans les études de recherche clinique (117)(126)(120).

Ainsi, à partir des récits des patients, le processus de rétablissement possède une dimension fondamentalement personnelle. Mais si il est différent pour chaque personne, on retrouve cependant plusieurs aspects communs dans les récits des personnes qui se disent rétablis de la schizophrénie (2)(117). Parmi les principales « composantes » de l'expérience, nous évoquerons d'abord l'acceptation de la maladie et l'espoir, en particulier dans la croyance que le rétablissement est possible en dépassant la stigmatisation liée à la maladie mentale. « *L'espoir témoigne de ce changement de regard de la personne – et éventuellement de son entourage – sur son devenir, pour lequel des perspectives positives sont réouvertes* » (3) mais il s'avère aussi être la condition pour s'engager dans cette voie. La restauration du pouvoir de décider et d'agir (*empowerment*) conditionne aussi le rétablissement, en restaurant un sentiment de contrôle sur sa vie et donc de responsabilité. « *L'empowerment apparaît à la fois comme ce qui est visé, comme l'expression même du rétablissement, mais aussi comme le moyen ou le ressort de la démarche* »(3). Actuellement, on considère que l'empowerment se produit à trois niveaux : au niveau individuel, au niveau des services de soin et au niveau sociétal. Enfin, la redéfinition d'une identité, hors de la condition de malade, est une dimension majeure du processus de rétablissement. Le rétablissement suppose « *un processus de redéfinition de soi* »(118), un recentrage sur des enjeux existentiels en se réengageant dans la constitution de sa propre existence, au-delà de la maladie, de telle sorte que la personne ne soit plus centrée sur la maladie, ou déterminée par elle. Cette question de l'identité est centrale dans les modèles du processus de rétablissement qui mettent en lumière les jalons d'une redéfinition de soi.

2) Le rétablissement : un processus dynamique.

En se basant sur l'expérience de ces patients, certains auteurs ont proposé des modèles dynamiques de compréhension psychologique du processus de rétablissement en essayant d'en extraire les différentes étapes. Plusieurs modèles actuels tendent à nous offrir un cadre de compréhension des mécanismes en jeu. Parmi ceux-ci, celui d'Andreasen (127) et de M. Koenig (118).

Dans ce dernier modèle, différentes étapes ont pu être décrites d'après les vécus expérientiels des patients recueillis au cours d'entretiens, au sein desquels l'histoire des troubles, leurs vécus actuels, l'expérience de leur évolution favorable et la représentation de soi ont été explorés (118). Ce modèle, rapporté dans le livre de M. Koenig (118), vient redéfinir différentes étapes, qui s'inscrivent dans une continuité dynamique et non linéaire, des processus identifiés ne s'excluant pas mutuellement, voir qui se superposent avec différentes intensités.

Trois étapes ont pu être décrites : « *du déni à la conscience du trouble* », « *de la conscience du trouble à son acceptation* », pour évoluer « *vers la reconnaissance de soi* ». Nous aborderons succinctement ces différentes étapes qui peuvent nous éclairer sur le vécu de nos patients, et notamment en les rapprochant de ce que Mme P. a pu en raconter.

La première phase correspondrait à une « *phase de conscience du trouble et de rupture du sentiment de continuité de soi* ». La maladie et ses conséquences seraient rejetées, avec une volonté de retrouver un fonctionnement pré morbide, « *seul repère identitaire acceptable* » (118), tel que peut nous l'exprimer Mme P. : « *Avant je savais tout faire, le ménage la cuisine, les courses...Je veux enlever toute la maladie, ne plus en parler...* ». Mme P. à ces moments-là avait tendance à vouloir reprendre sa vie d'avant « *comme avant* »...au risque de s'épuiser et de renoncer : « *ce fonctionnement peut entretenir une souffrance résultant de l'écart entre cet idéal type et un sentiment de diminution personnelle* »(118).

La deuxième étape consisterait en « *une lutte contre le trouble et une réappropriation de soi* ». Le patient séparerait la maladie de sa personne « *favorisant une reconnexion du sentiment d'existence en tant que personne* » (118). Les patients récupéreraient « *un pouvoir d'agir* », à travers le registre d'une lutte contre les symptômes. Cette lutte, notre patiente nous en parle : « *J'ai repris ma coiffure d'avant, car maintenant quand la voix me dit que je ne vais pas vivre, je n'y crois plus* », « *Maintenant, on ne peut plus me changer,*

c'est moi, c'est moi, la créature dit, mais je ferme la porte ». Mais la lutte si elle apporte « un pouvoir d'agir » ne peut juguler les impacts existentiels de la maladie souligne M. Koenig. Il s'agira alors de favoriser la « *lutte contre les symptômes pour mieux vivre avec la schizophrénie* ».

Dans la troisième et dernière étape, la personne « *accepterait le trouble et se verrait transformée sur le plan identitaire* » (68). Cette dernière étape s'appuie sur l'expérience vécue du trouble au travers du récit qu'ils en font, qui leur permettraient « *d'en extraire un sens dans leur construction identitaire* » ; d'ailleurs ce sens est recherché par Mme P. qui parfois semble en donner une explication pour elle-même : « *les machines sont venues transformer cet être qui souffrait pour rien* ». Les expériences du trouble sont ici comprises « *comme faisant partie intégrante de la trajectoire évolutive et du développement de soi* » (118). La maladie ici « *représente moins une menace extérieure contre laquelle il faut lutter, qu'une part de l'identité du sujet* » et « *l'expérience du trouble ouvre à la connaissance de leurs aspirations personnelles, à la compréhension des souffrances intimes et à leur acceptation* » (118). Ainsi, « *les sujets se tournent vers l'avenir, tout en vivant mieux le présent* » (118).

En quelque sorte, lorsque le sujet se rétablit, il peut inclure en lui le trouble pour envisager un passé, un présent et un avenir. Les sujets en rétablissement se vivent comme ayant une histoire riche et le pouvoir d'influencer leur devenir. Ce modèle, comme un grand nombre de travaux sur le rétablissement, met en avant le rôle de la redéfinition identitaire dans le processus du rétablissement, qui est « *une redéfinition d'un sens de soi temporel, continu et complexe* » (118). Ce processus complexe implique des changements dans la manière de se sentir sujet de sa vie et porteur de sens dans le monde (128). A travers ce modèle, la redéfinition identitaire, comme le rétablissement, appelle d'une part à (re)définir son existence et soi-même en s'appropriant les différentes facettes de sa vie (dont la maladie) et d'autre part à s'engager activement dans son existence (en l'occurrence ici de ne plus être déterminé par la maladie). Si ce processus de rétablissement prend son essence dans une redéfinition du sens de soi chez nos patients, il s'agirait à présent de s'interroger sur ce que signifie ce « *soi temporel, continu et complexe* » et sur ce que vient toucher la maladie : qu'est ce qui doit ainsi se rétablir dans l'identité, la présence de Mme P. ?

B) Le rétablissement identitaire.

1. La présence, sa continuité et sa mise en intrigue.

L'identité ou encore la présence n'apparaît pas comme une chose figée, mais comme quelque chose qui se définit par l'existence, se transforme au cours du temps, de la vie, comme « *un être temporel* » (10) au sens Heideggérien du terme.

Cette notion de présence, loin de réifier l'identité, apporte une ouverture vers d'autres possibles, notamment en insistant sur la temporalité de toute vie humaine. Le terme de présence qui, dans son sens originaire de *prae sentia*, signifie se tenir à l'avant de soi-même, insiste sur la modalité d'être de l'homme, à savoir qu'il a en permanence à devenir soi-même. Ainsi, l'identité des patients, souvent considérée comme déficiente, prend avec cette notion un tout autre aspect, en soulignant notamment la dynamique de toute constitution identitaire et nous laisse entrevoir la possibilité d'une modification dans les rapports à soi, aux autres et au monde pour notre patiente.

M. Heidegger a par ailleurs défini la temporalité comme « *l'hors de soi originaire* » comme ce qui empêche l'existant de se figer dans une identité statique avec lui-même : « *L'existence temporelle de l'homme implique qu'il ne soit plus ce qu'il était et ne cesse en un sens, d'échapper à lui-même* » (129).

