UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018 2018 TOU3 1566

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Philippe AMIEL

le 24 septembre 2018

ETUDE DE LA PREVALENCE ET DES CARACTERISTIQUES DES MANIFESTATIONS HALLUCINATOIRES CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE

Directeur de thèse : Dr Maxime Védère
Co-directeur de thèse : Dr Anne-Hélène Moncany

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO	Assesseur
Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY	Assesseur
Monsieur le Docteur Maxime VEDERE	Suppléant

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER Université de Toulouse
FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

au 1er septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. GEDEON André
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. RIBET André
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur CONTÉ Jean
Professeur MURAT
Professeur MANELFE Claude
Professeur LOUVET P.
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur CARATERO Claude
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur ADER Jean-Louis
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur LARENG Louis
Professeur JOFFRE Francis
Professeur BONEU Bernard
Professeur DABERNAT Henri
Professeur BOCCALON Henri
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur SIMON Jacques
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur ARBUS Louis
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur CHAP Hugues
Professeur LAURENT Guy
Professeur MASSIP Patrice

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : E. SERRANO**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry	
Mme DUPOUY Julie	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves	Dr BOYER Pierre
Dr CHICOULAA Bruno	Dr ANE Serge
Dr IRI-DELAHAYE Motoko	Dr BIREBENT Jordan
Dr FREYENS Anne	Dr LATROUS Leila

SEPTEMBRE 2017

Remerciements

Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous remercions de votre présence et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Nous vous remercions également du soutien que vous avez pu apporter à ce projet lors de sa mise en place et des conseils que vous avez pu nous prodiguer. Enfin nous remercions pour votre investissement dans la formation des internes, en cours théoriques ou au cours de nos stages.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt,

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury et de juger ce travail.

Nous vous remercions d'avoir partagé avec nous vos connaissances au cours de nos enseignements d'externat et d'internat, mais également d'avoir su susciter l'envie de découvrir la psychiatrie lors de nos stages d'étudiants en médecine.

Soyez assuré de notre respect et de notre gratitude.

Monsieur le Professeur Nicolas Franchitto,

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury et de juger ce travail.

Nous vous remercions de la qualité des enseignements que vous avez su partager avec nous et de votre investissement dans la formation en addictologie des internes passant dans votre service.

Soyez assuré de notre respect et de notre gratitude.

Madame le Docteur Anne-Hélène Moncany,

Tu m'as fait l'honneur de codiriger ce travail.

Lorsque tu m'as présenté le projet, je ne savais pas trop dans quoi je mettais les pieds. Tu as su me montrer qu'avec une bonne équipe on peut abattre un travail incroyable que je n'aurais jamais imaginé. Malgré ton emploi du temps surchargé tu as su te rendre disponible dans les moments critiques. Je te remercie de m'avoir fait confiance en me confiant ce projet.

Sois assurée de ma profonde estime.

Monsieur le Docteur Maxime Védère,

Tu m'as fait l'honneur de codiriger ce travail.

Tu te retrouves maintenant de « l'autre côté » pour juger ce projet que tu as évoqué à la fin de ta propre thèse. J'ai senti tout au long de ces mois de travail ton investissement dans ce projet et l'envie d'en faire un travail de qualité. Merci à toi pour ta disponibilité, ta confiance, tes conseils, ta patience et ton amour du travail bien fait. J'espère qu'il répondra à tes attentes.

Sois assuré de toute ma gratitude et de ma profonde estime.

A Alix.

Toi qui m'accompagnes depuis toutes ces années, je ne pourrais résumer en quelques lignes tout ce que tu m'as apporté. Sois convaincue que tu as fait de moi quelqu'un de meilleur. Merci de toujours avoir été là. A notre vie commune à venir. Je t'aime.

A mes parents.

Soutiens permanents à toutes les étapes de ma vie, je ne peux m'empêcher de penser que les difficultés de la médecine m'ont rapproché de vous d'année en année. Merci pour votre présence et votre aide de toujours.

A Valérie, Pierre-Emmanuel et Margot.

Votre énergie et votre dynamisme m'ont toujours impressionné, tant dans votre vie personnelle que professionnelle. Ils ne peuvent que me servir d'exemples. Merci pour votre soutien de toujours.

A Karine, Frédéric et Julie.

Votre écoute et votre réflexion m'ont toujours été d'une grande aide, depuis (très) longtemps. Certaines choses auraient certainement été très différentes sans certaines discussions. Merci pour votre réconfort de toujours.

A mon grand-père.

Puits de science intarissable, tu as toujours su apporter ton savoir pour enrichir l'autre, mais également recevoir et mettre tes interlocuteurs en valeur. Merci pour ton humanité.

Au reste de ma famille, du côté Amiel et du côté Lamothe. On ne se voit pas très souvent mais chaque retrouvaille reste un bon moment partagé.

A Aline et Dominique, Guy et Annie-Jeanne.

Merci pour votre accueil chaleureux depuis que l'on se connait, pour votre écoute et vos conseils avisés, et pour votre intérêt porté à la psychiatrie. Aux randonnées (pas trop difficiles) appareil photo à la main.

A Christine et Paul.

Pour votre bonne humeur permanente et votre dynamisme sans faille, pour votre amour du partage et pour les cours d'anglais et d'allemand improvisés.

Au reste de la famille d'Alix : Simone, les Montheau, les Gros, les Dochez et les Cabiran. Pour votre accueil depuis Bréchan en décembre 2010 puis au gré de nos différentes rencontres, pour votre humour et pour votre capacité à rendre les invités à l'aise !

A Dorian.

Fidèle compagnon de jeu depuis presque toujours, les études auront distendu les liens sans les rompre. A toi et à tes petits, en espérant vous revoir un peu plus souvent après tout ça.

A Antony.

Parce que tu as toujours voulu nous montrer que toi aussi tu étais un grand, tu me l'as prouvé haut la main ces derniers mois, depuis l'autre bout de la planète. Bravo M. Statistiques !

A mes co-internes :

- d'Albi : Lucie, Romain et Dorian : entre les discussions presque sérieuses, les matchs de water-polo (dans le bassin ou depuis les tribunes) et les parties de belotte pour lesquelles j'exige encore une revanche !

- des Urgences : Nathalie, Hélène, Charlène et Bernard : parce qu'on aura vraiment appris ce que veut dire « se serrer les coudes » dans la salle de soins des consultations psychiatriques le mois d'août !

- de Lavaur : Ellynn : parce que partager un repas à l'internat de Lavaur ça vaut toutes les demandes de liaison du monde ! Merci de m'avoir écouté parler de mes recrutements de patients pendant six mois.

- de l'UF1 : Mathilde, Mathieu et Bernard (encore !) : aux conversations endiablées (euphémisme ?) qui m'ont permis de relâcher la pression pendant ce dernier stage, aux lithiémies improbables et aux pipes à crack. Merci de m'avoir permis de bénéficier d'une psychothérapie de soutien pendant quatre mois.

A mes anciens co-externes :

Mona, Héléna, Pauline, Emmanuelle et Cyril : merci d'avoir été présents pendant les cours, les conf' mais également à l'extérieur de la médecine ! A tous ces bons moments passés ensemble.

A mes anciens compagnons de P1 :

Anne-Sophie, Clémentine, Anna, Romain, Noah et Michaël : parce qu'on était tellement bien qu'on y est resté deux ans, et que même si nos chemins se sont séparés depuis, les pensées et les émotions restent.

A tous les médecins et internes, mais également aux équipes des services et des CMP du CHU Toulouse Purpan, du CHS Marchant et du Centre Pinel qui se sont investis dans ce projet et qui m'ont permis de rendre cet ouvrage. A de probables futures collaborations.

Remerciements spéciaux à

- Anjali : bien que tu n'étais obligée en rien, tu as soutenu le projet et répondu présente quand j'avais besoin de ton aide. Merci pour ta solidarité.

- Etienne : ton investissement dans l'initiation des recrutements sur le CHS Marchant a été majeur. Je me rappellerai longtemps de cette matinée au CMP Saint-Michel où je suis venu présenter la recherche !

- Pierre-Marie : tout simplement parce que si l'étude avait été une entreprise en bourse tu en aurais largement été l'actionnaire majoritaire ! Merci pour tes orientations pertinentes.

Enfin, aux différentes équipes médicales et paramédicales de Millau, de la MGEN, d'Albi, des Urgences, du Secteur 3, du Collectif Saint Simon, de Lavaur et de l'UF1, qui ont participé à ma formation, tant bien psychiatrique qu'humaine. Je n'ai aucun regret dans mes choix de stage.

Liste des abréviations

AFTCC : Association Française de Thérapie Cognitivo-Comportementale

APA : American Psychiatric Association (Association Américaine de Psychiatrie)

BAVQ-R : Beliefs About Voices Questionnaire – Revised

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPP : Comité de Protection des Personnes

DES II : Dissociation Experiences Scale II

DIB-R : Revised Diagnostic Interview for Borderlines (Entrevue Diagnostique Révisée pour Trouble de Personnalité Limite)

DRDI : Direction de la Recherche, du Développement et de l'Innovation

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux)

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

HAV : Hallucination Acoustico-Verbale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCL-S : Post-traumatic stress disorder CheckList – Specific

PDEQ : Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (Questionnaire des Expériences Dissociatives Péritraumatiques)

PSAS : Psycho-Sensory Hallucinations Scale

PSYRATS : Psychotic Symptom Rating Scales

THQ : Trauma History Questionnaires

TP BDL : Trouble de Personnalité Borderline

UF : Unité Fonctionnelle

SOMMAIRE

Remerciements 6

Liste des abréviations 11

SOMMAIRE 12

INTRODUCTION 15

MATERIEL ET METHODE 18

1. Sujets 18

1.1. Critères d'inclusion 18

1.2. Critères de non-inclusion 18

1.3. Lieux et durée du recrutement 19

2. Échelles de mesures 19

2.1 Échelles d'évaluation des hallucinations 19

2.1.2.1. Choix de l'entretien semi-dirigé 21

2.1.2.2. Passation de l'entretien semi-dirigé 21

2.2. Autres échelles 22

2.2.1. Evaluation diagnostique du Trouble de Personnalité Borderline : La DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines – Revised) 22

2.2.2. Evaluation de la symptomatologie dissociative : La DES II (Dissociative Experiences Scale II) 22

2.2.3. Evaluation de la symptomatologie traumatique : Le THQ (Trauma History Questionnaire) 23

2.2.4. Evaluation de la symptomatologie de stress post-traumatique : La PCL-S (..... 23

Posttraumatic stress disorder Check List – Specific) 23

3. Procédure 24

3.1. Adressage 24

3.2. Passation 24

3.3. Traitement des données 27

3.3.1. Estimation de la prévalence 27

3.3.2. Analyses statistiques 27

3.3.3. Traitement des données qualitatives 27

3.3.3.1. Préparation du matériel 28

3.3.3.2. Travail de thématisation et élaboration du relevé de thèmes 28

3.3.3.3. Poursuite de l'analyse thématique : axes thématiques et arbre thématique 28

RESULTATS 30

1. Présentation de la population 30
1.1. Caractéristiques sociodémographiques 30
1.2. Caractéristiques cliniques 30
1.2.1. Traitements psychotropes 30
1.2.2. Comorbidités toxiques 31
2. Résultats quantitatifs 32
2.1. Hallucinations 32
2.1.1. Prévalence des hallucinations 32
2.1.2. Résultats de l'échelle PSAS 34
2.2. Symptômes dissociatifs, antécédents traumatiques et état de stress post-traumatique 37
2.3 Etudes de corrélation 39
3. Résultats de l'analyse thématique des entretiens 45
3.1. Type d'hallucination 47
3.1.1. Les hallucinations acoustico-verbales 47
3.1.1.1. Sous-types d'hallucinations acoustico-verbales 47
3.1.1.2. Localisation des hallucinations acoustico-verbales 48
3.1.1.3. Reconnaissance des hallucinations acoustico-verbales 49
3.1.2. Les hallucinations visuelles 49
3.1.2.1. Hallucinations visuelles de personnes humaines 49
3.1.2.2. Hallucinations visuelles d'animaux (zoopsies) 50
3.1.2.3. Autres types d'hallucinations visuelles 50
3.1.3. Les hallucinations cénesthésiques 51
3.1.3.1. Hallucinations tactiles 51
3.1.3.2. Hallucinations intra-corporelles 51
3.1.4. Les hallucinations olfactives 51
3.2. Conditions de survenue des hallucinations 52
3.2.1. Conditions extrinsèques de survenue 52
3.2.1.1. Lieux de survenue des hallucinations 52
3.2.1.2. Moments de survenue des hallucinations 53
3.2.1.3. Isolement 54
3.2.1.4. Influence des drogues 55
3.2.1.5. Caractéristiques temporelles des hallucinations 56
3.2.2. Conditions intrinsèques de survenue 57
3.2.2.1. Les émotions préalables aux hallucinations 57
3.2.2.2. Facteur déclencheur identifié des hallucinations 59
3.3. Vécu des hallucinations 60

3.3.1. Emotions secondaires aux hallucinations 60
3.3.2. Stratégies 63
3.3.3. Efficacité des stratégies développées 65
3.3.4. Intention des hallucinations 66
3.3.5. Contenu négatif des hallucinations 67
3.3.5.1. Contenu des voix 67
3.3.5.2. Genres d'odeurs 68
3.3.5.3. Evolution des hallucinations 69
3.4. Retentissement des hallucinations 69
3.4.1. Impact sur les relations interpersonnelles 69
3.4.2. Difficultés de verbalisation 70
3.4.3. Adhésion aux hallucinations 72
3.4.4. Contrôle des hallucinations 73
3.5. Genèse des hallucinations 73
3.5.1. Origine traumatique 74
3.5.1.1. Traumatismes psychologiques 74
3.5.1.2. Traumatismes physiques 75
3.5.1.3. Traumatismes sexuels 75
3.5.1.4. Traumatismes relationnels 75
3.5.2. Maladie 76
3.5.3. Croyances et dons 77
3.5.4. Genèse des hallucinations non-restituée ou restituée avec difficultés 77
DISCUSSION 79
1. Résultats obtenus 79
1.1. Prévalence des hallucinations 79
1.2. Résultats secondaires 80
2. Description de la population 86
3. Forces et limites de l'étude 88
4. Perspectives et enjeux 89
CONCLUSION 91
ANNEXES 93
Entretiens semi-dirigés 93
BIBLIOGRAPHIE 164

INTRODUCTION

Le trouble de personnalité borderline (TP BDL) est un terme créé en 1938 par Stern (1) pour désigner une symptomatologie à la frontière entre névrose et psychose, et introduit en 1980 dans les classifications internationales (2). Il qualifie un « mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparait au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers. »

Le TP BDL a une prévalence pouvant osciller entre 0,5 et 5,9% de la population générale selon les études (3–6) sans différence entre les deux sexes. Cette différence apparait cependant dans les populations cliniques où elle atteint entre 10 et 25% des patients (7) avec une prédominance féminine (6,8,9).

Cette pathologie est associée à de nombreuses comorbidités parmi lesquelles les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, certains autres troubles de la personnalité (3), ou encore les troubles du comportement alimentaire (10) et ce de façon plus marquée que les autres troubles de personnalité (11). Les comorbidités les plus fréquentes et fortes restent la consommation de toxiques (12), le syndrome de stress post-traumatique et les troubles dissociatifs sévères (13–15), avec une relation d'interdépendance entre le trouble de personnalité et les troubles de l'ancien axe I du DSM-IV en terme d'évolutivité et de pronostic (4,8).

Jusqu'aux années 1980, le trouble de la personnalité borderline a une place floue dans les classifications, à la frontière de la névrose et de la psychose. Les symptômes psychotiques, dont les hallucinations, pouvaient être tantôt strictement limités aux désordres psychotiques, tantôt acceptés dans des troubles névrotiques, voire considérés comme « factices » (12,16–19). Ces manifestations hallucinatoires ont plus récemment été étudiées dans le TP BDL (20).

Les hallucinations sont définies par Esquirol en 1838 comme une « conviction intime et inébranlable d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de sens. » (21). Bien que pouvant très rapidement être associées aux troubles psychiatriques, les étiologies somatiques sont également nombreuses parmi lesquelles les origines sensorielles, neurologiques, les troubles de la conscience, les causes toxiques et iatrogènes. Une distinction est classiquement faite entre hallucinations « psychosensorielles », faisant intervenir un ou plusieurs des cinq sens, et les hallucinations « intrapsychiques » décrites comme internes à la personne.

Elles ont d'abord été l'apanage exclusif des troubles psychotiques (22) avant d'être décrites dans d'autres syndromes comme l'état de stress post-traumatique, certaines formes de troubles bipolaires ou encore certains états dissociatifs (22–25), voire dans des populations non-cliniques (26). Suite à de nombreux débats quant au statut des symptômes psychotiques chez les patients borderlines, le DSM intègre en 1994 un neuvième critère au TP BDL incluant une symptomatologie psychotique transitoire ouvrant discrètement la voie aux hallucinations (16).

La plupart des études menées en psychiatrie retrouve une prépondérance des hallucinations auditives (27), majoritairement chez les patients souffrant de schizophrénie (28,29), mais également de trouble bipolaire (30), voire dans la population générale (23) dont les enfants et adolescents (31). Elles sont enfin retrouvées chez environ 30% des patients avec un trouble de personnalité borderline (20,32) avec une prévalence pouvant varier entre 14 et 50% selon les études (16,17,32–40).