Dans *Soi-même comme un autre* (130), P. Ricoeur poursuit cette notion d'être temporel, d'identité sans cesse en mouvement, qui n'a de cesse d'unifier de multiples facettes de son existence pour pouvoir ensuite la remettre en intrigue. De manière plus précise, P. Ricoeur distingue tout d'abord deux pôles de l'identité humaine : la première est l'identité *Idem* qui renvoie « au quoi » de l'homme, à la mêmeté, à l'être de la « chose », à la permanence de traits constants (par exemple le sexe, l'âge...) ainsi qu'à notre caractère. Il désigne les rôles sociaux dans lesquels nous pouvons nous mouvoir et qui déterminent notre façon d'apparaître à autrui.

La deuxième est l'identité *Ipse* qui correspond « au qui » de l'homme et renvoie à une « promesse tenue », celle de « *la promesse que chacun se fait d'être fidèle à soi-même en dépit des changements, de nos opinions, de nos désirs et circonstances de notre vie* » tel que le reprend P. Bovet (131). C'est ce qui assure la continuité de chacun, la permanence de la subjectivité. C'est l'être de l'homme, ce « toujours là », « *même lorsque le reste aurait pu changer* » (132). Notre « Soi » est constamment remis en jeu à travers l'imprévisibilité de la vie, et c'est grâce à l'ipséité que nous pouvons le mettre en danger, « accueillir » les

nouvelles expériences sans craindre de se « perdre » (132). Il désigne le cadre, stable, de l'expérience humaine, toujours identique à lui-même (dans sa temporalité, sa spatialité.. etc) dans lequel le sujet se reconnaît. Et si l'ipséité demande une conscience préréflexive de soi-même, elle la dépasse en tant qu'identité dynamique, qui « *laisse advenir l'inconnu et l'inattendu, l'autre et l'ailleurs* »(132). Et pour qu'il y ait une identité proprement humaine, c'est à dire une permanence que l'homme puisse dire sienne, « *il doit être à tout moment à peine plus ce qu'il était jusque-là, soit son passé, et à peine moins que ce qu'il va être, comme Soi futur* » et « *Je dois être Autre sans pour autant se confondre avec autrui* » (86). Cette dialectique complexe entre permanence et changement est rendue possible selon P. Ricoeur par l'identité narrative (130). Entre ces deux pôles de notre soi se déploie l'identité narrative qui permet la mise en histoire de nous-même. La possibilité d'osciller entre l'ipséité et la mêmeté vient de la présence de cette identité narrative. Par sa fonction de « *synthèse de l'hétérogène* » l'identité narrative permet de vivre « *soi-même comme un autre* »(133). L'identité narrative assure le sentiment d'une existence continue, intégrant les changements incessants auxquelles nous sommes confrontés, en réactualisant sans cesse notre histoire de vie. Le soi narratif est en quelque sorte une représentation de soi étendue dans le temps, à l'échelle de sa vie, de son histoire. Pour reprendre les termes de P. Bovet (134) : le sujet met son histoire en intrigue comme un récit qui donne à cette histoire une unité; l'intrigue est ce qui permet le déroulement de sa propre existence. L'identité du soi est alors à assimiler à l'identité d'une histoire, la notion d'identité narrative illustrant un aspect essentiel de l'identité, dans la possibilité d'être raconté : « *c'est à l'échelle d'une vie entière que le soi cherche son identité* »(130). L'identité narrative est « *comme un montage auto interprétatif et cohérent de notre propre vie, ce n'est pas une histoire objective mais l'histoire que chacun raconte de sa propre vie* » (132). Pour W. Schapp (135), on advient à soi et on ne revient sur soi que dans une histoire, et comme une histoire: « *Par ces histoires nous rentrons en contact avec un soi, l'homme n'est pas l'homme en chair et en os; à sa place s'impose son histoire comme ce qu'il a de plus propre* ». Il ressort pour cet auteur, que l'être, « *notre être le plus propre ne se manifeste qu'à travers les histoires où il s'inscrit* »(132). Ainsi, par l'identité narrative, nous sommes amenés à tisser un sentiment de continuité en intégrant les multiples facettes de notre identité et à remettre sans cesse notre identité en mouvement en déployant les possibilités à venir.

2. La question de l'identité dans les troubles du spectre schizophrénique.

Les maladies psychiatriques, si elles peuvent être expliquées comme des maladies cérébrales, n'en sont pas moins des maladies de l'existence, et c'est bien le sens de la vie, de son identité, des questions donc de l'être humain en général, qui envahissent nos entretiens.

Nous avons réalisé plusieurs entretiens, tournés le plus possible sur les ressentis, les expériences de Mme P. pour tenter d'y voir autre chose qu'une « évolution déficitaire » ou que des « idées délirantes ».

Mme P. est ainsi revenue sur ses difficultés et sur ses ressources propres, décrites cette fois ci en première personne.

« Des fois, c'est comme si mes pensées venaient d'ailleurs... parfois, c'est comme si on avait pris mon âme et mis quelque chose à la place...Comment dire...comme si elles ne m'appartenaient pas ».

« Maintenant, on ne peut plus me changer...mais à présent je souffre avec mon propre je qui n'avance plus ».

« C'est comme si j'étais dans un livre, avec des chapitres différents qui se ferment et qui ne s'ouvrent plus ... Tout change tellement vite ».

« On a en nous ce qu'on est mais si on n'est pas ce que l'on est on souffre...comment dire...c'est pour ça que j'ai tellement souffert ».

« J'aurai voulu être comme vous (...) pour vous, y'a rien à penser, le monde est tout ça tout ça, vous, vous évoluez, mais pour vous y'a pas beaucoup de différence, vous changez mais par exemple sur les photos vous gardez toujours le même visage, tandis que moi je vois une petite, puis une autre personne, pas le même visage, pas la même personne ».

« Beaucoup de choses sont de nouveau possibles...le ménage, la cuisine...j'ai repris ma coiffure d'avant... pourtant j'ai l'impression que ma vie est finie ».

Ce que Mme P. a traversé, quelles qu'en soient les explications d'ordre neuro biologiques, n'en est pas moins une remise en question de sa présence en devenir.

Ce dont notre patiente nous parle, c'est d'une difficulté à se réapproprier son histoire, à se retrouver en propre dans son identité pour pouvoir ensuite remettre en intrigue celle-ci.

La maladie semble avoir amené un sentiment de discontinuité dans sa propre identité. Et à présent il lui est difficile de reprendre le cours, la dynamique de son existence. Ce

que notre patiente nous montre au fond, c'est la difficulté de tout homme: rester le même tout en devenant un autre.

Pour certains auteurs, tel que A. Tatossian (35), le problème des psychoses peut ainsi se comprendre en tant que trouble de la dialectique Ipse/Idem : suite à l'atténuation de son délire, Mme P. montrerait une difficulté à se dégager du prisme délirant et à s'engager dans un nouveau rôle, laissant ainsi « *une ipséité mise à nue* » (35). Il s'agit en effet de réussir à articuler les deux pôles de l'identité et pour ce faire, nous avons besoin d'un espace médiateur : l'identité narrative, qui permet de mettre du sens et de la continuité dans nos histoires de vie. Mme P. le dit : « *Le plus dur, c'est tous ses changements, il y a trop eu de changements pour me reconnaître* ».

De récentes études sont en faveur d'une altération de l'identité narrative dans les troubles du spectre schizophrénique (42)(136)(à noter toutefois que cette altération semble non spécifique aux troubles schizophréniques) et un lien entre la cohérence du récit personnel dans la schizophrénie et le pronostic évolutif a été évoqué (137).

Une altération du sentiment de continuité de soi à travers le temps (138) a été notamment retrouvée chez les patients ayant une difficulté à se projeter à la fois dans des situations futures possibles (139)(140) et à se reconnaître dans des événements passés mettant en jeu des souvenirs autobiographiques (J-M. Danion et al (141) ont mis ainsi en avant l'hypothèse d'une altération de la mémoire autobiographique épisodique consciente). Par exemple, les patients seraient en difficulté pour intégrer des expériences marquantes de leur vie au sein de leur identité et pour identifier comment ces expériences ont une influence sur eux-mêmes (142) (143). En tentant un rapprochement entre phénoménologie et sciences cognitives, S. Gallagher (144) suppose ainsi que quatre dimensions cognitives, permettant la formation d'une identité narrative, seraient diversement atteintes dans la schizophrénie : la capacité d'intégrer la dimension temporelle d'une information ; le sentiment basal de soi ; les capacités d'encodage et de récupération de la mémoire épisodique-autobiographique ; et enfin les capacités réflexives et métacognitives. Ces aspects font écho aux conceptions dialogiques du Soi amenées par les analyses littéraires de Dostoïeski par Bakhtin (145) dont Lysaker (128) développe une théorisation dans la schizophrénie. Dans cette optique, le soi est considéré comme une constellation de différentes facettes qui interagiraient entre elles. Il émet ainsi l'hypothèse d'une perturbation d'un dialogue « interne » entre ces différentes positions de Soi ; trois formes de dialogue « perturbé »

pourraient être identifiées (137) : le dialogue monologique présent dans la forme paranoïde du trouble où une facette de soi domine et commande l'expérience (par exemple « le soi danger »), le dialogue « stérile » pour la forme déficitaire avec une suspension de la capacité dialogique où aucune facette n'est capable d'interagir, et le dialogue « cacophonique » pour la forme hébéphrénique avec un discours très désorganisé.