Depuis les années 1970, les études portant sur les caractéristiques des hallucinations chez les patients avec un trouble de personnalité borderline se multiplient. Les hallucinations auditives y sont les plus fréquemment retrouvées, mais également les plus fréquemment étudiées (35,37). Seule une étude retrouve des hallucinations visuelles prédominantes (33).

Les hallucinations chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline ont longtemps été admises comme brèves, transitoires, réversibles et induites par le stress (17,18), mais depuis quelques années des durées beaucoup plus variables ont été décrites, oscillant entre quelques jours et plusieurs années (23,41,42). Tschoeke a pu mettre en évidence une expérimentation plus précoce des hallucinations par les patients souffrant d'un TP BDL par rapport aux schizophrènes (43).

Cette comparaison aux patients souffrant de schizophrénie a également fait l'objet de plusieurs études. Malgré l'utilisation d'échelles de mesure différentes, ces travaux s'accordent dans le sens où les caractéristiques des hallucinations entre patients avec un TP BDL et schizophrènes sont proches, avec cependant un retentissement négatif (plus grands niveaux de détresse et de négativité, plus grande résistance émotionnelle, survenue plus précoce dans la vie) plus important chez le premier groupe (17,23,36,40,43–45). L'intérêt de caractériser plus finement les hallucinations chez les patients avec un TP BDL est donc à la fois diagnostique, visant à ne pas considérer ces derniers comme schizophrènes ou comme simulateurs, mais inévitablement aussi thérapeutique en leur proposant une prise en charge adaptée et en leur épargnant des thérapeutiques inefficaces.

Dans cet objectif, une étude qualitative des hallucinations a été menée dans le cadre du travail de thèse du Dr Maxime Védère sur des patients avec un trouble de personnalité borderline incarcérés en 2016 (46). Il en est ressorti l'aspect désagréable et le contenu négatif des hallucinations qui, malgré une bonne critique, restent avec une contrôlabilité médiocre et un retentissement majeur (stigmatisation, isolement, auto-agressivité). Un biais important de cette étude est l'influence de l'enfermement dû à la détention. Le but de notre étude est de faire suite à ce premier travail au sein d'une population de patients souffrant d'un TP BDL en milieu libre, dans des conditions plus reproductibles et plus proches des situations cliniques « classiques ».

Ainsi, devant l'état actuel des données portant sur les manifestations hallucinatoires chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline, notre étude a comme objectif principal d'estimer la prévalence des hallucinations dans cette population avec un niveau de significativité élevé. En effet les travaux ayant étudié la question se basent sur des échantillons de petite taille à l'exception de celle de Yee en 2005 qui comportait 171 patients et celle de Kelleher en 2017 qui utilisait les données de 7403 patients avec un TP BDL (16,17,32–38). Devant le nombre important de patients à recruter, le travail actuel ne constitue qu'une étude préliminaire, et ses résultats ne seront que partiels concernant la partie quantitative.

L’autre objectif de notre étude est une étude des caractéristiques de ces hallucinations via une analyse qualitative et l’utilisation de plusieurs échelles, domaine encore peu exploré (46,47), qui a l’avantage de ne pas nécessiter un grand échantillon pour apporter des résultats significatifs et utiles cliniquement.

MATERIEL ET METHODE

Le protocole décrit en suivant se base sur celui utilisé dans le travail de thèse intitulé : « Hallucinations dans le trouble de la personnalité borderline : revue de la littérature et étude sur une population de patients en détention » (46).

Ce protocole a été repris et adapté pour obtenir les nouveaux accords nécessaires par la DRDI (Direction de la Recherche, du Développement et de l'Innovation) et le CPP (Comité de Protection des Personnes) « Sud Méditerranée III », comme le stipule la loi N° 2012-300 du 5 mars 2012 modifiée par l'ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016, relative aux recherches impliquant la personne humaine.

1. Sujets

1.1. Critères d'inclusion

Les patients ayant participé à cette étude devaient respecter un certain nombre de critères d'inclusion, à savoir :

- Patient porteur d'un diagnostic clinique de trouble de la personnalité borderline,
- Patient majeur âgé entre 18 et 75 ans,
- Patient ayant donné son consentement éclairé avec accord écrit.

1.2. Critères de non-inclusion

Les patients qui présentaient un ou plusieurs des critères suivants ont été exclus de l'étude :

- Schizophrénie
- Épisode dépressif caractérisé en cours
- Épisode maniaque ou hypomaniaque en cours
- Antécédent de traumatisme crânien
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral
- Maladie de Parkinson
- Démence
- Autisme
- Retard mental
- Patients mineurs ou âgés de plus de 75 ans
- Patient ne lisant ou ne comprenant pas le français
- Patient inapte à donner son consentement
- Patient incarcéré

1.3. Lieux et durée du recrutement

Le recrutement des patients de cette étude s'est effectué sur les trois centres hospitaliers suivants :

- CHU Toulouse Purpan, incluant les services d'hospitalisation UF1, UF2, UF3, UF4, le Centre de Thérapie Brève (CTB) et le Centre Médico-Psychologique (CMP) du secteur 7.

- CHS G. Marchant, incluant les services d'admission et de suite des secteurs 1 à 8 (sauf secteur 7 appartenant au CHU Purpan), les CMP rattachés respectifs, ainsi que le Pavillon d'Accueil des Jeunes Adultes (PAJA) et le CMP Saint-Sernin.

- Centre Psychothérapique P. Pinel (rattaché au CH de Lavaur [81]), incluant les services d'admission et de suite, ainsi que les CMP de Lavaur et de Saint-Sulpice.

La période d'inclusion des patients s'étale :

- De février 2018 à août 2018 pour l'étude préliminaire (objectif de 50 patients).

- De février 2018 à février 2021 pour l'étude dans sa totalité (objectif de 317 patients).

La procédure de recrutement est détaillée plus loin.

2. Échelles de mesures

2.1 Échelles d'évaluation des hallucinations

2.1.1. Psycho-Sensory Hallucinations Scale (PSAS)

La PSAS est une échelle permettant une étude à la fois purement descriptive, mais également quantitative et qualitative des hallucinations. Elle présente l'avantage de s'intéresser à tous les types de manifestations hallucinatoires (auditives, visuelles, olfactives, gustatives, cénesthésiques).

Validée en français et établie par une équipe française de neurologues et de psychiatres du CHU de Clermont-Ferrand (48) pour étudier les hallucinations chez les patients souffrant de schizophrénie ou de maladie de Parkinson, elle présente une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne fiabilité inter-évaluateurs et test-retest.

La PSAS se divise en quatre parties, chaque partie s'intéressant particulièrement à un ou deux types d'hallucination (auditive, visuelle, olfactive et gustative, cénesthésique). Au sein de chaque partie on retrouve des items recherchant à décrire les potentielles hallucinations, suivis d'items à visées quantitative et qualitative précisant des caractéristiques comme la fréquence de survenue, la durée, l'intensité sonore (pour les hallucinations visuelles), l'aspect désagréable, la

croyance, le retentissement et le caractère contrôlable. Cette seconde moitié d'items fait l'objet d'une sous-échelle de sévérité cotée de 0 (absent) à 4 (sévère).

Cette échelle est en réalité une échelle composite construite sur les items de trois autres échelles :

- La Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS) (49) : validée et très utilisée dans l'évaluation des hallucinations auditives chez les patients souffrant de schizophrénie mais également chez les patients non-psychotiques (50), c'est l'échelle la plus fréquemment utilisée pour rechercher et décrire des hallucinations chez les patients souffrant d'un TP BDL.

- Le Rush Hallucination Inventory (51) : principalement utilisée dans la maladie de Parkinson, elle évalue la présence, les caractéristiques et la sévérité des hallucinations de type visuel, auditif, olfactif et cénesthésique.

- La Tottory University Hallucination Rating Scale (TUHARS) (52) : elle aussi utilisée dans la maladie de Parkinson pour une étude qualitative et quantitative des hallucinations.

La passation de cette échelle dure en moyenne une quinzaine de minutes.

2.1.2. Étude qualitative

Dans l'ouvrage de Paillé et Mucchielli, « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociale », l'analyse qualitative est définie comme « une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes ». Ce type de recherche a pour objectif une meilleure compréhension des processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale (53).

Ce type d'analyse trouve son origine dans le courant phénoménologique de l'approche compréhensive, basé d'une part sur l'hétérogénéité entre les faits humains et sociaux, et les faits issus des sciences naturelles et physiques, les premiers étant porteurs de signification ; et d'autre part sur la possibilité qu'a l'homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme. Il est caractérisé par des moments de saisie intuitive des significations faisant intervenir le phénomène d'empathie, le but étant au final une interprétation « en compréhension » de l'ensemble étudié (53).

L'analyse qualitative est basée sur le langage, oral et écrit (mots, phrases, expressions), et donc sur le sens (la recherche mais aussi l'importation et la production). Il concerne tout autant la personne qui produit ce sens, celle qui l'analyse / l'observe ou celle qui le reçoit.

L'intérêt de l'utilisation d'un tel mode d'analyse n'émerge que depuis les années 1980, plus particulièrement dans le monde anglo-saxon. En France l'analyse qualitative fait encore peu l'objet de textes de fond.

Merrett, à travers une revue de la littérature, a mis en avant l'intérêt d'une plus grande compréhension des caractéristiques des hallucinations dans le TP BDL (45). Bien que les travaux quantitatifs soient reproductibles et applicables à des grands échantillons de patients,

leurs résultats ne permettent pas une exploration détaillée du vécu subjectif des patients face à leurs symptômes. C'est sur ce constat que Védère et son équipe ont choisi d'incorporer une analyse qualitative à leur étude.

2.1.2.1. Choix de l'entretien semi-dirigé

Au cours de son étude sur les patients souffrant d'un TP BDL incarcérés, Védère a décidé d'utiliser un entretien semi-dirigé, en plus des questionnaires, pour faire une étude approfondie des caractéristiques des hallucinations (46).

Contrairement aux questionnaires dont les réponses sont limitées dans leur nombre de possibilités, car fermées, ce type d'entretien privilégie les questions ouvertes permettant un échange le plus fluide possible entre le patient et son interlocuteur, ainsi qu'une certaine spontanéité. De plus le patient peut s'il le souhaite approfondir certaines réponses, partageant ses réflexions et ses doutes, favorisant un échange souvent constructif.

La différence notable entre l'entretien semi-dirigé et l'entretien ouvert vient du fait que, dans le premier type, la trame des questions posées permet d'orienter les réponses des patients vers les thèmes que l'on souhaite explorer. Les questions ont été conçues de façon à répondre aux objectifs de l'étude. Ouvertes, elles permettent un discours spontané du patient et une multiplication des données qui restent centrées sur le thème propre à l'interrogation. La constance des questions au fil des différents entretiens permet une analyse transversale des données, autorisant des regroupements thématiques à l'origine de la construction de l'arbre thématique.

Du fait de l'abondance des informations recueillies lors de ce type d'entretien, la quantité de données à traiter lors de l'analyse thématique ainsi que l'existence d'un phénomène de saturation des données (constaté généralement vers une quinzaine d'entretiens) impliquent une limitation du nombre de patients à inclure pour cette partie de l'étude.

2.1.2.2. Passation de l'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé est appelé ainsi car il est constitué d'une trame de questions posées aux patients avec un trouble de la personnalité borderline présentant ou ayant présenté des hallucinations. Ces questions sont idéalement posées dans l'ordre théorique de l'entretien, mais il est possible de choisir un ordre différent si la discussion s'y prête, afin de maintenir un échange naturel et cohérent avec le patient.

Il est nécessaire de préciser au patient avant d'initier l'entretien le fait qu'il n'y a pas de réponse attendue, tout comme il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à chaque question. Le but du dispositif est de recueillir le vécu subjectif du patient dans ces situations, et d'évaluer la compréhension qu'il a de ses symptômes.

Etant donné l'importance et la richesse des informations que peut extraire cette étape du protocole, il est précisé au patient, au début de la deuxième rencontre mais également au préalable dans la notice d'information, que l'entretien semi-dirigé est enregistré via un dictaphone afin d'assurer une retranscription fidèle et complète des données.

La passation de l'entretien semi-dirigé dure entre dix et quinze minutes.

2.2. Autres échelles

2.2.1. Evaluation diagnostique du Trouble de Personnalité Borderline : La DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines – Revised)

La DIB a été créée par Gunderson en 1981 (54), puis révisée par Zanarini en 1990 (DIB-R) dans le but de pouvoir distinguer plus facilement le TP BDL des autres troubles de la personnalité (55). Elle a été traduite en français en 1995 (56).

C'est un questionnaire standardisé, semi-structuré, hétéro-administré, évaluant les symptômes classiquement retrouvés dans le TP BDL. Ces derniers sont répartis en quatre grandes catégories : affects / émotions, cognitions, actions impulsives, et relations interpersonnelles. Il y a au total 136 items dont 22 énoncés-synthèses qui permettent à l'examinateur de scorer en fonction de certains groupes de questions.

Chaque item peut obtenir un score entre 0 (absence), 1 (présence possible ou probable) et 2 (présence avérée). Certains items ont un système de notation particulier qui est précisé le cas échéant. En fonction des résultats des différents énoncés-synthèses, le score pour chaque grande partie est ramené à entre 0 et 2 (affects / émotions et cognitions) ou entre 0 et 3 (actions impulsives et relations interpersonnelles) pour un score total de la DIB-R pouvant varier de 0 à 10. A partir d'un score 7 et plus, le questionnaire indique que l'on peut considérer le patient comme présentant un TP BDL.

La passation dure environ 45 minutes.

2.2.2. Evaluation de la symptomatologie dissociative : La DES II (Dissociative Experiences Scale II)

La DES II est une version revue et simplifiée de la DES datant de 1986 (57). Elle se distingue de cette dernière essentiellement par la façon de coter les résultats.

Cette échelle recherche les troubles dissociatifs et quantifie les expériences dissociatives chez les sujets via 28 questions portant sur des situations de la vie quotidienne. Le patient répond à chaque question par un chiffre entre 0 et 100% selon la fréquence de survenue du symptôme dans sa vie. Le score total est lui aussi compris entre 0 et 100, et correspond à la moyenne des différentes questions. Un score final supérieur ou égal à 30 correspond à un haut niveau de dissociation.

Cet auto-questionnaire présente une meilleure validité convergente que la version de 1986 (58). Il est important de rappeler qu'il ne permet pas de poser de diagnostic de trouble dissociatif, mais seulement d'obtenir des arguments en faveur. Des échelles comme la SCID-D (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders) ou le DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) le permettent.

Il a été convenu d'utiliser la version franco-canadienne de l'échelle (59), de par sa plus grande facilité d'accessibilité et dont la traduction est très proche.

La passation dure une dizaine de minutes.

2.2.3. Evaluation de la symptomatologie traumatique : Le THQ (Trauma History Questionnaire)

Cet auto-questionnaire étudie les évènements potentiellement traumatiques qui composent la vie du patient. Il a fait preuve de bonnes validité et fiabilité dans les populations cliniques et non-cliniques (60).

Composé de 24 questions, il se divise en trois grandes parties : les traumatismes liés à la criminalité, les catastrophes naturelles et liées à l'Homme, et les expériences physiques et sexuelles. La dernière question s'intéresse à tout autre évènement que le patient aurait pu vivre de façon traumatisante et qui n'est pas recherché dans les trois grandes parties.

Il s'agit d'une échelle constituée de questions fermées (se répondant par oui / non). Dans le cas d'une réponse positive, le patient doit essayer de se souvenir combien de fois cet évènement lui est arrivé, et vers quel âge environ.

La passation dure une quinzaine de minutes.

2.2.4. Evaluation de la symptomatologie de stress post-traumatique : La PCL-S (Posttraumatic stress disorder Check List – Specific)

La PCL-S est également un auto-questionnaire cherchant à évaluer les symptômes composant un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) (61,62) . Traduite en français, elle est validée dans le dépistage et le suivi d'un ESPT (63,64).

Pour répondre aux questions de l'échelle, le patient doit au préalable choisir l'évènement de vie qu'il considère comme le plus traumatisant. Ce choix est fait à l'aide du THQ fait précédemment, qui a permis l'établissement d'une liste des traumatismes.

La PCL-S se décompose en 17 questions, elles-mêmes basées sur les symptômes de l'ESPT du DSM IV. Elles se répartissent en trois grandes parties : étude des symptômes d'intrusion (critère B du DSM IV, questions 1 à 5), des symptômes d'évitement (critère C, questions 6 à 12) et des symptômes d'hyper-éveil (critère D, questions 13 à 17).

Il y a cinq possibilités de réponse par question en fonction de la fréquence et de l'intensité des symptômes sur les derniers mois (« pas du tout », « un peu », « parfois », « souvent » et « très souvent », correspondant à un score de 1 à 5). Le score minimal de l'échelle est donc de 17, par addition des scores de chaque question. Un score supérieur à 44 est en faveur d'un haut risque d'ESPT, bien que là encore, la PCL-S ne constitue pas une échelle diagnostique (61).

La prévalence estimée de l'ESPT dans le TP BDL est généralement de 35% à 40% (13).

La passation dure entre cinq et dix minutes.

3. Procédure

3.1. Adressage

Le protocole a été validé sur le versant méthodologique par la Direction de la Recherche, du Développement et l'Innovation (DRDI), puis sur le versant éthique par le Comité de Protection des Personnes (CPP) « Sud Méditerranée III », comme le stipule la loi N° 2012-300 du 5 mars 2012 modifiée par l'ordonnance n°2016-800 du 16 juin 2016, relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite Loi Jardé).

Les différents médecins psychiatres, mais également les internes en psychiatrie des différents services du CHU Purpan, du CH G. Marchant et du CH de Lavaur ont été informés de la réalisation de l'étude et des modalités de recrutement.