Autrement dit, il s'agit à présent pour Mme P., et comme pour toute existence humaine, de rattacher « *un passé accepté à un futur espéré* » : le processus narratif pourrait ainsi permettre de redéployer « *les horizons d'avenir par la conscience et l'acceptation d'une pluralité d'expériences vécues* » (133).

3. Se rétablir : un processus narratif.

Comme le met en avant M. Koenig dans son modèle, le processus de rétablissement atteste « *d'une restauration de l'identité des sujets* » (118).

La restauration d'un sentiment d'appartenance à sa propre histoire, à sa propre vie, passe par plusieurs aspects complémentaires dont les dimensions professionnelles, environnementales et sociales, avec notamment le déploiement de stratégies qui passe par l'accès à des rôles sociaux enrichissants, à des activités valorisantes, à l'exercice de la citoyenneté...etc.

Mais cette redéfinition identitaire semble également se jouer au travers du récit que font les patients de leur propre vie.

La narration est, le rappelle M. Koenig (118), « *cette activité qui témoigne de soi autant qu'elle le constitue* ». « *Les histoires de vie sont le tissu de l'existence. Et si nous devons chercher la liberté d'un Ego constituant, nous ne pourrions la trouver que blottie au creux des histoires de vie de la personne* » (146). Par un retour aux analyses phénoménologiques sur l'existence de Heidegger (10) et les théories narratologiques de P. Ricoeur (130), B. Pachoud (3) (147) met en avant l'intérêt du récit dans le processus de rétablissement.

1) Le récit, synthèse de l'hétérogène.

Les travaux de P. Ricoeur et de M. Heidegger insistent sur la temporalité de l'identité humaine, qui loin d'être une identité réifiée, s'accomplit dans les changements qui ont lieu tout au long de l'existence. Les récits narratifs, qui sont des récits de vie, permettent de rassembler et d'articuler diverses expériences de l'existence, dont la maladie, de sorte qu'elles prennent sens à l'échelle de l'histoire d'une vie.

Pour ce faire, le récit peut dans un premier temps permettre « *une reconnexion temporelle* » (118) entre les différentes expériences afin d'éviter un sentiment de rupture et d'incohérence identitaire. Dans la narration de son histoire, notamment en remettant un ordre chronologique à leur vie, le sujet tend à se reconnaître à travers l'expérience du trouble et ainsi à évoluer dans « *une conscience de soi davantage unifiée, un équilibre psychique plus solide, un pouvoir-d'être* » (118). En structurant ces événements, Mme P. rapporte son histoire d'avant et du « temps des machines » reprenant ainsi les différentes étapes de sa vie, étapes qu'elle tente ainsi de se réapproprier. Il s'agit de la « *dimension épisodique du récit* » (130) décrite par P. Ricoeur qui tire le temps narratif du côté de la représentation linéaire, où les événements sont réordonnés et contextualisés. Les sujets reconnaissent ainsi mieux leur histoire dans cette continuité temporelle. Egalement, le récit peut permettre une reconnexion entre les différentes expériences afin d'éviter un sentiment de rupture et d'incohérence identitaire en incorporant la maladie comme un événement, événement qui n'est plus contingent mais nécessaire en vue de comprendre l'histoire de vie : c'est la « *dimension configurante du récit* » décrite par P. Ricoeur, où cette fois-ci la chronologie des événements importe peu. La maladie, replacée dans l'histoire du patient, deviendrait ainsi un événement nécessaire, permettant par là même de remettre en intrigue l'identité. Le pouvoir d'articulation, et même de « *synthèse de l'hétérogène* » selon le mot de Ricoeur (130), du récit, permet l'unification des diverses expériences de notre vie, tout en laissant ouverte la possibilité de reconfigurations narratives et donc d'une évolution dynamique de l'identité. Le rôle d'articulation du récit, repris par Lysaker (137), est mis au service de la théorie dialogique : le processus narratif, s'il permet dans un premier temps de favoriser une « *distinction entre l'évènementiel tel que les symptômes et l'expérientiel c'est à dire l'expérience de soi* » (133) en développant les capacités de mise à distance des manifestations psychotiques, favoriserait par la suite l'articulation et la pondération des différentes facettes du soi. Ainsi, l'activité narrative

serait un processus essentiel à la constitution d'un soi unifié, sans rien perdre de sa complexité, ni de son caractère pluriel et en évolution.

2) Le récit, une réappropriation du sens de l'existence.

Se comprendre soi-même, c'est être capable de raconter sur soi-même une histoire qui soit intelligible, qui soit signifiante et qui devienne acceptable. « *Donner un espace aux récits narratifs et les considérer comme partenaires du processus, c'est déjà situer différemment la participation de la personne à son rétablissement* » (148), et oser croire, aussi, que celle-ci peut créer du sens avec son expérience, si dévastatrice soit-elle. Les constructions narratives des patients contribuent à la restauration du sens : à la fois par la définition d'objectifs qui aident à donner un sens à la vie, et par le pouvoir intégrateur des élaborations narratives. Autrement dit « *le soi se constitue ou se reconstitue fondamentalement sur la base de représentation narrative* »(147).

P. Ricoeur recourt à la notion de soi pour montrer qu'il n'y a pas d'appréhension directe du sujet mais qu'il existe en revanche un accès indirect par le retour réflexif sur son parcours, sur ses actions et son engagement, qui prend une forme narrative. L'activité narrative est une « *solution de médiation* » (130) entre soi et les événements qui soutient le sentiment de responsabilité. En racontant son histoire, le patient peut occuper à la fois la place de spectateur et de narrateur : à la fois témoin et acteur de soi-même, contribuant tous deux au sentiment de responsabilité de son existence. Le récit ici n'est pas seulement compris comme une simple évocation de l'expérience : la narration « *n'est plus uniquement au service d'une structuration d'expérience de vie mais de leur réappropriation identitaire* »(118). Non tant en contextualisant les événements qu'en leur attribuant une valeur expérientielle, le sujet donne du sens à son histoire. Ainsi il existe « *un rapport dynamique entre le vécu et sa ressaie narrative dans une circularité productrice de sens* » (147). Le récit vise ainsi à faire comprendre le vécu initial. Il fait en quelque sorte revivre le vécu et le dote de sens : « *de sorte qu'entre la vie et son appréhension narrative il n'y a pas un simple rapport de représentation mais le développement d'un mouvement réflexif de prise de conscience et d'appréhension de sens, en réalité déjà présent dans le vécu initial mais qui s'enrichit avec l'élaboration narrative destinés à influencer les vécus ultérieurs* » (147).

C'est en effet dans ce mouvement réflexif, de donation de sens, que le soi s'appréhende comme sujet et qu'il est renvoyé « *moins au passé qu'au futur, futur des possibles, que cette appréciation des situations permet d'ouvrir* »(147).

3) Le récit, un réengagement dans l'existence.

Si l'élaboration narrative donne du sens aux histoires passées, elle se destine également à ouvrir les histoires futures.

Comme nous l'avons vu précédemment, le processus de rétablissement demande de sortir de la maladie mentale en se réengageant dans une vie active et sociale. Autrement dit, le rétablissement suppose de retrouver un contrôle sur le cours de sa vie de telle sorte que la personne ne soit plus déterminée par la maladie : « *Le rétablissement rend ainsi à la personne le souci de son propre devenir* »(147). Cet engagement de toute existence humaine que met en avant le rétablissement, nous ramène aux analyses phénoménologiques de Heidegger, où le mode d'être proprement humain est un « *devoir être* » (149). Comme le souligne F. Dastur (82)« *il ne suffit pas de dire je pour être authentiquement soi-même car cela suppose un maintien de soi ou une fidélité à soi-même qui exige la prise de conscience de la singularité de sa propre existence* ». L'être humain n'est pas d'emblée un être singulier, il ne le devient que par « *la résolution d'assumer la finitude, donc les limites de son existence c'est à dire de faire des choix et de s'y tenir* »(147). Autrement dit, le soi ne se constitue authentiquement qu'en se définissant par des choix, des engagements, qu'en assumant de cette façon sa singularité : « *cette tâche, que le processus de rétablissement ne fait que relancer et sur laquelle il repose, s'impose en réalité à chacun puisqu'elle est le principe même de l'existence* »(147). Pour P. Ricoeur, repris par B. Pachoud (147), le récit en tant que « *forme verbale privilégiée de représentation de l'action* », semble être assez naturellement la forme d'expression du processus de rétablissement, dès lors que celui-ci, qui se concrétise dans une démarche active et délibérée, se traduit en particulier par le réengagement dans l'action. De plus, pour P. Ricoeur, il existe « *une forme d'interaction circulaire entre l'action et sa représentation narrative, les productions narratives pourraient bien être, non seulement le témoin de cette relance d'une activité, mais un de ses ressorts* »(147). A travers la narration, les sujets se réapproprient leurs expériences en leur donnant un sens tant pour leur identité passée que pour celle en devenir : le sentiment de responsabilité invite le sujet à se réengager dans le présent et vers un futur. Et comme le souligne

Kimura (150) : « *C'est dans le projet de l'avenir, en tant que dimension dans laquelle l'être humain a à advenir à lui-même qu'il doit donner un sens à son histoire personnelle de vie. Alors que l'avenir est l'horizon sous lequel le sens de la vie peut être réalisé, le lieu d'origine de ce sens est la dimension de l'histoire de la vie passée. Cette histoire ne peut être acceptée comme leur propre existence que par ceux qui peuvent assumer la responsabilité de son sens présent pour l'avenir de leur propre histoire de vie.*».

Mais ce sentiment de responsabilité, ce courage d'être, au cœur du processus de rétablissement, qui permet de reconnaître un passé pour envisager un futur, ne peut se déployer complètement que dans la relation à autrui.

4) Vers une thérapie narrative.

Une thérapie dite « narrative » a ainsi pu être pensée. La façon dont le sujet raconte son existence affecte la manière dont il la vit. Ainsi, à l'intérieur des relations thérapeutiques, patient et thérapeute vont œuvrer à la « *co-déconstruction de certaines histoire supposées maintenir le problème puis à la co-reconstruction d'histoire participant à l'enrichissement du sens de soi* »(118). Lysaker (120), formule l'hypothèse d'une thérapie « narrative », par une approche intégrative où « *situant activité narrative dans un lien d'interdépendance avec les fonctions métacognitives, l'activité narrative jouerait comme fonction d'enrichir la représentation de soi* » (117), en amenant les sujets à se représenter leur propres expériences internes et à les relier entre elles. En d'autres termes, l'activité métacognitive rend possible le dialogue entre différentes expériences immédiates de soi. L'espace narratif, en favorisant une perception historicisée de soi permettrait d'associer l'activité métacognitive à une dimension temporelle et de la rendre plus efficiente. La psychothérapie est donc envisagée pour aider les patients à « *simultanément reconnaître que leurs pensées leur appartiennent, à repérer leurs affects et à développer des histoires plus riches qui parlent non seulement du passé mais aussi du futur* »(4).

4. La place de l'autre dans le rétablissement.

Le processus de rétablissement, s'il est prioritairement l'affaire des personnes concernées par la maladie, ne requiert-il pas un accueil par l'autre ?

La question peut également se poser en d'autres termes : « *le processus de rétablissement est-il conciliable avec une démarche de soins ?* » (3)

1) L'autre dans le soi.

La démarche de témoignage que propose le processus de rétablissement permet non seulement de remettre en intrigue l'histoire des sujets mais favorise aussi le déploiement de celle-ci dans l'espace même de notre rencontre.

Si l'une des idées essentielles du rétablissement est de nous rappeler que les patients ont encore une histoire à dire, il nous semble qu'il ne suffit pas de « se » la dire, ce qui risquerait de tendre vers la dérive solipsiste, et qu'il s'agit encore de pouvoir en témoigner à cet autre que nous-même afin de lui donner du sens dans une existence qui est en son essence même un « *être-avec* ».

Si la narration peut permettre une redéfinition de soi, cela ne signifie pas pour autant que le sujet se crée tout seul, puisque sa propre histoire demeure, comme W. Schapp (135) l'a montré, inéluctablement enchevêtrée avec celles des autres.

J. Naudin (38) ajoute qu'il n'y a pas d'histoire qui ne soit pas en connexion vivante avec d'autres : « *Il n'y a pas d'histoire isolée* ». La conduite d'un récit est une conduite éminemment sociale et implique la coexistence du raconteur, du raconté et d'auditeurs. Et si c'est bien la subjectivité qui constitue le temps, le corps et l'autrui, il est vrai aussi qu'elle est constituée « *par le temps comme présent vivant, par le corps comme chair, et par l'autre en tant qu'altérité et dans l'intersubjectivité* » (86). L'homme ne devient pas ce qu'il est seul, « *notre intrigue est soumise aux intrigues des autres* » (134).

Le *je* est un être relationnel qui se construit au hasard de ses rencontres, soit avec le monde, soit avec un autre soi personnel, soit encore avec l'autre qu'il était hier et l'autre qu'il deviendra demain. Ce que Nishida (151) appelle le « *je d'hier* » est un « *autre absolu* » auquel le *je* se confronte sans cesse. L'autre fait partie de la constitution de soi-même, et en nous-même réside aussi un autre: « *je suis à la fois le même et différent de ce que j'ai été et de ce que je serai d'une part, je suis à la fois semblable et différent de ce que tu es d'autre part* » (134). Nishida (151) précise « *que je vois l'absolument autre en moi signifie inversement que je me vois en voyant cet absolument autre et c'est par là que ma*

subjectivité parvient à se constituer ». La pensée de Lévinas (152) va jusqu'à redéfinir la temporalité de notre existence par cet autre : « *Le temps advient du fait que chaque instant est absolument différent des autres instants. Et cette différence absolue ne m'est donnée que par l'altérité absolue de l'autre que je rencontre. Si je ne rencontrais pas autrui en tant qu'absolument différent de moi, autrement dit si tout se jouait en moi même, l'altérité entre les instants n'existerait pas. Il n'y aurait pas de temps. Avoir un temps propre et avoir une histoire ne relèvent que de l'altérité absolue d'autrui* ». ». Levinas (152) voit dans autrui cet absolument autre, qui résonne avec notre propre part d'infini et d'insaisissable. Autrui, avec sa transcendance envisagée comme infinie, devient ainsi un appel de l'autre à devenir soi-même. Cette autre, devant moi, mais aussi en soi, partage ainsi les mêmes questions et enjeux identitaires et nous demande sans cesse de se/nous redéfinir.

2) Vers une alliance thérapeutique.

La reconnaissance de soi-même passe par une reconnaissance sociale. Et si celle-ci passe d'abord par un changement du statut du malade au niveau politique, professionnel et social, lors d'une simple relation intersubjective cette reconnaissance de soi peut commencer à se déployer. La relation thérapeutique peut être un exemple de relation pourvoyeuse de reconnaissance. La rencontre thérapeutique peut présenter une aide et un soutien pour ces patients en quête d'identité : « *Ce courage d'être qui permet de rattacher un passé accepté à un futur espéré se déploie dans la relation à autrui* »(118), par le projet que Ricoeur appelle « *la promesse* ». Le fait qu'autrui compte sur le soi est ce qui permet à ce dernier de se maintenir et de s'engager, afin de « *répondre de la confiance que l'autre met dans ma fidélité* »(130).

Alors que l'identité narrative relève d'une « *expérience imaginaire* », elle reste en quelque sorte en deçà de la « *vraie vie* » qui exige une décision et un passage à l'acte pour s'attester en propre. Autrement dit, pour P. Ricoeur repris par M. Zarader (153), bien que nous nous identifions narrativement et que la lecture invite à « *habiter des mondes étrangers à nous-mêmes* » amenant vers des possibilités futures, « *leur réalisation repose en dernière instance sur une décision qui déborde la constitution narrative du soi* »(153). Cette décision relève de notre capacité à « *s'avancer hors de la narration de soi, vers autrui* ». « *En tant qu'acte de discours, promettre c'est dire que l'on*

fera demain ce que l'on dit aujourd'hui que l'on fera et ainsi se lier par cette parole même (...) Promettre est une chose. Etre obligé de tenir ses promesses en est une autre»(130). Le courage d'être et de se réengager dans son existence viendra alors de «l'injonction à ne pas trahir sa propre parole, à être fidèle à autrui qui compte sur moi »(153).