Après avoir été informés, les praticiens étaient libres de parler du projet de recherche à leurs patients portant un diagnostic de TP BDL et respectant les critères d'inclusion et de non-inclusion. Ils leur remettaient la notice d'information, expliquant les objectifs de l'étude, sa méthodologie, sa durée, ses bénéfices attendus et ses contraintes, ainsi que le déroulement de la recherche.

Que le patient soit hospitalisé ou suivi en ambulatoire, il bénéficiait d'un temps de réflexion avant de passer les différentes échelles. Il pouvait poser les questions qu'il souhaitait à son médecin lors d'un nouvel entretien / d'une nouvelle consultation, ou même plus tard lors du premier entretien de recrutement.

Enfin, le patient était invité, lors du premier entretien, à signer un formulaire de consentement confirmant son accord de participation, en lui rappelant sa possibilité de quitter l'étude à tout moment sans justification et l'absence d'impact concernant sa prise en charge habituelle.

3.2. Passation

Il a été constaté lors de l'étude des hallucinations chez les patients incarcérés souffrant d'un TP BDL que les sujets pouvaient présenter une certaine fatigabilité au bout d'une heure d'entretien (46). C'est pourquoi l'équipe en charge du projet a décidé de répartir les différents questionnaires en deux rencontres séparées. Ce schéma a été repris pour l'étude actuelle.

Le premier entretien consistait à vérifier avec le patient les critères d'inclusion et de non-inclusion, à recueillir les critères sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, antécédents, traitements actuels, prises de toxiques, nombre d'hospitalisations en psychiatrie sur les deux dernières années et durée moyenne d'hospitalisation), et enfin à faire passer la DIB-R. Etant donné l'intérêt particulier pour les hallucinations dans cette étude, les questions les concernant dans la partie « Cognitions » ont été étudiées soigneusement.

Le déroulement du second entretien dépendait des résultats obtenus à la DIB-R :

- Dans l'éventualité d'un score inférieur à 7 sur 10, le patient était exclu de l'étude car considéré comme ne souffrant pas d'un trouble de personnalité borderline.

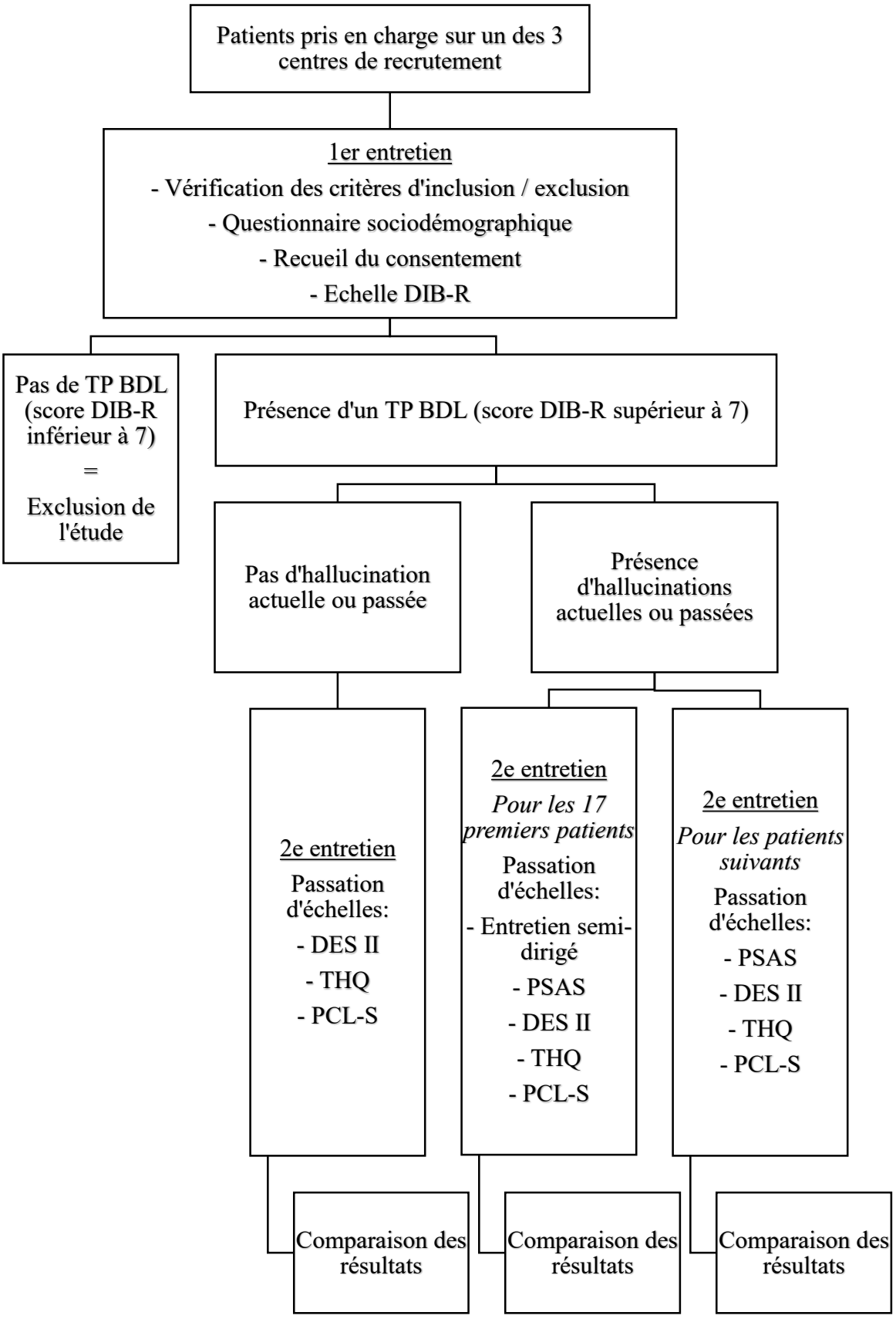
- Les patients ayant obtenu un score égal ou supérieur à 7 à la DIB-R étaient répartis en deux groupes :
    - Dans le premier groupe : les patients ayant répondu positivement à au moins un des items s'intéressant aux hallucinations étaient inclus dans le groupe « TP BDL avec hallucinations ». Ils passaient lors du second entretien les échelles suivantes : l'entretien semi-dirigé, la PSAS, la DES II, le THQ et la PCL-S dans cet ordre. Il est important de préciser que l'entretien semi-dirigé était réalisé en premier afin de diminuer le risque de biais, les réponses aux autres échelles pouvant influencer celles données au cours de l'entretien.

        - Seuls les 17 premiers patients présentant le diagnostic de TP BDL et des hallucinations ont passé l'entretien semi-dirigé. En effet, comme il a été précisé plus haut, la quantité d'informations recueillies au cours de cet exercice était importante, si bien qu'un phénomène de saturation des données était constaté à partir d'une quinzaine d'entretiens.

        - Les patients ayant déclaré présenter un ou plusieurs types d'hallucinations ont dû préciser leur relation aux consommations de substances toxiques. Seuls les patients qui présentaient des symptômes hallucinatoires en dehors ou indépendamment des consommations étaient inclus dans le groupe « halluciné ». Ceux qui n'avaient des hallucinations qu'après prise de drogues étaient inclus dans l'autre groupe.

    - Dans le deuxième groupe : les patients ayant répondu négativement à toutes les questions de la DIB-R concernant les hallucinations étaient inclus dans le groupe « TP BDL sans hallucination ». Ils ne passaient que les échelles de dissociation et de trauma (DES II, THQ et PCL-S dans cet ordre).

Un organigramme de la procédure de recrutement est présenté à la page suivante.


Patients pris en charge sur un des 3 centres de recrutement
1er entretien
- Vérification des critères d'inclusion / exclusion
- Questionnaire sociodémographique
- Recueil du consentement
- Echelle DIB-R
Pas de TP BDL (score DIB-R inférieur à 7)
=
Exclusion de l'étude
Présence d'un TP BDL (score DIB-R supérieur à 7)
Pas d'hallucination actuelle ou passée
Présence d'hallucinations actuelles ou passées
2e entretien
Passation d'échelles:
- DES II
- THQ
- PCL-S
2e entretien
Pour les 17 premiers patients
Passation d'échelles:
- Entretien semi-dirigé
- PSAS
- DES II
- THQ
- PCL-S
2e entretien
Pour les patients suivants
Passation d'échelles:
- PSAS
- DES II
- THQ
- PCL-S
Comparaison des résultats
Comparaison des résultats
Comparaison des résultats

3.3. Traitement des données

3.3.1. Estimation de la prévalence

Afin d'obtenir des résultats significatifs et après calculs, le nombre de patients à recruter a été fixé à 317.

Ce nombre est très largement supérieur aux échantillons obtenus dans les études existantes portant sur les hallucinations chez les patients avec un TP BDL (16,17,33–37). Aussi, en se basant sur l'étude comportant le plus grand échantillon (171 patients, prévalence estimée des hallucinations de 29% (35), le nombre de 317 patients a été retenu pour obtenir une précision à 5% près de la prévalence (intervalles de confiance calculés selon la méthode exacte de Clopper-Pearson avec le logiciel PASS version 11). Dans le cas le plus défavorable où la prévalence serait de 50%, la précision de l'estimation serait de 11% avec cette taille d'étude.

3.3.2. Analyses statistiques

Il a été convenu de réaliser les analyses avec des logiciels semblables à ceux utilisés dans l'étude des hallucinations chez les patients incarcérés souffrant d'un trouble de la personnalité borderline : Excel© et XLSTAT© (46). Les moyennes et les écarts-types des résultats ont été calculés pour les variables quantitatives, et les effectifs en nombre de sujets pour les variables qualitatives.

La prévalence des manifestations hallucinatoires au cours des 2 dernières années a été estimée (score > 7 à l'échelle DIB-R) et son intervalle de confiance à 95% calculé selon la méthode binomiale exacte.

Les caractéristiques des manifestations hallucinatoires ont été décrites dans le sous-groupe des patients présentant des hallucinations (dans les 2 dernières années, toujours selon la DIB-R).

Les caractéristiques des sujets, les scores de dissociation (DES II) et de stress post-traumatique (PCL-S) ont été comparés entre les groupes de patients présentant des hallucinations ou non. Pour évaluer les associations entre certaines caractéristiques des hallucinations et les scores de la DES II (dissociation) ou de la PCL-S (ESPT), plusieurs analyses bi-variées utilisant le test de Mann Whitney Wilcoxon ont été réalisées lors de la comparaison d'une variable qualitative avec une variable quantitative, et le test de corrélation des rangs de Spearmann pour comparer deux variables quantitatives. Ces données ont été discutées par rapport à celles obtenues chez les patients borderlines incarcérés dans la partie « Discussion ».

3.3.3. Traitement des données qualitatives

Comme lors de l'étude sur les patients souffrant d'un TP BDL incarcérés, le choix d'une analyse thématique comme définie par Paillé et Mucchielli dans « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » a été fait (53).

L'intérêt principal d'une analyse thématique est le travail de thématisation, qui consiste, à partir d'un corpus de données, à mettre en évidence un certain nombre de thèmes représentatifs du matériau analysé, pour en faire des ensembles thématiques saillants se regroupant autour d'axes

thématiques, l'objectif final étant la création d'un arbre thématique en rapport avec l'orientation de la recherche.

Parmi les avantages de l'analyse thématique, on trouve son association possible aux études quantitatives ou encore son statut d'étape préliminaire pour d'autres types d'études qualitatives.

A ce jour, cette étude est la seule avec celle de Védère en 2016 à étudier qualitativement les hallucinations chez les patients souffrant d'un TP BDL. C'est également la première étude à s'y intéresser chez des patients avec TP BDL en milieu libre.

3.3.3.1. Préparation du matériel

Pour une exploitation des données dans les meilleures conditions, les patients recrutés ont été informés de l'enregistrement de l'entretien semi-dirigé à l'aide d'un dictaphone. Cet enregistrement permet une retranscription fidèle du corpus à partir duquel va se faire l'analyse thématique. Une fois rédigés, les entretiens semi-dirigés ont été écoutés à nouveau pour vérifier la fidélité de la retranscription.

3.3.3.2. Travail de thématisation et élaboration du relevé de thèmes

Il a été décidé de réaliser une démarche de thématisation selon un mode continu, c'est-à-dire que les thèmes ont été relevés au fur et à mesure de la lecture du corpus. Plusieurs lectures d'un même entretien semi-dirigé sont en général nécessaires pour recueillir des thèmes allant du plus évident au plus implicite, mais qui dans tous les cas ont pour objectif de décrire et de résumer le matériau analysé.

Ces thèmes ont été inscrits dans un « relevé de thèmes », de manière linéaire indépendamment de l'ordre des questions posées au cours de l'entretien semi-dirigé. Là encore, au fil des lectures se sont dégagés des regroupements de thèmes qui présentent un lien en « ensembles thématiques saillants ». Ce lien peut être une récurrence, une opposition, une convergence ou au contraire une divergence, une parenté ou une subsidiarité. Dans toutes les situations la mise en évidence de ce lien est fondamentale dans la suite de la construction de l'arbre thématique.

3.3.3.3. Poursuite de l'analyse thématique : axes thématiques et arbre thématique

L'introduction du chapitre de l'ouvrage de Paillé et Mucchielli souligne bien que l'analyse thématique fait intervenir des procédés de réduction des données (les thèmes), dans le but de décrire et résumer progressivement le corpus à analyser afin de répondre à la question posée par la recherche.

La représentation type de ce résumé est appelée « arbre thématique ». Cet arbre est représenté par des rubriques classificatoires comprenant divers regroupements thématiques, constitués eux-mêmes d'axes thématiques et d'ensembles thématiques saillants, ces derniers étant construits sur la base des thèmes (voire de sous-thèmes) recueillis lors de la lecture du corpus. La construction de l'arbre, et donc de l'analyse thématique, part toujours des thèmes pour arriver aux regroupements thématiques et aux rubriques classificatoires.

Comme dans l'étude de Védère sur les patients avec un TP BDL incarcérés, et comme il a été précisé plus haut, la démarche de thématisation continue a été choisie. Bien que plus complexe et plus chronophage, cette démarche a l'avantage d'une analyse fine des données avec un regroupement linéaire des thèmes et l'élaboration progressive de l'arbre thématique, qui ne sera donc terminé qu'à la toute fin de l'analyse, après avoir exploré toutes les modifications éventuelles inhérentes à ce type de démarche (46).

RESULTATS

1. Présentation de la population

1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Sur les huit mois de recrutement, 56 patients ont été orientés en vue d'une participation à l'étude. Sur les 56 initiaux, 46 ont été inclus. Parmi les dix autres, 3 ont refusé de participer à l'étude, 3 autres n'ont pas répondu aux propositions de rendez-vous faites, et 4 enfin n'ont pas été retenus après le premier entretien pour cause de critères diagnostiques insuffisants (score inférieur à 7/10 à l'échelle DIB-R). Un patient sur les 46 a été perdu de vue en cours d'étude. Le nombre de patients ayant donc mené à terme les deux entretiens complets est de 45.

Concernant les lieux de recrutement :

- 13 patients ont été recrutés sur le CHU Toulouse Purpan, dont 10 dans le cadre d'une hospitalisation, 2 en suivi ambulatoire et 1 en hospitalisation pour le premier entretien et en ambulatoire pour le deuxième entretien.
- 17 patients ont été recrutés sur le CHS G. Marchant, dont 4 dans le cadre d'une hospitalisation, 12 en suivi ambulatoire et 1 en hospitalisation pour le premier entretien et en ambulatoire pour le deuxième entretien.
- 15 patients ont été recrutés sur le Centre Philippe Pinel, dont 8 dans le cadre d'une hospitalisation, 6 en suivi ambulatoire et 1 en ambulatoire pour le premier entretien et en hospitalisation pour le deuxième entretien.

L'échantillon obtenu comprenait 45 patients, dont 7 hommes (15,6%) et 38 femmes (84,4%). L'âge moyen était de 32,62 ans, avec le patient le plus jeune de 18 ans et le patient le plus âgé de 59 ans. Le nombre moyen d'années d'études était quant à lui de 12,11 ans (avec une fourchette s'étalant de 3 à 18 ans de scolarisation), l'âge de début de la scolarité ayant été fixé à 6 ans.

1.2. Caractéristiques cliniques

1.2.1. Traitements psychotropes

Sur les 45 patients ayant mené les deux entretiens dans leur intégralité, les prescriptions étaient réparties comme indiqué en suivant :
- 31 avaient une prescription pour au moins un traitement antidépresseur,
- 34 avaient une prescription pour au moins une benzodiazépine,
- 10 avaient une prescription pour au moins un thymorégulateur,
- 25 avaient une prescription pour au moins un neuroleptique « typique » ou de 1ère génération,

- 27 avaient une prescription pour au moins un neuroleptique « atypique » ou de seconde génération,
- 14 avaient une prescription pour au moins un hypnotique (majoritairement un apparenté aux benzodiazépine),
- 3 avaient un traitement antihistaminique à visée sédative.

Types de traitements prescrits	Nombre de patients (n=45)
Antidépresseur	31
Benzodiazépine	34
Thymorégulateur	10
Neuroleptique 1G	25
Neuroleptique 2G	27
Hypnotique	14
Antihistaminique	3

Aucun patient sur les 45 n'avait aucun traitement, tandis que :
- 5 patients avaient une monothérapie (3 sous antidépresseur, 1 sous benzodiazépine, 1 sous neuroleptique typique),
- 9 patients étaient sous une bithérapie,
- 8 patients avaient une trithérapie,
- 17 patients étaient sous une quadrithérapie,
- 5 patients avaient une pentathérapie,
- 1 patient était sous prescription d'une hexathérapie.