C'est ce que peut permettre l'alliance thérapeutique : « *l'engagement mutuel dans une relation est ce qui détermine les fondements d'une restauration de soi* »(118).

3) La question éthique.

Le rétablissement n'implique pas seulement de sortir de l'identité de malade mais demande également de retrouver une vie satisfaisante. Dès lors, on peut s'interroger sur ce que signifie une vie satisfaisante. Mais existe-t-il des critères pour en juger ? Et qui en sont les juges ? Comme le souligne B. Pachoud, « *ni la médecine ni la psychologie n'ont la légitimité à fixer les normes d'une vie accomplie* »(147). Le processus de rétablissement comporte donc une dimension éthique car cette démarche se base sur le principe de « *l'autodétermination de la personne* ». Ce processus exige des choix d'existence singuliers et propres au sujet qui en retour exigent d'être respectés et soutenus par l'entourage ainsi que par les professionnels de santé. La dimension éthique apparaît à la fois « *comme la condition du rétablissement qui suppose le respect de l'autodétermination et comme sa visée propre celle d'une vie accomplie* »(147). Cette démarche de rétablissement, par son objectif social de réinsertion et existentiel de réengagement dans un projet de vie, nous demande de faire appel à d'autres ressources que notre savoir strictement médical. Comme le souligne B. Pachoud, alors que l'objectif médical, de rémission des troubles, nécessite une stratégie de soin basée sur l'Evidence based medicine, sur un savoir scientifique, l'objectif visant le rétablissement exige l'accompagnement et le respect de la visée propre des personnes.

Ainsi, si la rencontre soutient le développement du soi, il importe toutefois de ne pas se substituer à l'autre en y amenant notre propre réponse.

La question du soin apparaît sur le fond de ce que Heidegger a appelé *l'être-avec-Autrui* et plus précisément ce qu'il a décrit comme *Souci-pour* (10). L'être humain est un « souci » pour autrui même si ce « souci » apparaît le plus souvent et quotidiennement dans son mode déficient, celui de l'indifférence. Dans la première de ces formes, « *le Souci-pour peut s'efforcer d'ôter à autrui ses soucis en se préoccupant d'autrui au point de*

se substituer à lui. L'assistance se charge pour autrui de ce dont l'autre aurait à se préoccuper, celui-ci se trouve ainsi expulsé de sa propre place et n'a plus qu'à se retirer pour recevoir, après coup la solution du problème » (10). Dans la deuxième forme, « *il y a la possibilité d'une assistance qui ne cherche pas tant à se substituer à autrui qu'à le devancer dans les pouvoirs de son existence, et cela non pour le déposséder de ses soucis mais pour les lui restituer authentiquement. Cette assistance qui concerne le souci authentique c'est à dire l'existence de l'autre et non pas un quelque chose dont il se préoccupe aide autrui à se rendre lucide et libre pour son souci et c'est pourquoi c'est une assistance devançante libérante* » (10). Les deux formes d'assistance se manifestent lors des soins psychiatriques et il est essentiel qu'un champ de liberté reste ouvert avec le patient. Pour ce faire, il ne peut être uniquement « *question de l'identité du patient mais aussi de l'identité de celui qu'il rencontre* »(146). Pour pouvoir devancer la liberté du patient, « *il faut accepter au moins un temps de se fondre avec lui, non pas de prendre sa place mais d'accepter d'être affecté par lui au point de ne plus être capable de saisir sa propre identité comme un soi qui serait constitué une fois pour toute et lorsque nous acceptons de nous mélanger à l'autre, nous en appelons à la constitution de notre soi et par là même à la constitution du soi de l'autre : c'est un appel à l'initiative du soi propre* » (146).

La rencontre thérapeutique nous semble alors être le lieu d'un événement qui retisse la dynamique de nos histoires de vie, mais cette fois ci, ensemble.

Conclusion

Il s'agit ici de suspendre les idées préconçues. Les miennes, les nôtres, celles du psychiatre, du patient, de la société...Mais il ne s'agit pas tellement de lutter contre celui qui les prononce, que d'aider celui-ci à ne pas s'enfermer dans ces idées.

« *La folie, cette plante étrange qui pousse dans toute société humaine, est cultivée par d'innombrables jardiniers* » (154), jardiniers que nous pouvons être à force de tisser un mur infranchissable entre nos patients et les biens portants.

Notre attention de médecin se tourne souvent sur ce en quoi le malade n'est pas comme les autres plutôt sur ce qu'il est, sur sa personne dans toute sa singularité. Il s'agit de ne pas enfermer nos patients dans la prison invisible de nos concepts en restant attentifs et ouverts à leur expérience propre.

La folie « *est l'affaire de tous* » (38), en ce sens que ce dont souffrent nos patients nous concerne, à savoir, la manière d'être de l'homme dans ses rapports à soi-même, aux autres et au monde.

Par ce présent travail, nous avons tenté d'éclairer la question du délire, symptôme et phénomène fréquemment rencontré dans notre expérience psychiatrique. Cette analyse de la littérature amène à le voir, non plus comme un trouble du jugement fait à posteriori sur une réalité objective et déjà constituée, mais en tant qu'une modification fondamentale du cadre de l'expérience humaine; le délire n'est pas compris ici comme une représentation du monde extérieur, mais comme l'expression de la manière dont le sujet éprouve le monde : que ce soit à travers les approches neurocognitives, avec notamment les dernières hypothèses postulant à la fois sur des perturbations de bas niveaux (telles que le modèle des saillances aberrantes) conjointes à des perturbations de hauts niveaux (telles que les erreurs de prédiction, les troubles de l'agentivité...etc) ou à travers l'approche phénoménologique qui met en avant des perturbations de l'expérience de soi, des autres et du monde à un niveau préréflexif. Le détachement par rapport au monde commun des patients schizophrènes délirants, prend ainsi son origine sur une expérience du monde, de soi et des autres perturbée, pourvoyeuse d'une activité délirante dite autistico-solipsiste.

Comprendre le délire en tant qu'une autre manière de faire l'expérience du monde, des autres et de soi-même, autrement dit comme l'expérience d'une autre réalité, nous amène à ne plus mettre en avant, au cours de notre pratique, l'incohérence de leurs

propos vis à vis de la réalité commune, et nous incite à envisager une autre manière d'aborder les patients.

Si le délire est ici compris comme une incorrigibilité autistico-solipsiste, il ne l'est peut-être pas complètement et de manière permanente : aussi, avec l'aide précieuse des traitements médicamenteux, l'approche phénoménologique nous invite à expérimenter la co-existence de différentes réalités possibles, du moins la possibilité de remettre du sens commun entre le patient et le soignant. La rencontre thérapeutique est alors l'un des enjeux majeurs de la psychiatrie, en ce sens que la schizophrénie, de par son détachement avec la réalité, n'a de cesse d'interpeller et d'appeler cet autre que nous sommes.

Enfin, au-delà d'une démarche exclusivement médicale, il s'agit d'ouvrir nos perspectives thérapeutiques, en redéfinissant le bien être en santé mentale à travers le vécu subjectif de nos patients et en leur reconnaissant la possibilité d'un rétablissement. Alors que la plupart des recherches actuelles sur les troubles mentaux s'appuient sur une conception objectiviste de la psychiatrie, en prenant en compte seulement ce qui peut être observé, il importe de prendre également en compte comment ses difficultés sont vécues. C'est ce que propose le processus de rétablissement qui envisage la possibilité d'une redéfinition identitaire et d'une reprise d'une histoire personnelle et ce, malgré la présence de symptômes.

Le concept de rétablissement invite à ne plus voir, d'un côté les malades, qui souffrent d'une identité incertaine, et les biens portants, qui ont une identité ferme et établie.

Il faut, pour ce faire, accepter de ne pas pouvoir saisir « qui » est le patient, sans toutefois le réduire à un « quoi », ce que, les différentes approches y compris phénoménologique peuvent avoir tendance à faire. Il n'est pas question pour autant « de tout abandonner » et de ne plus rien expliquer ni comprendre. Il s'agit plutôt de rester ouverts aux différentes possibilités de l'expérience humaine, et de tenter, sur la base de l'expérience de nos patients, d'être un espace de soin et d'accueil.