Nombre de catégories de psychotropes	Nombre de patients (n=45)
Monothérapie	5
Bithérapie	9
Trithérapie	8
Quadrithérapie	17
Pentathérapie	5
Hexathérapie	1

1.2.2. Comorbidités toxiques

En ce qui concerne les consommations de toxiques dans l'échantillon recruté :
- 30 patients fumaient du tabac régulièrement, 1 en fumait de manière occasionnelle,
- 7 patients déclaraient consommer de l'alcool régulièrement, 14 en consommaient de manière occasionnelle et 2 signalaient une consommation sevrée,
- 9 patients déclaraient consommer du cannabis régulièrement, 8 en consommaient de manière occasionnelle et 3 signalaient une consommation sevrée,
- 1 patient déclarait consommer des opiacés (héroïne ou substitut) régulièrement, 1 en consommait de manière occasionnelle et 2 signalaient une consommation sevrée,
- 3 patients déclaraient consommer de la cocaïne (ou un dérivé) régulièrement, 3 en consommaient de manière occasionnelle et 2 signalaient une consommation sevrée.

Dix patients de l'échantillon ont déclaré ne prendre aucun toxique.

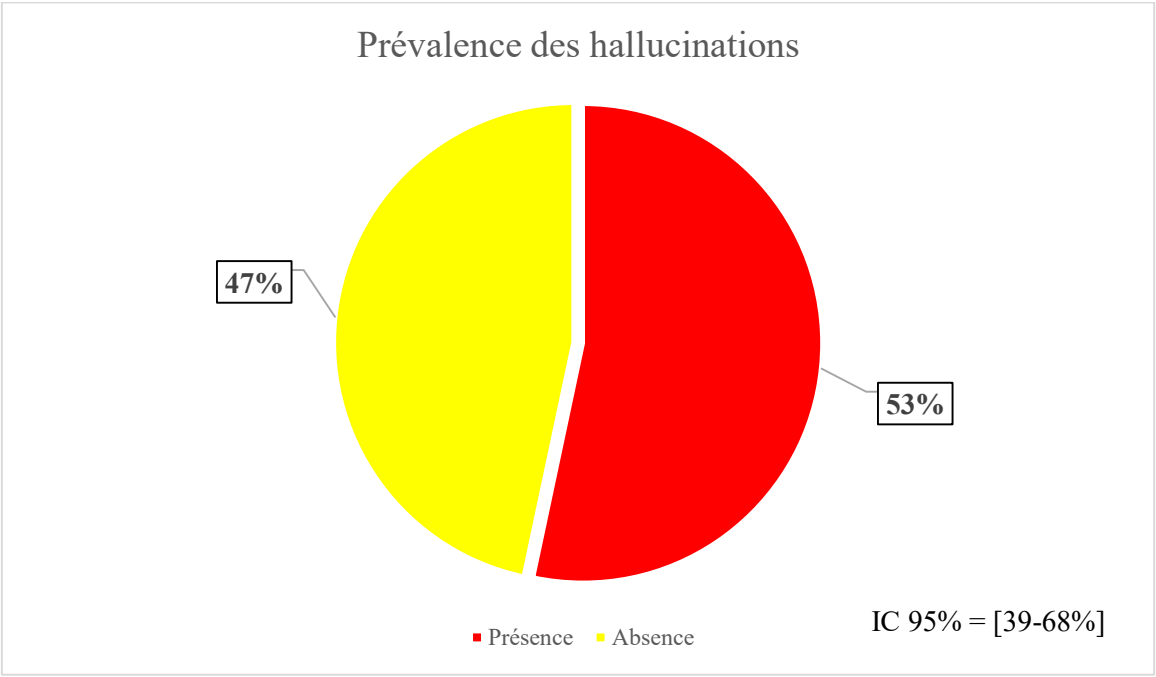
Consommation de toxiques	Nombre de patients (n=45)		
	Régulière	Occasionnelle	Sevrée
Tabac	30	1	0
Alcool	7	14	2
Cannabis	9	8	3
Opiacés	1	1	2
Cocaïne	3	3	2

2. Résultats quantitatifs

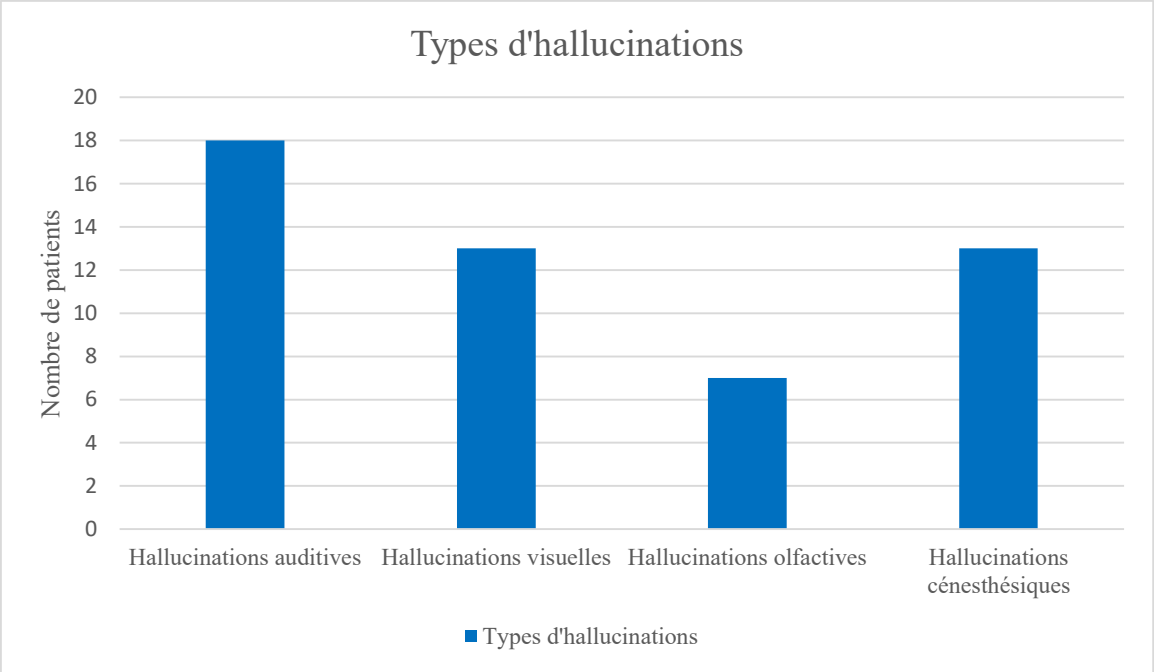
2.1. Hallucinations

2.1.1. Prévalence des hallucinations

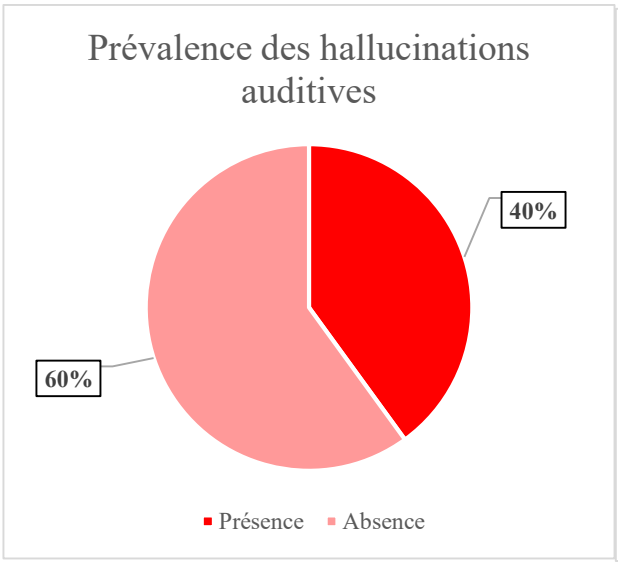
Au décours des huit mois de recrutement et de 45 entretiens réalisés dans leur intégralité, 24 patients ont déclaré présenter ou avoir récemment présenté des épisodes hallucinatoires, quel que soit leur type. Cela revient à une prévalence estimée de 53,3% avec une fourchette de valeurs extrêmes allant de 39 à 68% avec un intervalle de confiance à 95%.

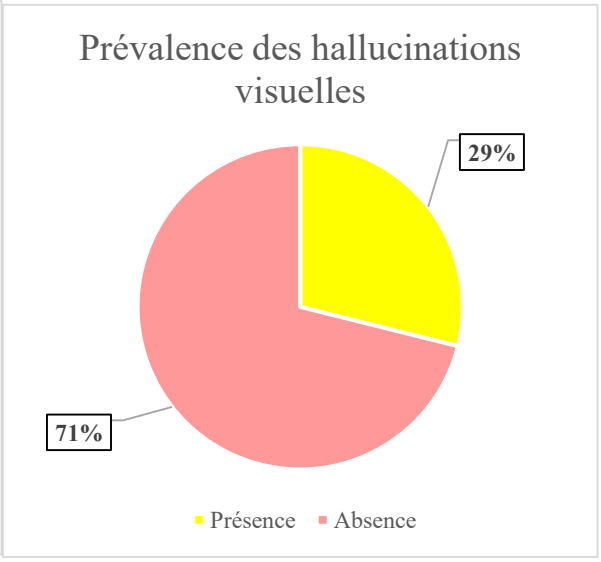


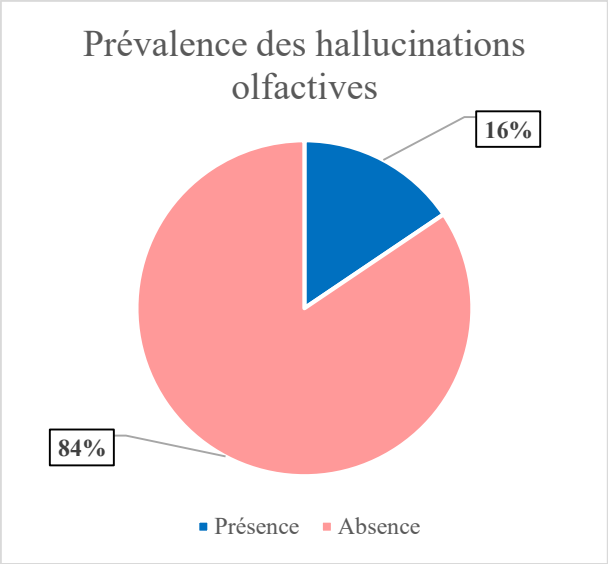
Au sein de ces 24 patients hallucinés, 18 ont déclaré avoir ou avoir eu récemment des hallucinations auditives, 13 des hallucinations visuelles, 7 des hallucinations olfactives, et enfin 13 des hallucinations cénesthésiques.

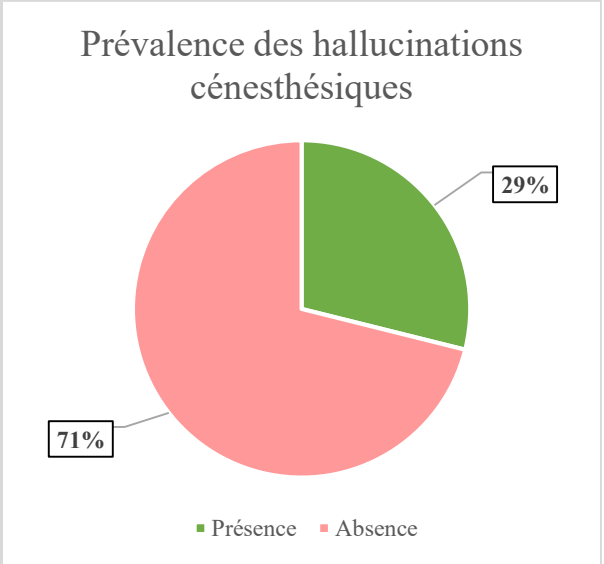


La prévalence des hallucinations par type dans l'échantillon s'élève à 40% pour les hallucinations auditives (18/45), 29% pour les hallucinations visuelles et cénesthésiques (13/45) et 16% pour les hallucinations olfactives (7/45).









2.1.2. Résultats de l'échelle PSAS

Les résultats détaillés obtenus lors de la passation de la PSAS (uniquement pour les patients ayant déclaré présenter des symptômes hallucinatoires) sont décrits ci-dessous, en fonction du type d'hallucination.

HALLUCINATIONS AUDITIVES (18 patients)			
	Nombre de sujets		**Nombre de sujets**
Type :		**Intensité :**	
Mots	**13**	Plus faible que voix du patient	7
Phrases	**14**	Même intensité	5
Bruits	**13**	Plus forte que voix du patient	5
Musique	7	Cris	1
Autres	4		
Connaissance :		**Aspect négatif ou désagréable :**	
Connait ce qui est dit	**15**	Aucun	3
Toujours la même chose	9	Parfois (<10%)	2
Dans sa langue	**14**	Minoritaire (<50%)	0
Dans une autre langue	4	Majoritaire (>50%)	**7**
Destinées au patient	**15**	Total (100%)	**6**
Dialogue possible	7		
Connaissance de l'interlocuteur	7		
Provenance :		**Croyances :**	
Proches	**15**	Critique parfaite	8
Eloignées	4	Critique après adhésion brève	2
Distinctes	**15**	Adhésion partielle	3
		Adhésion totale	5
Fréquence :		**Durée :**	
Moins d'une fois / semaine	6	Quelques secondes	6
Environ une fois / semaine	1	Quelques minutes	7
Plusieurs fois / semaine	7	Au moins une heure	1
Tous les jours	4	Plusieurs heures	4

Retentissement des voix :		**Caractère contrôlable :**	
Aucun	**4**	Contrôle volontaire	1
Perturbation minime	**4**	Contrôle majoritaire	0
Perturbation modérée	**9**	Contrôle la moitié du temps	3
Perturbation sévère	0	Contrôle occasionnel	3
Perturbation totale	1	Aucun contrôle	**11**

Les hallucinations auditives rapportées par les patients ont été très variables dans leurs types, avec une fréquence élevée de phrases entendues (14 patients sur 18), mais également de mots simples (13/18) et de bruits (13/18). Dans la grande majorité des cas le patient connait ces bruits ou ces phrases (15/18) qui sont dans sa langue (14/18) et qui lui sont destinés (15/18). Leur provenance est majoritairement proche du patient et leur compréhension distincte (15/18). Le contenu négatif, bien que variable lui aussi, a été retrouvé majoritairement ou totalement négatif chez 13 patients sur 18. L'étude des croyances retrouve une critique immédiate ou après adhésion brève chez un peu plus de la moitié des patients (10/18). La durée de survenue, elle aussi assez variable, est cependant généralement brève (quelques secondes ou quelques minutes chez 13 patients sur 18). Les hallucinations auditives entrainent chez les patients une perturbation modérée des activités de la vie quotidienne (9/18) ou moins. Le caractère incontrôlable de ces symptômes a été mis en avant par 11 patients sur 18. La fréquence de survenue et l'intensité des hallucinations ont été décrites comme très variables.

HALLUCINATIONS VISUELLES (13 patients)			
	Nombre de sujets		**Nombre de sujets**
Moment d'apparition :		**Caractéristiques :**	
Jour	**11**	Immobiles	7
Nuit	8	En mouvement	10
Endormissement	5	Kaléidoscopiques	4
Réveil	4	Minuscules	2
		Gigantesques	4
		En relief	6
		Colorées	7
Type élémentaire :		**Aspect négatif ou désagréable :**	
Lumières	**7**	Aucun	4
Tâches colorées	5	Parfois (<10%)	2
Flammes ou flashs	**8**	Minoritaire (<50%)	2
Formes géométriques	3	Majoritaire (>50%)	2
		Total (100%)	3
Type complexe :		**Croyances :**	
Objets	5	Critique parfaite	3
Figures	5	Critique après adhésion brève	5
Animaux	4	Adhésion partielle	1
Personnages	**12**	Adhésion totale	4
Scènes fixes	7		
Scènes animées	10		
Fréquence :		**Durée :**	
Moins d'une fois / semaine	7	Quelques secondes	7
Environ une fois / semaine	1	Quelques minutes	4
Plusieurs fois / semaine	4	Au moins une heure	2

Tous les jours	1	Plusieurs heures	0
Retentissement :		**Caractère contrôlable :**	
Aucun	6	Contrôle volontaire	3
Perturbation minime	3	Contrôle majoritaire	0
Perturbation modérée	3	Contrôle la moitié du temps	0
Perturbation sévère	1	Contrôle occasionnel	1
Perturbation totale	0	Aucun contrôle	**9**

Les hallucinations visuelles décrites par les 13 patients concernés pouvaient survenir à divers moments de la journée, mais le soir (inclus dans « jour ») a été rapporté le plus souvent. Des visions de personnages ou d'ombres de personnages ont été le plus souvent décrites (12 patients sur 13) dans le cadre de scènes animées (10/13). Des visions élémentaires à type de flashs ou de lumières pouvaient également survenir fréquemment (8/13 et 7/13). Une critique immédiate ou après adhésion brève était majoritaire (8/13). La durée de survenue des hallucinations visuelles était, comme les hallucinations auditives, brèves (quelques secondes à quelques minutes chez 11 patients sur 13). Le retentissement était variable même si moins marqué que pour les hallucinations acoustico-verbales. Le caractère incontrôlable de ces symptômes a été mis en avant par 9 patients sur 13. La fréquence de survenue a été décrite comme très variable selon les patients ainsi que le contenu négatif.

HALLUCINATIONS OLFACTIVES (7 patients)			
	Nombre de sujets		**Nombre de sujets**
Type :		**Croyances :**	
Agréables	3	Critique parfaite	2
Nauséabondes ou putrides	4	Critique après adhésion brève	3
Avec connotation sexuelle	0	Adhésion partielle	0
Connues	**7**	Adhésion totale	2
Provenance :		**Aspect négatif ou désagréable :**	
Corporelles	0	Aucun	2
Extérieures	**7**	Parfois (<10%)	1
		Minoritaire (<50%)	1
		Majoritaire (>50%)	2
		Total (100%)	1
Fréquence :		**Durée :**	
Moins d'une fois / semaine	**6**	Quelques secondes	0
Environ une fois / semaine	0	Quelques minutes	**6**
Plusieurs fois / semaine	1	Au moins une heure	0
Tous les jours	0	Plusieurs heures	1
Retentissement :		**Caractère contrôlable :**	
Aucun	4	Contrôle volontaire	0
Perturbation minime	2	Contrôle majoritaire	1
Perturbation modérée	1	Contrôle la moitié du temps	0
Perturbation sévère	0	Contrôle occasionnel	0
Perturbation totale	0	Aucun contrôle	**6**

Les hallucinations olfactives ont eu une connotation variable selon les patients, mais tous s'accordaient sur le fait que l'odeur leur était connue et qu'elle venait de l'extérieur de leur

corps. La fréquence de survenue était plutôt rare (moins d'une fois par semaine chez 6 patients sur 7), et leur durée brève (quelques minutes chez 6/7). Le retentissement était modéré voire nul (6/7). Le caractère incontrôlable était une fois de plus majoritaire (6/7), tandis que le niveau de croyance et l'aspect négatif était très variables.

HALLUCINATIONS CENESTHESIQUES (13 patients)			
	Nombre de sujets		**Nombre de sujets**
Type :		**Croyances :**	
Piqûres	8	Critique parfaite	**8**
Brûlures	6	Critique après adhésion brève	**2**
Poids ou gêne	**10**	Adhésion partielle	1
Choses grouillantes	6	Adhésion totale	2
Etre touché	**13**	**Aspect négatif ou désagréable :**	
Transformation corporelle :	1	Aucun	1
Eclate	1	Parfois (<10%)	1
Se vide ou se remplie	0	Minoritaire (<50%)	0
Partie changeante	0	Majoritaire (>50%)	**2**
Partie se bouchant	0	Total (100%)	**9**
Disparition corporelle	0		
Fréquence :		**Durée :**	
Moins d'une fois / semaine	6	Quelques secondes	**5**
Environ une fois / semaine	0	Quelques minutes	**5**
Plusieurs fois / semaine	5	Au moins une heure	0
Tous les jours	2	Plusieurs heures	3
Retentissement :		**Caractère contrôlable :**	
Aucun	2	Contrôle volontaire	1
Perturbation minime	7	Contrôle majoritaire	0
Perturbation modérée	4	Contrôle la moitié du temps	1
Perturbation sévère	0	Contrôle occasionnel	1
Perturbation totale	0	Aucun contrôle	**10**

Les hallucinations cénesthésiques ont été décrites là encore de façon très variée par les patients, mais la totalité ont évoqué la sensation d'être touché, et de façon moindre une sensation de poids ou de gêne (10 patients sur 13). La croyance a relevé une critique importante immédiate ou légèrement différée (10/13). Le contenu négatif total ou majoritaire a été mis en avant par une grande majorité (11/13). La durée, comme pour les autres types d'hallucinations, était généralement brève (quelques secondes à quelques minutes chez 10/13). Le retentissement sur les activités oscillait entre le minime et le modéré (11/13). Une fois de plus le caractère incontrôlable a été mis en avant chez 10 patients sur 13. La fréquence de survenue a à nouveau été décrite de façon variée.

2.2. Symptômes dissociatifs, antécédents traumatiques et état de stress post-traumatique

L'échelle DES II étudiant les symptômes dissociatifs a été passée par les 45 patients de l'échantillon. Le score moyen obtenu a été de 25,06 sur 100, les scores totaux allant de 7,14 à

68,57. Le score à partir duquel il y a un risque de trouble dissociatif associé est fixé à 30 par la DES II. Quinze patients ont présenté un score supérieur, leur score moyen étant de 40,39 sur 100 avec des scores extrêmes allant de 30,89 à 68,57.

Echelle DES II	
Nombre de patients total	45
Score moyen	25,06/100
Scores extrêmes	7,14/100 – 68,57/100
Nombre de patients avec DES II > 30	15 (33,3%)
Score moyen chez patients positifs	40,39/100
Scores extrêmes chez patients positifs	30,89/100 – 68,57/100
Nombre de patients hallucinés positifs	11/24 (45,83%)

Concernant la passation du THQ relatif à l'étude des antécédents traumatiques, celui-ci a mis en évidence un âge moyen de survenue du premier traumatisme de 7,97 ans. Ce score a été calculé sur la base de 38 patients car 7 n'ont pas été en mesure d'estimer cet âge. Cependant tous les patients du groupe ont rapporté au moins un type de trauma proposé par le questionnaire, soit 100% de traumatisme retrouvé dans cet échantillon. Les âges extrêmes de survenue du premier traumatisme allaient de 3 ans à 20 ans. Trente-sept patients sur 38 (97,34%) étaient mineurs lorsqu'ils ont vécu ce premier épisode. Le nombre moyen de traumatismes différents était de 8,4 sur les 23 proposés par l'échelle, les scores extrêmes allant de 1 à 16 sur 23.

Echelle THQ	
Nombre de patients total	45
Patients rapportant au moins un traumatisme	45 (100%)
Patients resituant le premier traumatisme	38
Age moyen premier traumatisme	7,97 ans
Ages extrêmes premier traumatisme	3 ans – 20 ans
Patients avec premier traumatisme mineurs	37 (97,34%)
Nombre moyen de traumatismes différents	8,4/23
Scores extrêmes nombre de traumatismes différents	1/23 – 16/23

Enfin, les résultats relevés à la PCL-S mettent en évidence une moyenne de 53,8 sur 85 avec des scores extrêmes situés à 28 et 81. C'est à partir de 44 que l'on considère que les symptômes présentés par le patient peuvent être suffisamment prononcés pour être compatibles avec un état de stress post-traumatique (ESPT). Trente-six patients du groupe étaient au-dessus de ce seuil. Au sein de ce sous-groupe le score moyen à la PCL-S était de 58,09 sur 85 avec des scores individuels allant de 44 à 81.

Echelle PCL-S	
Nombre de patients total	45
Score moyen	53,8/85
Scores extrêmes	28/85 – 81/85
Type de traumatisme choisi Physique Psychologique	 8 (17,78%)* 23 (51,11%)*

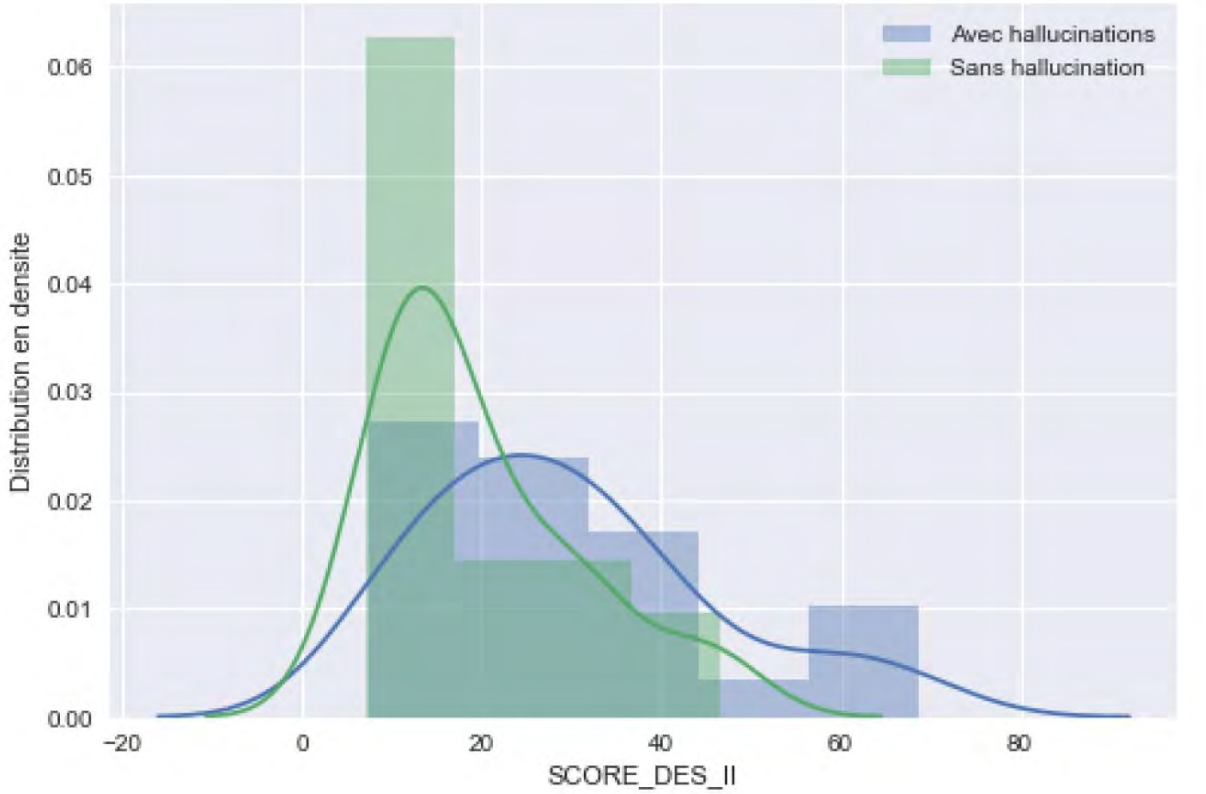
Sexuel	17 (37,78%)*
Nombre de patients avec PCL-S > 44	36 (80%)
Score moyen chez patients positifs	58,09 / 85
Scores extrêmes chez patients positifs	44/85 – 81/85
Nombre de patients hallucinés positifs	21/24 (87,5%)

*Le pourcentage total est supérieur à 100% car certains patients ont désigné le type du traumatisme choisi pour la passation comme mixte (« physique » et « psychologique » par exemple).

2.3 Etudes de corrélation

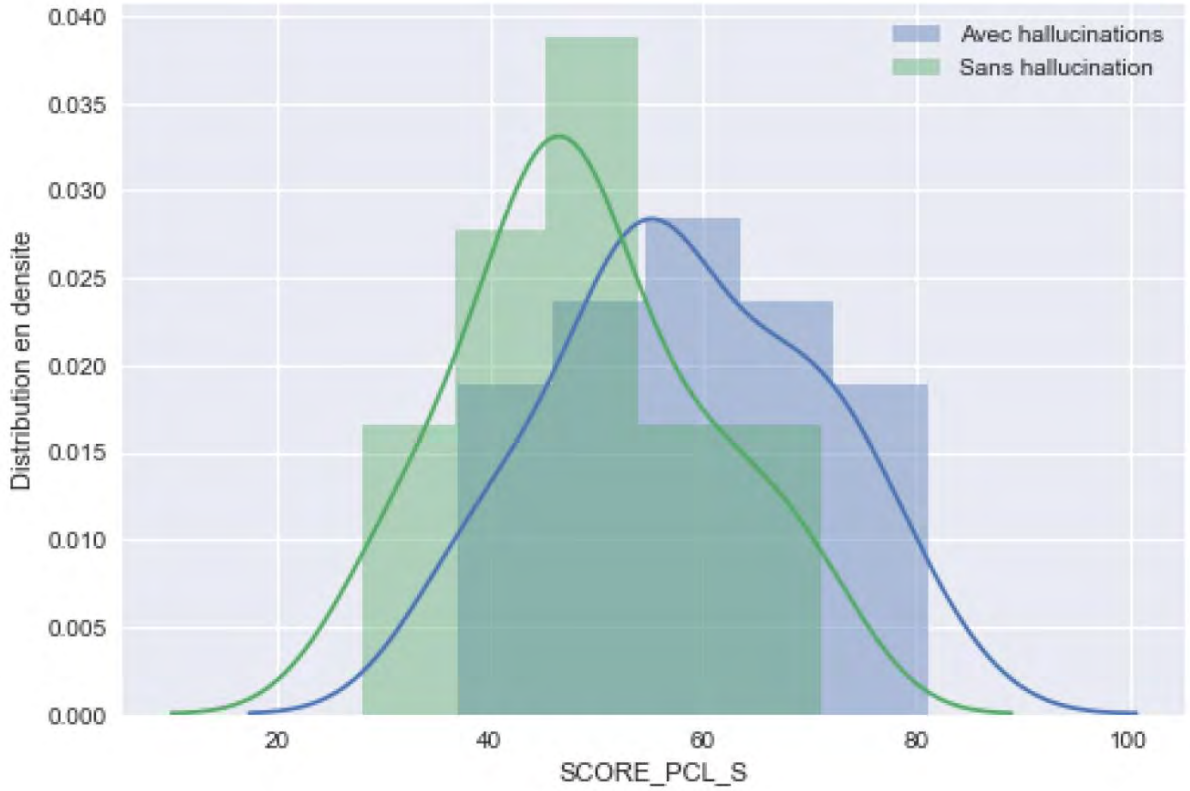
Une première corrélation modérée positive a été mise en évidence entre le score obtenu à la DES II (niveau de dissociation) et la présence d'hallucinations (coefficient de corrélation des rangs de Spearman égal à 0,34, p=0,02).

	Présence d'hallucinations		**p**
	OUI (24 patients)	NON (21 patients)	
Score DES moyen	29,66/100	19,81/100	0,02



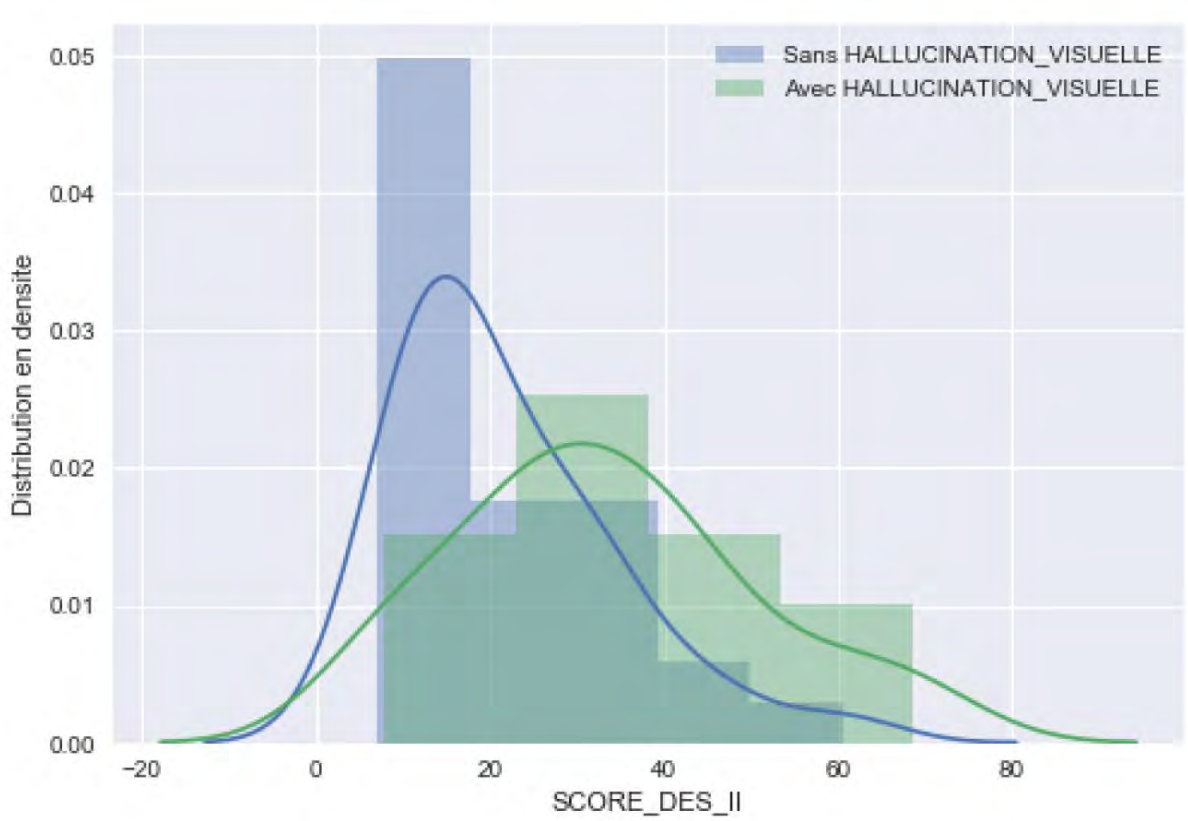
De façon assez semblable a été identifiée une corrélation modérée positive entre le score obtenu à la PCL-S (niveau de probabilité de présence d'un état de stress post-traumatique) et la présence d'hallucinations (S=0,364, p=0,01).

	Présence d'hallucinations		**p**
	OUI (24 patients)	NON (21 patients)	
Score PCL-S moyen	58,17/85	48,81/85	0,01



Lorsque l'on regarde de plus près les relations entre les différents types d'hallucinations et les scores à l'échelle de dissociation, une autre corrélation modérée positive apparait entre la présence d'hallucinations visuelles et le niveau dissociatif retrouvé à la DES II (S=0,334, p=0,02).