Bibliographie

1. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Diagnosing delusions: a review of inter-rater reliability. *Schizophr Res.* sept 2006;86(1-3):76-9.
2. Davidson L. *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia.* 1 edition. New York: NYU Press; 2003. 227 p.
3. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'Information Psychiatr.* 2012;88(4):257-66.
4. Koenig-Flahaut M, Castillo M-C, Schaer V, Borgne PL, Bouleau J-H, Blanchet A. Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;88(4):279-85.
5. Collectif, Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P, Franchi J-AM, et al. *Référentiel de psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie.* 1re édition. Tours: Presses universitaire François Rabelais; 2014. 600 p.
6. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
7. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Manuel de psychiatrie.* 6e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. 1216 p.
8. Bleuler E, Viallard A. *Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies suivi de La conception d'Eugen Bleuler.* Paris: Coédition GREC/EPEL; 1993. 671 p.
9. Binswanger L. *Le cas Suzanne Urban. Etude sur la schizophrénie.* Paris: Gérard Monfort; 2002. 144 p.
10. Heidegger M. *Etre et temps.* Paris: Gallimard; 1986.
11. Bayne T, Pacherie E. Bottom-Up or Top-Down? Campbell's Rationalist Account of Monothematic Delusions. *Philos Psychiatry Psychol.* 2004;11(1):1-11.
12. Michel Cermolacce. *Models of delusion.* 2006.
13. Campbell J. Rationality, Meaning, and the Analysis of Delusion. *Philos Psychiatry Psychol.* 2001;8(2-3):89-100.
14. Wittgenstein L, Moyal-Sharrock D. *De la certitude.* Paris: Gallimard; 2006. 224 p.
15. Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry.* 1 août 1990;157(2):239-48.

16. Ellis HD, Young AW, Quayle AH, De Pauw KW. Reduced autonomic responses to faces in Capgras delusion. *Proc R Soc B Biol Sci.* 22 juill 1997;264(1384):1085-92.
17. Young AW. Wondrous Strange: The Neuropsychology of Abnormal Beliefs. *Mind Lang.* 1 mars 2000;15(1):47-73.
18. Maher BA. Anomalous Experience in Everyday Life: Its Significance for Psychopathology. *The Monist.* 1999;82(4):547-70.
19. Maher BA. Delusional thinking and perceptual disorder. *J Individ Psychol.* mai 1974;30(1):98-113.
20. Davies M, Coltheart M, Langdon R, Breen N. Monothematic Delusions: Towards a Two-Factor Account. *Philos Psychiatry Psychol.* 1 juin 2001;8(2):133-58.
21. Young AW. Wondrous Strange: The Neuropsychology of Abnormal Beliefs. *Mind Lang.* 2000;15(1):47-73.
22. Pacherie E, Green M, Bayne T. Phenomenology and delusions: who put the « alien » in alien control? *Conscious Cogn.* sept 2006;15(3):566-77.
23. Gallagher S. Neurocognitive models of schizophrenia: a neurophenomenological critique. *Psychopathology.* févr 2004;37(1):8-19.
24. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Delusional belief. *Annu Rev Psychol.* 2011;62:271-98.
25. Sharp HM, Fear CF, Healy D. Attributional style and delusions: an investigation based on delusional content. *Eur Psychiatry.* 1 janv 1997;12(1):1-7.
26. Kaney S, Bentall RP. Persecutory delusions and attributional style. *Br J Med Psychol.* 1 juin 1989;62(2):191-8.
27. Bentall RP, Kinderman P, Kaney S. The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behav Res Ther.* mars 1994;32(3):331-41.
28. Garety PA, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol.* juin 1999;38 (Pt 2):113-54.
29. Fear CF, Healy D. Probabilistic reasoning in obsessive-compulsive and delusional disorders. *Psychol Med.* janv 1997;27(1):199-208.
30. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task. *J Nerv Ment Dis.* avr 1991;179(4):194-201.

31. Broome MR. The Rationality of Psychosis and Understanding the Deluded. *Philos Psychiatry Psychol.* 25 mars 2004;11(1):35-41.
32. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res.* 1 mars 2002;54(1-2):59-65.
33. Brémaud N. Schizophrénie et délire. *L'Évolution Psychiatr.* juill 2016;81(3):605-23.
34. Naudin J. Savoir expérientiel et approche phénoménologique en psychiatrie et santé mentale. In: *L'EXPERIMENTATION DES MEDIATEURS DE SANTE PAIRS UNE REVOLUTION INTRANQUILLE.* Doin - John Libbey Eurotext; 2016.
35. Tatossian A. La phénoménologie des psychoses. Puteaux (46 rue des Bas-Rogers, 92800): Le Cercle Herméneutique; 2002. 256 p.
36. Karl Jaspers. *Psychopathologie générale*, 1913. La bibliothèque des introuvables. Paris; 2000.
37. Binswanger L. *Délire.* Grenoble (France): Million; 1993. 184 p.
38. Naudin J. *Phénoménologie et psychiatrie : Les voix et la chose.* Toulouse: Presses Universitaires du Mirail; 1998. 345 p.
39. Husserl E. *De la synthèse passive.* Grenoble: Editions Jérôme Millon; 1998. 430 p.
40. Pachoud B. *Activité et passivité de la conscience, schizophrénie.* In: *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie [Internet].* Le Cercle Herméneutique; 2005 [cité 6 juill 2017]. (Collection Phéno). Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/165735653/Activite-et-passivite-de-la-conscience-schizophrenie>
41. Troubé S. Les expériences subjectives de la psychose débutante, Subjective Experiences of Emerging Psychosis. *Rech En Psychanal.* 24 janv 2014;(16):137-46.
42. Martin B, Giersch A, Cermolacce M, Berna F, Dubreucq J, Frank N. Self minimal et schizophrénie. 2016;0(0):1-12.
43. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception.* Paris: Gallimard; 1976. 531 p.
44. Sass L, Byrom G. Phenomenological and neurocognitive perspectives on delusions: A critical overview. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* juin 2015;14(2):164-73.

45. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. janv 2003;160(1):13-23.
46. Fletcher PC, Frith CD. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. janv 2009;10(1):48-58.
47. Blankenburg W. *La Perte de l'évidence naturelle*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1991. 240 p.
48. Matussek P. [Studies on delusional perception. I. Changes of the perceived external world in incipient primary delusion]. *Arch Psychiatr Nervenkrankh Ver Mit Z Gesamte Neurol Psychiatr*. 1952;189(4):279-319; contd.
49. Charbonneau G. Le concept d'identité. In: Pringuey D., Samy Kohl F., éditeurs. *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*. Puteaux: Le Cercle Herméneutique; 2001. (Collection Phéno).
50. Troubé S. Les sentiments existentiels et les expériences subjectives de la psychose: une description phénoménologique du sens de la réalité. *Evol Psychiatr (Paris)*. 20 oct 2015;80:675-87.
51. Husserl E. Les médiations cartésiennes. In: *Recherches en psychanalyse* [Internet]. 2014 [cité 21 juill 2017]. p. 137-46. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2013-2-p-137.htm>
52. Minkowski E. *La Schizophrénie*. Paris: Payot; 2002. 285 p.
53. Cermolacce M, Naudin J, Vion-Dury J, Pringuey D, Azorin J-M. Le délire schizophrénique, entre approche objective et expérience subjective. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. février 2011;169(1):51-3.
54. Zahavi D. *Beyond Empathy: Phenomenological Approaches to Intersubjectivity*. *J Conscious Stud*. 2001;8(5-7):151-167.
55. Brüne M. "Theory of Mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophr Bull*. 1 janv 2005;31(1):21-42.
56. Frith CD. Schizophrenia and theory of mind. *Psychol Med*. avr 2004;34(3):385-9.
57. Cermolacce M, Laurence D, Naudin J, Parnas J. Sommes-nous tous des spécialistes des gens ? Intersubjectivité, théorie de l'esprit et schizophrénie. *L'Évolution Psychiatr*. 1 oct 2005;70(4):731-44.