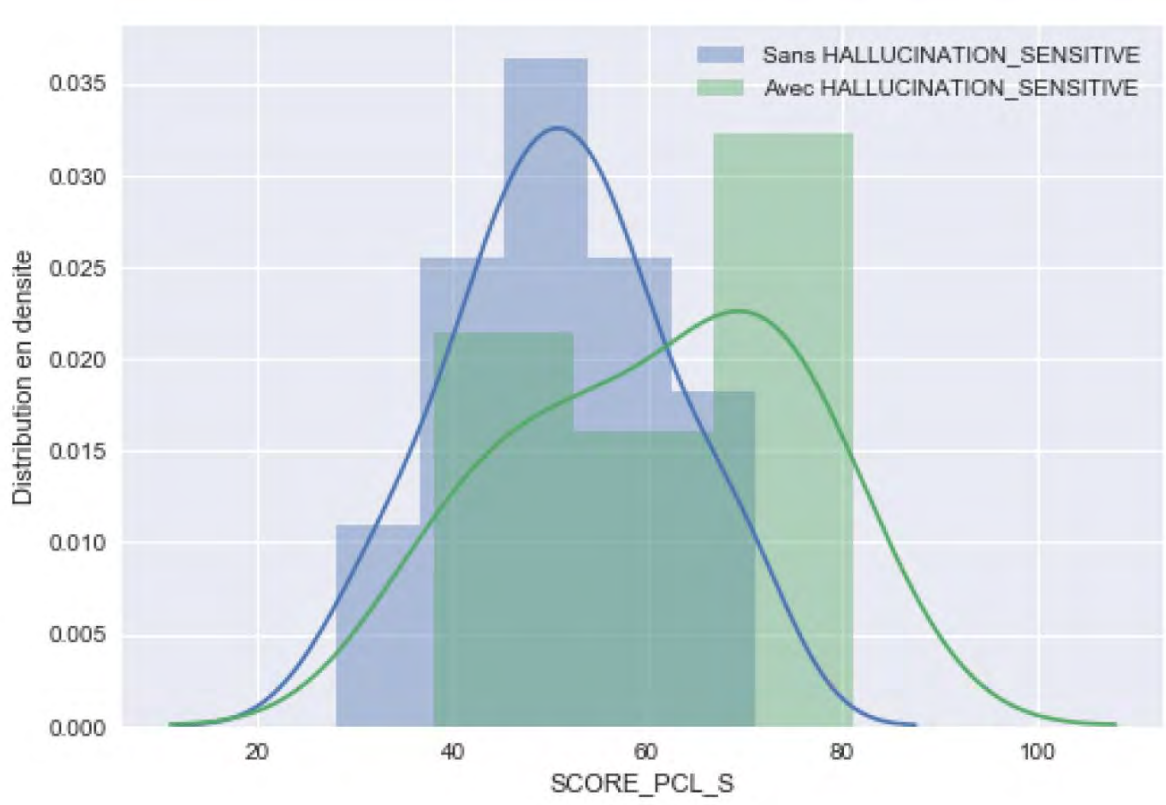
	Score moyen DES II	**p**
Hallucinations auditives (n=18)	29,63/100	0,20
Hallucinations visuelles (n=13)	33,23/100	0,02
Hallucinations olfactives (n=7)	28,11/100	0,45
Hallucinations cénesthésiques (n=13)	31,27/100	0,12



En revanche il n'a pas été mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre le score de la DES II et les hallucinations auditives (S=0,196, p=0,20), les hallucinations olfactives (S=0,116, p=0,45) ni les hallucinations cénesthésiques (S=0,238, p=0,12).

Les mêmes études de corrélations ont été demandées entre la survenue de chaque type de manifestation hallucinatoire et les scores de la PCL-S. Une corrélation modérée positive a été mise en évidence entre le score à cette échelle et la survenue d'hallucinations cénesthésiques (S=0,321, p=0,03).

	Score moyen PCL-S	**p**
Hallucinations auditives (n=18)	57,06/85	0,20
Hallucinations visuelles (n=13)	57,46/85	0,21
Hallucinations olfactives (n=7)	53,71/85	0,95
Hallucinations cénesthésiques (n=13)	60,92/85	0,03



Les autres types d'hallucinations n'ont pas fait l'objet de corrélation avec la PCL-S (hallucinations auditives : S=0,195, p=0,20 ; hallucinations visuelles : S=0,191, p=0,21) ; hallucinations olfactives : S=-0,009, p=0,95).

Lorsque l'intérêt s'est porté sur un lien possible entre le type d'hallucination présenté par le patient et le genre du traumatisme qu'il a mis en avant à la PCL-S (c'est-à-dire le traumatisme vécu qu'il considère comme le plus anxiogène), une nouvelle corrélation positive modérée est ressortie entre la présence d'hallucinations visuelles et l'existence d'un traumatisme physique mis en avant à la PCL-S (S=0,34, p=0,02).

	Traumatisme choisi PCL-S (p)		
	Physique	Psychologique	Sexuel
HA (n=18)*	5* (0,16)	7* (0,19)	7* (0,90)
HV (n=13)*	5* (0,02)	5*(0,29)	4* (0,55)
HO (n=7)	0 (0,19)	3 (0,64)	4 (0,26)
HS (n=13)*	4* (0,15)	7*(0,82)	3* (0,20)

HA=Hallucinations auditives, HV=Hallucinations visuelles, HO=Hallucinations olfactives, HS=Hallucinations cénesthésiques

*La somme des différents traumatismes n'est pas égale au nombre de patients car certains ont décrit leur traumatisme choisi comme mixte (« physique » et « psychologique » par exemple).

Les autres liens entre type d'hallucination et traumatisme choisi à la PCL-S n'ont pas mis en évidence de corrélation significative :

- entre hallucination auditive et traumatisme physique : S=0,2136, p=0,16,

- entre hallucination olfactive et traumatisme physique : S=-0,199, p=0,19,
- entre hallucination cénesthésique et traumatisme physique : S=0,2166, p=0,15,
- entre hallucination auditive et traumatisme psychologique : S=-0,1996, p=0,19,
- entre hallucination visuelle et traumatisme psychologique : S=-0,1613, p=0,29,
- entre hallucination olfactive et traumatisme psychologique : S=0,0709, p=0,64,
- entre hallucination cénesthésique et traumatisme psychologique : S=0,0349, p=0,82,
- entre hallucination auditive et traumatisme sexuel : S=0,0187, p=0,90,
- entre hallucination visuelle et traumatisme sexuel : S=-0,0921, p=0,55,
- entre hallucination olfactive et traumatisme sexuel : S=0,1714, p=0,26,
- entre hallucination cénesthésique et traumatisme sexuel : S=-0,1933, p=0,20.

La recherche de rapprochements entre chaque sous-score de la PSAS et les échelles de dissociation et d'état de stress post-traumatique a permis de faire ressortir trois fortes corrélations de manière significative :
- entre retentissement des hallucinations visuelles et niveau de stress post-traumatique (score à la PCL-S) : S=0,55, p=0,05,
- entre croyance des hallucinations olfactives et niveau de stress post-traumatique (score à la PCL-S) : S=-0,7559, p=0,05,
- entre fréquence des hallucinations cénesthésiques et niveau de stress post-traumatique (score à la PCL-S) : S=0,6361, p=0,02.

Caractéristiques PSAS par hallucination	**Score moyen PSAS**	**Score moyen DES II**	**p**	**Score moyen PCL-S**	**p**
Hallucinations auditives :					
Fréquence	2,5 / 4		0,85		0,65
Durée	2,22 / 4		0,15		0,11
Intensité	2 / 4	29,63	0,13	57,06	0,59
Aspect négatif	2,61 / 4		0,17		0,74
Croyance	1,28 / 3		0,74		0,19
Retentissement	1,44 / 4		0,67		0,19
Contrôle	3,28 / 4		0,27		0,66
Hallucinations visuelles :					
Fréquence	1,92		0,81		0,63
Durée	1,62	33,23	0,51	57,46	0,92
Aspect négatif	1,85		0,33		0,21
Croyance	1,69		0,34		0,37
Retentissement	0,92		0,21		0,05
Contrôle	3		0,55		0,79
Hallucinations olfactives :					
Fréquence	1,29		0,14		0,36
Durée	2,29	28,11	0,14	53,71	0,14
Aspect négatif	1,86		0,82		0,15
Croyance	1,29		0,54		0,05
Retentissement	0,57		0,11		0,11
Contrôle	3,57		0,14		0,14

Hallucinations cénesthésiques :					
Fréquence	2,23		0,22		0,02
Durée	2,08	31,27	0,72	60,92	0,91
Aspect négatif	3,31		0,47		0,43
Croyance	0,77		0,34		0,5
Retentissement	1,15		0,99		0,44
Contrôle	3,46		0,4		0,55

Les autres sous-scores n'ont pas été corrélés de manière significative.

Il n'y a pas eu de corrélation significative retrouvée entre le statut des patients (ambulatoire ou hospitalisé) et la présence d'hallucinations (coefficient de corrélation des rangs de Spearman égal à -0,0519, p=0,73).

L'étude des liens entre la présence de symptômes hallucinatoires et le genre des patients n'a pas retrouvé de corrélation significative (S=0,156, p=0,31). Ce résultat est également valable lorsque l'on s'est intéressé à chaque type d'hallucination pris individuellement :
- hallucinations auditives : S=0,150, p=0,32,
- hallucinations visuelles : S=0,268, p=0,08,
- hallucinations olfactives : S=-0,184, p=0,23,
- hallucinations cénesthésiques : S=0,132, p=0,39.

Toujours en lien avec le genre des patients, il n'a pas été retrouvé de corrélation statistiquement significative entre le genre et le score obtenu à la DES II (S=-0,120, p=0,43) ou celui de la PCL-S (S=0,09, p=0,56).

Il n'y a pas eu de corrélation significative retrouvée entre l'âge de survenue du premier traumatisme mis en évidence par le patient et la présence d'hallucinations (S=-0,1009, p=0,51). De façon assez semblable l'étude de l'âge du premier traumatisme et le score à la DES II n'a pas mis en évidence de corrélation significative (S=-0,19, p=0,21).

Aucune corrélation n'a été retrouvée entre le genre du patient et l'âge de survenue du premier traumatisme signalé (S=-0,0791, p=0,61).

Egalement, l'étude des différents traitements dont bénéficiaient les patients au moment du recrutement n'a pas mis en relief de corrélation entre les thérapeutiques psychotropes et la présence d'hallucinations. :
- entre traitement antidépresseur et hallucinations : S=0,-1475, p=0,33,
- entre traitement par benzodiazépine et hallucinations : S=0,0357, p=0,82,
- entre traitement thymorégulateur et hallucinations : S=0,0138, p=0,93,
- entre traitement neuroleptique typique et hallucinations : S=0,0598, p=0,70,
- entre traitement neuroleptique atypique et hallucinations : S=0,1455, p=0,34,
- entre traitement hypnotique et hallucinations : S=-0,0449, p=0,77,
- entre traitement sédatif antihistaminique et hallucinations : S=0,25, p=0,10.

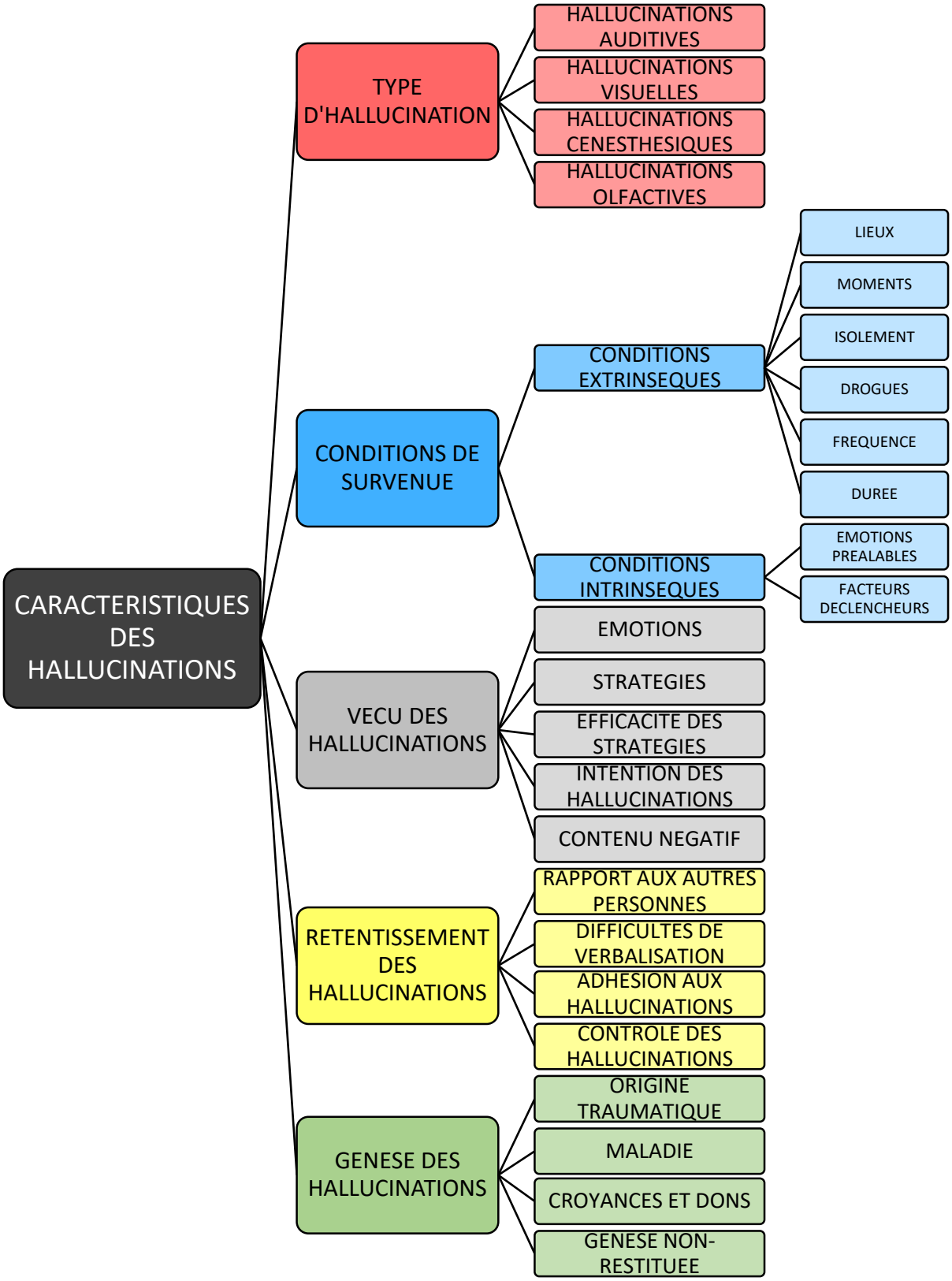
Des corrélations sans significativité suffisante ont été retrouvées entre les prises de toxiques et la présence d'hallucinations :

- entre consommations de tabac et hallucinations : S=0,1890, p=0,21,
- entre consommations d'alcool et hallucinations : S=0,1071, p=0,48,
- entre consommations de cannabis et hallucinations : S=-0,2390, p=0,11,
- entre consommations d'opiacés et hallucinations : S=-0,0209, p=0,89,
- entre consommations de cocaïne et hallucinations : S=-0,0311, p=0,84,
- entre consommations de toxiques indifférenciés et hallucinations : S=0,25, p=0,1.

3. Résultats de l'analyse thématique des entretiens

L'analyse thématique est basée sur l'arbre thématique, figure représentative des différents thèmes recueillis auprès des patients dans le cadre des entretiens semi-dirigés. Comme il est recommandé dans l'ouvrage « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » (53), l'élaboration de l'arbre s'est faite de façon progressive dans le but de créer des regroupements thématiques puis des axes thématiques les plus représentatifs possibles des propos des 17 participants.

Une représentation simplifiée de l'arbre thématique est illustrée en page suivante.



Les entretiens à partir desquels a été construit l'arbre thématique sont disponibles en annexe.

3.1. Type d'hallucination

Différents types d'hallucinations ont été régulièrement retrouvés chez les 17 patients ayant participé aux entretiens semi-dirigés. Les plus fréquentes sont les hallucinations acoustico-verbales, suivies des hallucinations visuelles, cénesthésiques et enfin olfactives.

3.1.1. Les hallucinations acoustico-verbales

Sur les 17 patients interrogés, 15 ont exprimé expérimenter plus ou moins régulièrement des hallucinations auditives.

La partie concernant les hallucinations acoustico-verbales a été divisée en trois branches : la première explorant le sous-type d'hallucination auditive, la deuxième s'intéressant à la localisation des hallucinations dans l'espace, et enfin la troisième étudiant leur reconnaissance.

3.1.1.1. Sous-types d'hallucinations acoustico-verbales

Voix

Sur les 15 patients expérimentant les hallucinations acoustico-verbales, 11 entendaient des voix régulièrement.