58. Bovet P, Parnas J. Schizophrenic delusions: a phenomenological approach. *Schizophr Bull.* 1993;19(3):579-97.
59. Mishara AL. Klaus Conrad (1905–1961): Delusional Mood, Psychosis, and Beginning Schizophrenia. *Schizophr Bull.* janv 2010;36(1):9-13.
60. Pienkos E. Delusions: The phenomenological approach. *Oxf Handb Philos Psychiatry* [Internet]. [cité 25 juin 2017]; Disponible sur: http://www.academia.edu/6664055/Delusions_The_phenomenological_approach
61. Parnas J, Handest P. Troubles de la conscience de soi: importance pathogénique et clinique dans la schizophrénie débutante. *PSN.* 1 juin 2005;3(1):S16.
62. Damasio A. Investigating the biology of consciousness. In: Martin B, Giersch A, Cermolacce M, Berna F, Dubreucq J, Franck N, éditeurs. *Self minimal et schizophrénie.* EMC-psychiatrie; 2016.
63. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE : Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi#. *L'Encéphale.* décembre 2012;38:S121-45.
64. Kapsambelis V. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte.* Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2015. 1200 p.
65. Parnas J, Sass LA. Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions. *Philos Psychiatry Psychol.* 1 juin 2001;8(2):101-20.
66. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427-44.
67. Mishara AL. Body self and its narrative representation in schizophrenia: Does the body schema concept help establish a core deficit? In: De Preester H, Knockaert V, éditeurs. *Advances in Consciousness Research* [Internet]. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2005 [cité 17 juill 2017]. p. 127-52. Disponible sur: <https://benjamins.com/catalog/aicr.62.09mis>
68. Gross GH Joachim Klosterkötter Gisela. *BSABS - Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms.* Aachen; 2008.
69. Haug E, Øie M, Melle I, Andreassen OA, Raballo A, Bratlien U, et al. The association between self-disorders and neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Res.* mars 2012;135(1-3):79-83.

70. Parnas J, Raballo A, Handest P, Jansson L, Vollmer-larsen A, Saebye D. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry*. oct 2011;10(3):200-4.
71. Sass LA, Castel P-H. *Les Paradoxes du délire. Wittgenstein, Schreber, et l'esprit schizophrénique*. Paris: Les Editions d'Ithaque; 2010. 208 p.
72. Frith CD. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. 1 edition. London ; New York: Psychology Press; 2015. 164 p.
73. Frith CD, Blakemore S, Wolpert DM. Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. *Brain Res Brain Res Rev*. mars 2000;31(2-3):357-63.
74. Frith CD, Friston KJ, Herold S, Silbersweig D, Fletcher P, Cahill C, et al. Regional brain activity in chronic schizophrenic patients during the performance of a verbal fluency task. *Br J Psychiatry*. 1 sept 1995;167(3):343-9.
75. Corlett PR, Taylor JR, Wang X-J, Fletcher PC, Krystal JH. Toward a Neurobiology of Delusions. *Prog Neurobiol*. nov 2010;92(3):345-69.
76. Jeannerod M. The sense of agency and its disturbances in schizophrenia: a reappraisal. *Exp Brain Res*. janv 2009;192(3):527-32.
77. Husserl E. Sur la phénoménologie de la conscience intime du temps. In: Martin B, Giersch A, Cermolacce M, Berna F, Dubreucq J, Franck N, éditeurs. *Self minimal et schizophrénie*. EMC-psychiatrie; 2016. p. 1-12.
78. Lalanne L, van Assche M, Giersch A. When predictive mechanisms go wrong: disordered visual synchrony thresholds in schizophrenia. *Schizophr Bull*. mai 2012;38(3):506-13.
79. Franck N, Farrer C, Georgieff N, Marie-Cardine M, Daléry J, d'Amato T, et al. Defective recognition of one's own actions in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. mars 2001;158(3):454-9.
80. Haggard P, Martin F, Taylor-Clarke M, Jeannerod M, Franck N. Awareness of action in schizophrenia. *Neuroreport*. 23 mai 2003;14(7):1081-5.
81. Heidegger M. *Etre et temps*. In: Cermolacce M, Martin B, Naudin J, éditeurs. *Approche phénoménologique en psychiatrie*. EMC-psychiatrie; 2015.
82. Dastur F. L'ipséité : son importance en psychopathologie. *PSN Psychiatr Sci Hum Neurosci*. 2005;3(12):88-95.

83. Parnas J. Belief and Pathology of Self-awareness A Phenomenological Contribution to the Classification of Delusions. *J Conscious Stud.* 1 janv 2004;11(10-11):148-61.
84. Publishing AP, Guelfi J-D. DSM-IV TR - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Editions Masson; 2003. 1120 p.
85. Naudin J, Despax K, Cermolacce M. Don quixotte : on delusion and shared ideas. In: Doerr O, Irrarazaval L, éditeurs. *Why do humans become mentally ill? Anthropological, biological and cultural vulnerability of mental illness.* Oxford University Books.
86. Tatossian A. La subjectivité. In: Widlöcher D, éditeur. *Traité de psychopathologie.* Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
87. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull.* juill 2010;36(4):667-79.
88. Cermolacce M, Martin B, Naudin J. Approche phénoménologique en psychiatrie. *EMC - Psychiatr.* 2015;0(0):1-8.
89. Kimura B. *Ecrits de psychopathologie phénoménologique.* Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1992. 200 p.
90. Grivois H. Identité et subjectivité dans la psychose. In: Pringuey D, Samy Kohl F, éditeurs. *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie.* Puteaux: Le Cercle Herméneutique; 2001. (Collection Phéno).
91. Garrity AG, Pearlson GD, McKiernan K, Lloyd D, Kiehl KA, Calhoun VD. Aberrant "Default Mode" Functional Connectivity in Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1 mars 2007;164(3):450-7.
92. Whitfield-Gabrieli S, Ford JM. Default Mode Network Activity and Connectivity in Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012;8(1):49-76.
93. Gerrans P. Delusional Attitudes and Default Thinking. *Mind Lang.* 1 févr 2013;28(1):83-102.
94. Whitfield-Gabrieli S, Thermenos HW, Milanovic S, Tsuang MT, Faraone SV, McCarley RW, et al. Hyperactivity and hyperconnectivity of the default network in schizophrenia and in first-degree relatives of persons with schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci.* 27 janv 2009;106(4):1279-84.
95. Raichle ME, MacLeod AM, Snyder AZ, Powers WJ, Gusnard DA, Shulman GL. A

- default mode of brain function. *Proc Natl Acad Sci.* 16 janv 2001;98(2):676-82.
96. Gusnard DA. Being a self: considerations from functional imaging. *Conscious Cogn.* déc 2005;14(4):679-97.
97. Callieri B. La rencontre avec la personne délirante. In: Ballerini A, Di Piazza G, éditeurs. Argenteuil: Le Cercle Herméneutique;
98. Kohl F-S, Pringuey D. Représentations étiologiques et problématique identitaire dans la schizophrénie : tentatives de sortie du tourbillon psychotique. *L'Évolution Psychiatr.* oct 2005;70(4):721-9.
99. Sass LA. Delusion and Double Book-Keene. In: Karl Jaspers' Philosophy and Psychopathology [Internet]. Springer, New York, NY; 2014 [cité 10 juill 2017]. p. 125-47. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-8878-1_9
100. Henriksen MG, Parnas J. Self-disorders and Schizophrenia: A Phenomenological Reappraisal of Poor Insight and Noncompliance. *Schizophr Bull.* mai 2014;40(3):542-7.
101. Schütz A. Don Quichotte et le problème de la réalité. *Sociétés.* 2005;no 89(3):9-27.
102. Martin B, Piot M-A. Approche phénoménologique de la schizophrénie. *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;87(10):781-90.
103. Minkowski E. Le temps vécu. 3e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2013. 432 p.
104. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry.* mars 2005;162(3):441-9.
105. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76.
106. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long term. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mai 1980;136:413-20.
107. Davidson L, McGlashan TH. The varied outcomes of schizophrenia. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* févr 1997;42(1):34-43.
108. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome

- of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. juin 1987;144(6):727-35.
109. Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. déc 2005;50(14):892-900.
 110. Helldin L, Kane JM, Karilampi U, Norlander T, Archer T. Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia. *J Psychiatr Res*. déc 2006;40(8):738-45.
 111. Lieberman PR, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. In: Koenig M, Castillo MC, Blanchet A, éditeurs. *Remission, rétablissement et schizophrénie: vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie*. *Bulletin de psychologie*; 2011.
 112. Silverstein M, Bellack A. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. In: Koenig M, Castillo MC, Blanchet A, éditeurs. *Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie*;
 113. Velligan DI, Bow-Thomas CC, Mahurin RK, Miller AL, Halgunseth LC. Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? *J Nerv Ment Dis*. août 2000;188(8):518-24.
 114. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the « right stuff »? *Schizophr Bull*. 2000;26(1):119-36.
 115. Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Le Quack P, et al. Predictors of recovery from psychosis Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophr Res*. févr 2011;125(2-3):257-66.
 116. Pachoud B. Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? *Rech En Psychanal*. 1 janv 2012;(7):52-61.
 117. Martin B, Franck N. Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *Evol Psychiatr (Paris)*. 2013;78(1):21-40.
 118. Koenig M. *Le rétablissement dans la schizophrénie*. Paris: PUF; 2016. 256 p.
 119. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of

- recovery. *Psychiatr Serv Wash DC*. mai 2004;55(5):540-7.
120. Lysaker PH, Erickson M, Buck KD, Dimaggio G. Les rapports entre métacognition, cognition et fonctionnement dans la schizophrénie : données issues de l'étude de récits personnels. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;me 88(4):267-77.
 121. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
 122. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 février, 2005.
 123. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11-23.
 124. Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T, Andres-Hyman R. Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives. *Schizophr Bull*. 1 janv 2008;34(1):5-8.
 125. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*. 1988;11(4):11-9.
 126. Balzani C, Micoulaud-Franchi J-A, Yunez N, Fagot A, Mariaud A-S, Chen CY, et al. L'accès aux vécus pré-réflexifs. Quelles perspectives pour la médecine en général et la psychiatrie en particulier? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2013;171(2):118-27.
 127. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2003;37(5):586-94.
 128. Lysaker PH, Lysaker JT. La schizophrénie et les troubles de l'expérience en première personne: convergence et divergence de six points de vue. *PSN*. 1 févr 2011;9(1):31-40.
 129. Cabestan P. Qui suis-je ? Identité-ipse, identité-idem et identité narrative. *Le Philosopho*. 12 mai 2015;(43):151-60.
 130. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Points; 2015. 448 p.
 131. Bovet P. Identité et temporalité dans la rencontre thérapeutique avec les patients schizophrènes. In Lausanne: Exposé à la IV journée de l'ISPS; 2010.
 132. Dastur F, Naudin J. Ipséité et pathologie mentale. *PSN*. 3:59-64.

133. Koëning M. Une approche narrative du rétablissement expérientiel. In: Santé mentale et processus de rétablissement. Champ social Editions; 2017.
134. Bovet P. Identité crevassée et identité menacée. *Psychothérapies*. 1 déc 2006;25(4):247-52.
135. Schapp W. *Empêtrés dans des histoires : L'être de l'homme et de la chose*. Paris: Cerf; 1992. 280 p.
136. Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci*. janv 2000;4(1):14-21.
137. Lysaker PH, Erickson MA. La psychothérapie individuelle de la schizophrénie: mise en perspective de son histoire, de ses développements récents et de ses orientations nouvelles. *PSN*. 1 nov 2010;8(4):187-96.
138. Freedman BJ. The subjective experience of perceptual and cognitive disturbances in schizophrenia. A review of autobiographical accounts. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1974;30(3):333-40.
139. Raffard S, Esposito F, Boulenger J-P, Van der Linden M. Impaired ability to imagine future pleasant events is associated with apathy in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 30 oct 2013;209(3):393-400.
140. D'Argembeau A, Raffard S, Van der Linden M. Remembering the past and imagining the future in schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 2008;117(1):247-51.
141. Danion J-M, Cuervo C, Piolino P, Huron C, Riutort M, Peretti CS, et al. Conscious recollection in autobiographical memory: an investigation in schizophrenia. *Conscious Cogn*. sept 2005;14(3):535-47.
142. Berna F, Bennouna-Greene M, Potheegadoo J, Verry P, Conway MA, Danion J-M. Impaired ability to give a meaning to personally significant events in patients with schizophrenia. *Conscious Cogn*. sept 2011;20(3):703-11.
143. Raffard S, D'Argembeau A, Lardi C, Bayard S, Boulenger J-P, Linden MV der. Narrative identity in schizophrenia. *Conscious Cogn*. 1 mars 2010;19(1):328-40.
144. Gallagher S. *Self-Narrative in Schizophrenia*. In: Kircher T, David AS, éditeurs. *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. Cambridge University Press; 2003. p. 336-357.
145. Bakhtin M. *Problems of Dostoevsky's Poetics*. 1st edition. Minneapolis: Univ Of Minnesota Press; 1984. 384 p.

146. Naudin J, Azorin J-M. Psychothérapie des schizophrènes. In: Pringuey D, Samy Khol frantz, éditeurs. Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie. Puteaux: Le Cercle Herméneutique; 2001. (Collection Phéno).
147. Pachoud B. Perspectives éthiques et philosophiques inhérentes au paradigme du rétablissement. In: Santé mentale et processus de rétablissement. Champ social Editions; 2017.
148. Assad L. L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi. 2014 [cité 18 juill 2017]; Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=LSDLC_005_0076
149. Zarader M. Lire Être et temps de Heidegger. Paris: Vrin; 2012. 428 p.
150. Kimura B. Sens de la vie et ipséité. In: Pringuey D, Samy Khol frantz, éditeurs. Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie. Puteaux: Le Cercle Herméneutique; 2001. (Collection Phéno).
151. Nishida K. Moi et Toi. In: Kimura B, éditeur. L'Entre, une approche phénoménologique de la schizophrénie. Grenoble: Edition Jérôme Millon; 2000. (Krisis).
152. Levinas E. Ethique et Infini. Paris: Le Livre de Poche; 1984.
153. Zarader M. La Promesse Et l'Intrigue (Phénoménologie, Éthique, Cinéma). Cités. 2008;33(1):83.
154. Zarifian E. Les jardiniers de la folie. Paris: Odile Jacob; 2000. 295 p.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introduction : Le délire appartient à la symptomatologie psychiatrique courante et y occupe une place centrale notamment dans la schizophrénie. Si en pratique, la reconnaissance d'idées délirantes chez un patient est relativement facile et partagée par les soignants, la question du délire a fait l'objet de nombreuses définitions, théories et recherches au cours de l'histoire de la psychiatrie. Aussi, au-delà de la difficulté à cerner ce symptôme, les personnes délirantes ont souvent été perçues comme « aliénées », sans possibilité d'existence propre.

Objectifs : L'objectif principal de notre travail est de tenter de comprendre de manière intégrative (à la fois neuroscientifique et phénoménologique) l'expérience délirante à partir de la situation clinique d'une patiente atteinte de schizophrénie. Au-delà du symptôme délirant, le deuxième objectif est de s'interroger sur la notion de bien-être en santé mentale.

Méthode : Dans un premier temps, en parallèle de notre situation clinique, nous présenterons un état de l'art afin de tenter de cerner ce que c'est que « délirer » pour un patient atteint de schizophrénie. Dans un deuxième temps, nous remettons en question les notions d'incurabilité et d'aliénation rattachées historiquement à la schizophrénie, en prenant appui sur des données expérientielles rapportées par l'analyse de la littérature et celle de notre situation clinique.

Résultats : Cette approche croisée amène à comprendre le délire, non plus comme un trouble du jugement fait à posteriori sur une réalité objective et déjà constituée, mais comme l'expression, le prolongement, d'une expérience différente de la réalité. D'une part, l'étude des expériences subjectives de la schizophrénie débutante nous incite à y voir des troubles dans les rapports préreflexifs que nous entretenons avec le monde, les autres et soi-même. D'autre part, issu d'une forme particulière de subjectivité, le délire schizophrénique semble différent des autres formes de délire, dans son caractère proprement « autistico-solipsiste ». Reconnaître cette forme de subjectivité, c'est aussi reconnaître la présence d'un sujet et d'une existence. Dès lors, au-delà d'une démarche exclusivement médicale, il s'agit d'ouvrir nos perspectives thérapeutiques, en redéfinissant le bien-être en santé mentale à travers le vécu subjectif de nos patients et en leur reconnaissant la possibilité d'un rétablissement, concept personnel, positif et vivant, qui suppose et laisse ouverte la possibilité de changement et de réappropriation existentielle, et ce malgré la persistance ou non de symptômes.

Conclusion : Une compréhension intégrative de l'expérience délirante amène à changer notre regard sur la schizophrénie et met en évidence la possibilité d'un rétablissement.

Mots clés : Délire - schizophrénie - phénoménologie - neurocognitif - expérientiel - rétablissement