Chez la majorité des patients les voix entendues étaient souvent multiples et variables :

« Donc j'ai des conversations anodines : des massons portugais sur un chantier, des disputes, des fois je sens que ce sont des conversations qui ont eu lieu y'a une centaine d'années ou deux cents ans... Euh... des fois c'est en anglais... » (Entretien 4)

« J'entends plein de voix en fait, comme si c'était euh... Presqu'une radio en fait... » (Entretien 13)

« Et après j'ai des voix qui surviennent tout le long de la vie courante, et ça dit... Ça a commencé à dire que j'étais enceinte. Tout le temps. » (Entretien 15)

Une patiente sur les 11 entendait toujours les deux mêmes voix. (Entretien 6)

Sur les 15 patients entendeurs de voix, 4 recevaient des ordres de la part de leurs hallucinations :

« ...et qu'elle me dit, ma sœur, 'Fais ci, fais ça. Et non il faut que tu fasses comme ça. Et pourquoi t'es pas comme elle ?...' » (Entretien 1)

« Ben il me dit de faire du mal aux autres, de tuer, de faire... Du tuer des gens, de me venger de ceux qui m'ont fait du mal. » (Entretien 14)

« Et donc du coup elle me dit de me tenir, ou de bien faire à manger, de m'appliquer dans ce que je fais, et de toujours avoir le sourire, de toujours avoir l'impression que je dois paraître être bien pour la personne qui m'observe. » (Entretien 8)

Deux patients avaient des voix s'adressant à eux sans donner d'ordre pour autant :

« Cette voix elle apparaît toute seule dans ma tête... Et elle m'indique qu'on me surveille dehors. » (Entretien 8)

Enfin, 3 patients signalaient des voix totalement indépendantes d'eux :

« ...j'appelle ça « la radio » parce que ce ne sont pas des voix qui s'adressent à moi, qui m'ordonneraient de faire des choses ou qui me rendraient parano. C'est vraiment comme si on tournait le bouton, le 'tuner' d'un poste. » (Entretien 4)

Bruits / Sons

Parmi les 15 patients souffrant d'hallucinations auditives, 7 ont pu entendre des bruits ou des sons que les autres autour d'eux n'entendaient pas, que ce soit conjointement aux voix ou seuls :

« Après, auditives, ça va être des p'tits bruits, des sons... Euh ça peut être des voix aussi... A un moment ça a été des voix. » (Entretien 6)

« Et après y'a la catégorie pas flippante, mais pénible, où je vais juste entendre des bruits aléatoires mais que je suis le seul à entendre. » (Entretien 16)

Il est à noter cependant que deux patients n'étaient pas sûrs que les bruits entendus étaient des hallucinations ou non :

« Bon les bruits c'est... beaucoup moins inquiétant... parce que je sais pas vraiment si... » (Entretien 7)

3.1.1.2. Localisation des hallucinations acoustico-verbales

Cette partie est subdivisée en deux nouvelles branches, une regroupant les hallucinations auditives de localisation intracrâniennes (« intrinsèques »), l'autre les hallucinations localisées à l'extérieur de la tête (« extrinsèques »).

Hallucinations intrinsèques

Sur les 15 patients percevant des hallucinations acoustico-verbales, 13 localisaient les sons et/ou les voix à l'intérieur de leur tête :

« Non c'est à l'intérieur. C'est à l'intérieur de la tête. » (Entretien 4)

« … Non c'est plus venant de ma tête. » (Entretien 10)

« Non ça c'est dans ma tête quand je suis isolée en fait. » (Entretien 13)

Hallucinations extrinsèques

A contrario, 6 patients sur les 15 entendaient uniquement et / ou également les hallucinations comme venant de l'extérieur de leur tête :

« Moi je dis 'hallucinations' parce que ça me paraît venir de l'extérieur, puisque c'est pas moi qui le déclenche, parce que c'est une telle souffrance que ça peut pas être moi qui le déclenche… » (Entretien 9)

« …dont j'ai conscience qu'elles ne sont pas réelles et qu'elles sont hors de ma tête mais il n'empêche que je les entends quand même… » (Entretien 16)

3.1.1.3. Reconnaissance des hallucinations acoustico-verbales

Certains patients ont éprouvé de la difficulté pour exprimer s'ils connaissaient ou non les voix entendues. Cependant 6 sur les 15 ont pu dire que les hallucinations verbales leur étaient inconnues :

« C'est pas des voix que je connais. C'est pas des voix de personnes. C'est juste des voix comme ça… » (Entretien 16)

« Non non... C'est pas tout le temps audible. […] Donc c'est... Je sais pas, c'est... Après c'est pas ma voix à moi ! » (Entretien 17)

Une seule patiente sur les 15 souffrant d'hallucinations acoustico-verbales a pu désigner une origine précise à la voix entendue :

« Non c'est elle qui me parle. » (Entretien 1)

3.1.2. Les hallucinations visuelles

Les hallucinations visuelles ont été retrouvées chez 9 patients parmi les 17 ayant participé aux entretiens semi-dirigés. Les différentes perceptions décrites ont été divisées en trois parties : visions de personnes humaines, visions d'animaux, et autres visions.

3.1.2.1. Hallucinations visuelles de personnes humaines

Quatre patients interviewés ont signalé des visions régulières de personnes. Les personnes vues étaient des individus vivants :

« … Donc je regarde toujours du coin de l'œil. Et cette personne donc elle est là. Mais je vois pas... Je vois pas son visage. Je vois que la silhouette en fait. Mais je sais qui c'est… » (Entretien 8)

« Par exemple si je tourne vite la tête, je vois une personne. » (Entretien 9)

Deux des quatre patients ont pu verbaliser la vision de personnes décédées :

« Alors les visions en règle générale, ce sont les personnes disparues. » (Entretien 3)

« Le cadavre de mon père, je vois le cadavre de mon père, en train de tirer la couverture et d'essayer de m'attraper les bras. » (Entretien 9)

3.1.2.2. Hallucinations visuelles d'animaux (zoopsies)

Une seule patiente parmi ceux qui décrivaient des hallucinations visuelles a déclaré avoir eu récemment des visions d'animaux :

« Ça peut être... des oiseaux qui volent aussi ; c'est arrivé encore cette nuit ! » (Entretien 6)

3.1.2.3. Autres types d'hallucinations visuelles

D'autres descriptions d'hallucinations visuelles ont pu être faites par certains patients au cours des entretiens. Deux patients ont pu décrire des visions d'objets qui n'étaient pas là :

« Visuelles, c'est des choses qui m'entourent, qui peuvent tomber. » (Entretien 6)

« Après je disais que j'ai vu des portes... imaginaires. » (Entretien 12)

Deux patients ont décrit des visions à type de monstres :

« Avant que j'aille à l'Hôpital Marchant, j'ai vu deux démons, chez moi, en train de danser... » (Entretien 14)

Deux patients encore parmi les 9 ont pu voir des ombres, de forme humanoïde ou de forme indéfinie :

« C'est pas des gens, c'est des sortes d'ombres qui arrivent et qui repartent en fait. […]Oui. Enfin après c'est parfois des ombres d'animaux aussi. » (Entretien 17)

Enfin, un seul patient sur ce groupe a décrit des auras perceptibles autour de certaines personnes qu'il croisait dans sa vie quotidienne :

« Y'en a qui disent qu'ils arrivent à le voir avec les arbres... Moi je le vois pas spécialement, mais c'est surtout avec les personnes quoi... J'y prête même plus attention d'ailleurs... » (Entretien 7)

3.1.3. Les hallucinations cénesthésiques

Les hallucinations cénesthésiques ont été retrouvées dans 8 entretiens sur les 17 réalisés au total. Les descriptions fournies par les patients ont permis de les diviser en deux branches : la première et majoritaire comprenant des hallucinations tactiles, et la deuxième et minoritaire des hallucinations cénesthésiques.

3.1.3.1. Hallucinations tactiles

Sur les 8 patients qui ont verbalisé des hallucinations cénesthésiques, 7 les ont décrites comme tactiles, c'est-à-dire comme s'ils ressentaient un contact cutané alors que rien n'est objectivement constaté comme étant à l'origine de cette stimulation :

« Ben c'est surtout quand je suis en manque de sommeil, que... j'ai des hallucinations. J'ai... j'ai la perception qu'on me touche. » (Entretien 5)

« Ce sont... des mains qui viennent me toucher. Qui viennent entourer ma nuque, qui me touchent, qui me palpent en fait la peau alors que je supporte pas qu'on me touche. » (Entretien 6)

« ...Y'a pas longtemps je dormais, et la couverture, elle s'est enlevée de sur moi ! Alors que j'étais allongé et que je dormais ! […]… Et la couverture elle a bougé comme si quelqu'un l'avait tirée quoi ! » (Entretien 14)

3.1.3.2. Hallucinations intra-corporelles

Les hallucinations cénesthésiques, ou sensations sans origine localisées à l'intérieur du corps, ont été bien moins fréquemment évoquées dans le groupe interviewé. En effet, une seule patiente a pu en décrire de façon détaillée :

« J'ai eu des douleurs dans mon corps, assez diffuses. Sous le sein, ou encore comme si quelqu'un me prenait tout mon lait maternel, ou comme si on m'arrachait le bras. » (Entretien 13)

3.1.4. Les hallucinations olfactives

Le phénomène hallucinatoire de type olfactif a été décrit par 4 patients dans notre groupe de 17 :

« Donc, c'est pour ça c'est la raison pour laquelle je pose la question : 'Vous sentez cette odeur ? Vous sentez cette odeur ?'. 'Mais non, mais non, mais non...'. Je change de pièce et cette odeur est toujours avec moi. Mais des fois elle est très très très... C'est très intense quoi. C'était... Et puis au bout d'un moment elle disparaît... » (Entretien 11)

« Des fois je suis en voiture, ou n'importe quoi, voilà, je conduis et je la sens, je la sens... » (Entretien 11)

« Ouais avec ma sœur on a senti le parfum de mon père dans toute la maison. On a demandé à notre famille d'accueil si elle le sentait et tout, les autres... Mais personne ! » (Entretien 15)

3.2. Conditions de survenue des hallucinations

Lors de l'élaboration de l'arbre thématique, des conditions d'apparition voire de véritables facteurs déclencheurs des hallucinations ont pu être mis en évidence, ou au moins fortement suspectés. Nous avons choisi de diviser cette partie en facteurs considérés comme extrinsèques aux patients d'une part, et en facteurs intrinsèques d'autre part.

3.2.1. Conditions extrinsèques de survenue

3.2.1.1. Lieux de survenue des hallucinations

Un peu plus de la moitié des patients interviewés (10 sur 17) ont pu constater que leurs hallucinations survenaient préférentiellement dans certains lieux. Les autres n'ont pas identifié de lieu particulier ou ne se sont pas posés la question. Le lieu préférentiel le plus souvent retrouvé reste le domicile personnel du patient.

Domicile

Le domicile personnel a été qualifié de lieu de survenue prédominant des hallucinations, quel que soit leur type. En effet, 8 patients sur le groupe de 17 le désignent facilement comme lieu préférentiel des hallucinations :

« Chez moi. […] Euh... quand je suis dans ma salle de bain. » (Entretien 1)

« … Mais après c'est à la maison aussi, souvent à la maison... Mais à la maison c'est souvent... Souvent quand je suis seule, mais ça m'arrive aussi quand y'a Vanessa aussi ouais. » (Entretien 8)

« Non, ça ça m'arrive toujours chez moi. » (Entretien 9)

« C'est souvent dans mes lieux d'habitation, quand je suis isolée. Ou dans ma chambre quand je suis toute seule. » (Entretien 13)

Il est à noter qu'une patiente a décrit son domicile comme lieu de survenue des hallucinations « par défaut » :

« Chez moi... Mais après je suis essentiellement chez moi donc... Je ne sors pas beaucoup. Donc... » (Entretien 6)

Pas de lieu préférentiel de survenue des hallucinations

Certains patients dans le panel interrogé ont pu désigner d'autres lieux comme favorisant les hallucinations, mais sans prédominance par rapport aux autres endroits :

« … Mais c'est juste oui non le truc j'ai rien réussi à définir par rapport à ça quoi. Enfin... Je... Ça peut arriver partout et n'importe quand, mais ça arrive pas non plus trop trop souvent. » (Entretien 10)

« Alors quand ça arrive euh... Alors c'est souvent quand je suis en société, enfin dans les magasins, dans... Dans la rue... Mais surtout dans les magasins, ou en famille, mais rarement quand je suis seule. » (Entretien 11)

« Non. Ben comme ça m'arrive chez moi, comme ça m'arrive chez ma famille d'accueil, ou au lycée quand j'étais encore au lycée ouais. A la fac ça m'est pas encore arrivé. Mais ouais mais y'a pas de lieu qui déclenche ou des trucs comme ça. » (Entretien 15)

« Euh... Ça m'arrive au lycée, chez moi, dans la rue... Je sais pas. Ça peut arriver partout en fait ! Y'a pas de lieu précis, je sais pas... Ça dépend plus de mon état d'esprit en fait. » (Entretien 17)

3.2.1.2. Moments de survenue des hallucinations

De façon similaire au lieu de survenue s'est posée la question de moments préférentiels d'apparition des hallucinations. Deux tiers des patients ayant réalisé l'entretien semi-dirigé (13 sur 17) ont pu mettre en évidence un moment de la journée plus évident que les autres. Trois branches sont ressorties : le soir et la nuit, la journée, et enfin n'importe quand.

Soir et nuit

Onze patients sur les 13 retrouvant un moment préférentiel de survenue des hallucinations ont facilement désigné le soir et/ou la nuit :

« En fin d'après-midi... Quand le soleil se couche. » (Entretien 2)

« Et les hallucinations... sensorielles, sensitives je sais pas comment on dit... Euh c'est souvent la nuit en fait. Par exemple là... Bon moi ça a toujours été, euh... Bon moi dans mon passé j'ai été violée, donc la nuit j'ai souvent l'impression que quelqu'un me touche... » (Entretien 9)

« … Mais le toucher c'est la nuit. Et quand je vois le diable c'est la nuit aussi... » (Entretien 14)

« … Toute chose qui va pas quoi : mes crises de panique où j'ai mes spasmes, ou où je bouge dans tous les sens ou quoi que ce soit... Mes voix c'est tout le temps en fait à partir de la fin d'après-midi et le soir... […] … Comme je peux taper des crises à vingt-trois heures... Ouais... C'est en fin de journée quoi. » (Entretien 15)

Il est intéressant de noter que 4 patients ont signalé ne pas avoir d'hallucinations la nuit. Ce fait peut ne concerner qu'un seul type d'hallucination chez ceux qui en ont plusieurs, ou alors il peut concerner l'ensemble des hallucinations décrites :

« Alors pas du tout la nuit. Jamais la nuit ! » (Entretien 11)

« Non faut quand même que je sois réveillée. Ça m'arrive que quand je suis réveillée. » (Entretien 15)

« Non non... Enfin après c'est plus dans la journée. La nuit non. Enfin je fais pas attention après... La nuit dans mon lit euh... [Rires] Je m'amuse pas à réfléchir s'il y a telle ou telle sensation. C'est quelque chose ou quoi... » (Entretien 17)

Journée

Parallèlement aux hallucinations vespérales et nocturnes, 6 patients sur les 13 ont pu identifier le jour comme moment de survenue préférentiel des symptômes hallucinatoires, mais rarement de manière plus précise :

« Et quand je suis au lac ben c'est en journée. Donc voilà c'est à ces moments-là qu'elle arrive. » (Entretien 8)

« Et alors elles apparaissent tout le temps, elles sont toujours apparues dans la journée. [...] C'est... Voilà, dès que le jour se lève, tout revient... mmh mmh. » (Entretien 11)

« Oui la nuit ouais. Ou la journée. Les voix c'est la journée. Tout le temps les voix... » (Entretien 14)

Pas de moment préférentiel de survenue des hallucinations

Un peu plus d'un tiers des patients ayant mené l'entretien semi-dirigé (6 sur 17) a eu des difficultés à mettre en évidence un moment de survenue préférentiel, voire même à arriver à recontextualiser une situation de survenue de phénomène hallucinatoire dans une portion de journée :

« Enfin, pas « tout le temps » : ça peut arriver n'importe quand. Je suis pas tout le temps hallucinée, je suis pas tout le temps dans un état d'hallucination, mais ça, ça arrive à n'importe quel moment de la journée. Y'a aucun événement prévenant. » (Entretien 9)

« J'ai pas fait attention. [...] Oui ça peut venir le matin comme le soir, comme l'après-midi... » (Entretien 12)

« Non non... Enfin après c'est plus dans la journée. La nuit non. Enfin je fais pas attention après... La nuit dans mon lit euh... [Rires] Je m'amuse pas à réfléchir s'il y a telle ou telle sensation. C'est quelque chose ou quoi... » (Entretien 17)

3.2.1.3. Isolement

Toujours dans les conditions de survenue des hallucinations, mais de façon indépendante du lieu et du moment de survenue, 5 patients sur les 17 interviewés ont pu signaler une apparition ou une recrudescence des hallucinations favorisées par les moments de solitude ou d'isolement. Certains autres laissent des indices en ce sens sans faire de lien franc cependant :

« La nuit c'est pas la même chose quoi, c'est des bruits de pas, des trucs comme ça. Mais je pense que c'est juste... Enfin dans un lieu fermé, le cerveau, il se monte la tête tout seul, mais voilà quoi c'est pas... C'est pas pareil. » (Entretien 10)

« C'est souvent dans mes lieux d'habitation, quand je suis isolée. Où dans ma chambre quand je suis toute seule. […] Même ici ça m'est arrivé d'avoir mal... Ou alors même publiquement des fois j'ai eu des trucs, mais c'est quand même moins fréquent. C'est souvent quand je suis isolée en fait. » (Entretien 13)

« Généralement c'est des... Ça me prend euh... dans des moments où je vais être seule ou dans des moments un peu de faiblesse, des moments où je suis vulnérable. Souvent c'est quand je vais avoir des moments de flash-back, et ben ça va souvent être là qu'elles vont se déclencher et tout ça... […] Et c'est là où je vais être le plus vulnérable et donc c'est là que je vais commencer à péter des câbles un petit peu... Et c'est souvent là que les hallucinations se déclenchent facilement. » (Entretien 16)

« C'est pas très fréquent. C'est surtout quand... Ouais c'est souvent quand je suis plus seule en fait. » (Entretien 17)

3.2.1.4. Influence des drogues

Nombreux sont les patients qui consomment des substances toxiques, licites ou illicites, parmi ceux qui ont un trouble de la personnalité borderline. Parallèlement à cette donnée, il a été constaté que seulement 4 patients sur les 17 ayant passé l'entretien semi-dirigé ont pu décrire l'influence des toxiques sur leurs symptômes hallucinatoires.

Deux patients sur les 15 consommateurs ont constaté une diminution des hallucinations sous l'influence de l'alcool ou de la cocaïne :

« ...Et j'ai notamment sombré dans la cocaïne parce qu'il se trouve que ce produit-là arrêtait les voix. […]… Et la cocaïne est le seul truc qui stoppe... ce qui est terrible pour moi... » (Entretien 4)

A contrario une seule patiente sur les 15 consommateurs a décrit une augmentation des manifestations hallucinatoires sous l'influence des toxiques, dans son cas l'alcool :

« Ouais non, y'a pas de... non non. Alors évidemment si je suis très angoissée je peux... Euh... Ça va majorer voilà. Les prises d'alcool majorent également. » (Entretien 4)

Enfin, 3 patients sur le même groupe n'ont pas constaté de modification de leurs hallucinations par l'usage des toxiques :

« … Je sais pas... Non je sais pas... J'ai jamais fait attention. Je crois que... Ni l'un ni l'autre. » (Entretien 5)

« Ça arrive avec et sans. » (Entretien 14)

Enfin, une patiente incluait les médicaments prescrits par son psychiatre dans les drogues :

« ...Là où les médicaments n'y parviennent pas. Mais c'est pas la seule excuse : c'était un motif supplémentaire de prise de drogues. » (Entretien 4)

3.2.1.5. Caractéristiques temporelles des hallucinations

Certains patients interrogés ont pu décrire leurs hallucinations sur un plan temporel, c'est-à-dire apporter des précisions quant à leur fréquence et leur durée de survenue. La majorité des patients a cependant présenté des difficultés à analyser ce paramètre.

Fréquence de survenue des hallucinations

Deux patients ont pu affirmer que leurs hallucinations, ou certains types d'hallucinations ne surviennent que peu fréquemment, sous-entendu une fois par semaine voire moins :

« Et je dirais que... Je les vois pas tout le temps mais quelques fois… […] Après comme je vous dis j'en ai pas tous les quatre matins donc... » (Entretien 3)

« Ben... Au niveau de la vue c'est surtout quand... Quand... Comment dire ? C'est pas... C'est pas très fréquent. » (Entretien 17)

Un autre patient parmi les 17 a pu dire que les hallucinations survenaient par vagues, pouvant être fréquentes (plusieurs fois par jour) sur certaines périodes, puis ne pas se manifester pendant plusieurs jours ou semaines consécutives :

« C'est court en général, et y'a des journées où ça peut revenir, et d'autres fois il peut se passer plusieurs semaines sans... Non pas trop plusieurs semaines sans quand même. » (Entretien 10)

Un dernier patient enfin évoque une survenue très fréquente (tous les jours) des hallucinations :

« Oui la nuit ouais. Ou la journée. Les voix c'est la journée. Tout le temps les voix...
Les voix tout le temps. » (Entretien 14)

Durée des hallucinations

Sept patients sur le groupe ayant participé aux entretiens semi-dirigés ont pu établir une fourchette de durées concernant leurs symptômes hallucinatoires.

Six sur les 7 ont qualifié leurs hallucinations, ou certaines de leurs hallucinations comme brèves (de quelques secondes à deux minutes) :

« Et après au bout d'un petit moment ça s'arrête. » (Entretien 8)

« ... Et... Et ça dure le temps d'une fraction de seconde, parce que j'en ai peur donc je me retourne pour faire ma vaisselle, et quand je me re-retourne pour vérifier parce que j'ai peur, elle n'y est plus. » (Entretien 9)

« C'était... Et puis au bout d'un moment elle disparaît... Alors ça peut durer de trente secondes à deux minutes. » (Entretien 11)

Deux patients ont évoqué des hallucinations pouvant persister plusieurs minutes, ne les considérant subjectivement pas comme brèves :

« … Ça dure genre une dizaine de minutes où parfois j'étais... Je pouvais même plus écrire... J'étais en plein examen et j'ai pas pu... Et après j'ai des voix qui surviennent tout le long de la vie courante… » (Entretien 15)

« Parfois, quand je peux pas identifier, juste des bruits, et je sais pas ce que c'est. Et puis ça reste quelques minutes puis ça passe... » (Entretien 16)

Enfin, une seule patiente sur le groupe a déclaré que ses manifestations hallucinatoires pouvaient persister pendant plusieurs heures :

« Comme si quelqu'un cherchait une station sur laquelle il souhaite s'arrêter. Et ça peut durer une demi-journée, ou moins... » (Entretien 4)

3.2.2. Conditions intrinsèques de survenue

3.2.2.1. Les émotions préalables aux hallucinations

Un peu moins d'une dizaine d'émotions ont été décrites par les différents patients de l'échantillon. Cependant une est très clairement ressortie : l'anxiété.

Anxiété

Un vécu d'angoisse avant la survenue des hallucinations a été retrouvé chez 12 patients sur 17, ce qui la place comme émotion prédominante loin devant toutes les autres exprimées. Ont été regroupés sous ce terme ceux d' « anxiété », « angoisse » et « stress » :

« Euh... Comment dire ? Elles se manifestent dès le réveil. Elles me disent de ne pas faire certaines choses sinon il va m'arriver quelque chose à moi et à ma famille. […] Mais elles interviennent surtout quand je suis très angoissée. » (Entretien 2)

« Oui des situations de stress. Par exemple, ça allait très très bien il y a quelques mois, et il y a eu un événement : des coups de téléphone bizarres qui... qui ont été passés, et je suis sûre que c'est mon ex. Donc ça... ça a induit une période de stress assez intense, et du coup les hallucinations cénesthésiques sont revenues. » (Entretien 6)

« … Et que souvent j'ai été en situation de panique... C'est le stress, beaucoup, qui a été à l'origine... Pour moi, j'accuse le stress en fait. […] Moi j'accuse le stress et la violence qui peuvent être à l'origine de ce genre de choses... Surtout le stress en fait et l'anxiété. » (Entretien 13)

« … En fin d'aprem... En fait quand je suis super anxieuse, où je me tape mes crises de panique c'est surtout le soir, ouais. […] … Toute chose qui va pas quoi : mes crises de panique où j'ai mes spasmes, ou où je bouge dans tous les sens ou quoi que ce soit... Mes voix c'est tout le temps en fait à partir de la fin d'après-midi et le soir... » (Entretien 15)

« Par contre quand j'entends des voix ou des trucs comme ça, là ça m'angoisse beaucoup. Et... Ben disons que comme ça arrive dans des moments où je suis pas forcément déjà très bien, ça rajoute encore à l'angoisse et ça ajoute encore au... Disons que c'est un truc qui me tire vers le bas vraiment... » (Entretien 16)

Autres émotions préalables aux hallucinations

Une patiente sur le groupe de 17 a pu identifier la colère comme préalable à ses hallucinations :

« ... Quand je vois quelque chose qui m'a pas plu, ça... ça revient. Quand il y a un moment de frustration, de colère, ça la fait venir. » (Entretien 1)

Deux patients ont nuancé leurs propos et sont arrivés à décrire de la tension interne sans arriver à de la colère :

« Mmmh... Souvent quand j'ai des soucis ça a des... C'est des choses qui me tracassent donc euh... Ça m'est déjà arrivé quand je me suis énervée aussi. » (Entretien 17)

Une patiente a décrit un sentiment de mal-être que l'on pourrait peut-être rapprocher d'angoisses de morcellement :

« Oh euh... C'est un peu l'œuf et la poule. C'est ce que je ressens de façon générale, d'être morcelée en mille morceaux que je tente plus ou moins de bricoler, d'assembler entre eux, donc voilà... » (Entretien 4)

Une patiente a exprimé de la tristesse conjointement à d'autres émotions avant la survenue des symptômes hallucinatoires :

« Euh quand je suis seule et angoissée ouais... Euh quand je suis seule et angoissée et euh... Quand je suis profondément triste oui. » (Entretien 11)

Une autre patiente a décrit un sentiment de vulnérabilité sur lequel les hallucinations peuvent apparaitre plus facilement :

« Et c'est là où je vais être le plus vulnérable et donc c'est là que je vais commencer à péter des câbles un petit peu... Et c'est souvent là que les hallucinations se déclenchent facilement. » (Entretien 16)

A contrario, deux patients ont évoqué une survenue de leurs expériences hallucinatoires dans les moments de calme ou de sérénité :

« Là je suis concentré et présent dans toute la pièce, en fait. J'suis pas, euh... C'est, c'est... Voilà, c'est un moment serein quand même. » (Entretien 7)

« Je sais pas. Je dirais que ça a plus tendance à survenir quand je suis un petit peu tendue, mais vraiment pas trop, ou quand au contraire ça va et du coup ça me tend. Enfin c'est... Je... Voilà quoi. J'ai pas identifié un truc précis. » (Entretien 10)

3.2.2.2. Facteur déclencheur identifié des hallucinations

La question d'un facteur potentiellement déclencheur des manifestations hallucinatoires n'était pas évidente pour les patients interviewés. Huit sujets sur 17 ont pu en décrire, sans grande certitude en général. Plusieurs branches se sont dessinées quand cette question a été abordée avec les patients : les facteurs déclencheurs négatifs, les facteurs déclencheurs positifs et les situations sans facteur déclencheur retrouvé.

Facteurs déclencheurs « négatifs »

Sur le panel de patients interviewés, 5 sur 17 ont mis ou pensent avoir mis en évidence un facteur déclencheur à l'origine des épisodes hallucinatoires. Les facteurs en questions sont très variés, comme la survenue d'un évènement anxiogène, la carence de sommeil, des odeurs fortes ou encore un pic de stress :

« Oui... Ma grand-mère a fait un AVC l'année dernière, et ça s'est accentué quand elle a fait l'AVC, après avoir fait l'AVC. Avec l'AVC ça s'est accentué, ça a augmenté. » (Entretien 2)

« Ben c'est surtout quand je suis en manque de sommeil, que... j'ai des hallucinations. J'ai... j'ai la perception qu'on me touche. » (Entretien 5)

« Je pense à un élément déclencheur comme quand je peux être dans un milieu insécure comme la rue ou les centres commerciaux : des bruits soudains, un bébé qui pleure, une moto qui... qui passe très vite. Euh... Une porte qui claque... Ou des fois une odeur, une odeur nauséabonde, ou... Euh... Sans forcément qu'il y ait un rapport avec le passé parce que j'ai jamais eu de traumatisme avec une voiture qui passe vite ou avec un bébé qui pleure ou quoi que ce soit, mais ce sont... J'suis très sensible aux... En fait tous mes sens sont... sont décuplés en fait. » (Entretien 9)

« ... Euh... Peut-être l'angoisse... Ou la fatigue. Sinon je sais pas... » (Entretien 12)

« ... Et que souvent j'ai été en situation de panique... C'est le stress, beaucoup, qui a été à l'origine... Pour moi, j'accuse le stress en fait. [...] Moi j'accuse le stress et la violence qui peuvent être à l'origine de ce genre de choses... » (Entretien 13)

Facteurs déclencheurs « positifs »

A contrario, deux patients ont décrit une survenue des hallucinations facilitée dans les moments de calme ou de sérénité :

« Souvent c'est dans une période de calme. [...]Mais bon disons c'est souvent dans les périodes où je suis un peu... J'allais dire 'rêveuse' non mais où je suis dans mon monde parce que... Quand je dis que je suis dans ma 'bulle territoriale'. » (Entretien 3)

« Là je suis concentré et présent dans toute la pièce, en fait. J'suis pas, euh... C'est, c'est... Voilà, c'est un moment serein quand même. » (Entretien 7)

Pas de facteur déclencheur mis en évidence

Enfin, 10 patients sur les 17 n'ont pas réussi à mettre en évidence de facteur déclencheur à leurs hallucinations :

« Ça peut survenir à des moments où je vais bien ou à des moments où je suis anxieuse, c'est un peu en mode aléatoire. » (Entretien 4)

« Je sais pas... Je sais pas... Christelle elle m'a posé cette question aussi, si... Si ça pouvait m'arriver un peu plus quand j'étais angoissée, ou qu'il y avait un événement particulier... Non. » (Entretien 8)

« ... Je... Je sais pas justement j'ai pas réussi à identifier ni de fréquence, ni de déclencheur, ni quoi que ce soit... […]... Enfin pas que j'ai pu identifier en tout cas quoi. » (Entretien 10)

« Y'a aucun... Non. Non y'a aucun élément déclencheur. Si ce n'est le fait que je suis malade et continuellement stressée et angoissée. Et que quand je fais un constat de ma vie, je fais un constat d'échec... » (Entretien 13)

3.3. Vécu des hallucinations

Le vécu subjectif des patients lors de la survenue des manifestations hallucinatoires est l'une des branches majeures de l'arbre thématique. Bien que certains participants aient eu des difficultés à exprimer clairement leur ressenti, des thématiques se sont tout de même construites. Cette partie a été divisée en cinq catégories distinctes : le vécu émotionnel du patient, les stratégies mises en place lors de la survenue des hallucinations et leur efficacité, les intentions de ces dernières vis-à-vis du patient et enfin leur contenu négatif.

3.3.1. Emotions secondaires aux hallucinations

Cette branche de l'arbre a recueilli de nombreuses données concernant le vécu émotionnel des patients lors de la survenue de leurs hallucinations. La répartition des émotions exprimées suite à l'apparition des symptômes hallucinatoires est plus nuancée que celle retrouvée dans les conditions intrinsèques de survenue. Une dizaine d'émotions ont été décrites, mais les plus fréquemment revenues sont l'anxiété, la peur et le mal-être.

Anxiété

Sept patients sur 17 ont repéré que les hallucinations pouvaient être génératrices d'angoisses :

« Euh... Des fois ça m'arrive, mais c'est surtout les oreilles qui sifflent et des trucs comme ça. […] En panique. » (Entretien 12)

« Par contre quand j'entends des voix ou des trucs comme ça, là ça m'angoisse beaucoup. Et... Ben disons que comme ça arrive dans des moments où je suis pas forcément déjà très bien, ça rajoute encore à l'angoisse et ça ajoute encore au... » (Entretien 16)

« Euh... Ça me fait stresser en fait. […]… Déjà que je suis tout le temps stressée on va dire... Ça... Je sais pas ça... » (Entretien 17)

Peur

Huit patients sur 17 ont verbalisé ressentir de la peur lors de la survenue de manifestations hallucinatoires :

« … Quand j'ai des sensitives la nuit... Ben euh j'suis morte de peur, j'ai de la tachycardie, j'ai des sueurs froides... Voilà, mais sur les autres personnes non, vu que je suis toujours toute seule. » (Entretien 9)

« Ben j'ai peur. J'ai peur d'atterrir ici [NdR : à l'hôpital] et qu'on prenne des mesures horribles en fait. » (Entretien 13)

« La peur. J'ai peur. […] Et en isolement aussi ! J'ai vu le diable en isolement. Il me regardait à travers la fenêtre. J'ai eu peur, je me suis caché sous la couverture et j'ai essayé de me rendormir. » (Entretien 14)

Trois patients dans ce groupe ont exprimé plus spécifiquement la peur de la folie lors de l'apparition de leurs symptômes hallucinatoires :

« Donc c'est des hallucinations qui sont apparues. Et j'ai cru vraiment devenir complètement folle. Euh... C'est suite à une rupture assez douloureuse. J'ai tenu pendant quelques mois quand même, et à la rentrée j'ai craqué et ça a débuté. » (Entretien 6)

« … Oui des fois y'a de l'inquiétude aussi. De l'inquiétude à me dire : 'Mais... Qu'est-ce que c'est ?' quoi... 'D'où elle sort elle ?'. Voilà... En fait je me dis que je suis en train de devenir folle quoi... » (Entretien 8)

Mal-être

Onze patients ont exprimé ressentir du mal-être, sans arriver à détailler plus, au moment ou au décours des hallucinations :

« Mal. Mal, mal... Parce que c'est pas moi je sais que c'est pas moi. Moi dans ma tête je sais que c'est pas moi. Je sais que c'est quelqu'un d'autre qui me parle... » (Entretien 1)

« Autant les auditives c'est pas la question que ce soit pas rassurant mais c'est la question que c'est déstabilisant. Parce que trop de pensées dans la tête on finit par perdre les pédales. » (Entretien 9)

« Ben ça met pas ultra à l'aise. Ça met pas du tout à l'aise, parce que ça me fait aussi douter de ce qu'il se passe autour de moi, sur le moment, et de ce qui appartient... Ce que je dois considérer comme vrai et ce que je dois pas considérer. » (Entretien 10)

« J'aime pas tout ça. Je suis agacée, je me sens pas du tout confortée dans ce genre de... Euh la problématique que ça me pose, c'est que je me pose au quotidien des questions existentielles, et qu'à un moment donné j'ai cru que ces voix pouvaient m'apporter une réponse en fait. » (Entretien 13)

« Ben déjà c'est assez dérangeant en fait. Je sais pas comment dire. C'est... C'est comme si on voulait me réveiller. » (Entretien 17)

Autres émotions conséquences des hallucinations

Trois patients ont décrit leurs symptômes hallucinatoires comme potentiellement générateurs de manifestations d'énervement voire de colère :

« Alors au début, la première fois... De la colère. Parce que je me suis dit : 'Mais c'est pas possible ! Mais c'est quoi ça ?' parce que je pensais que c'était des gens qui... […] Oui la colère, et puis après beaucoup d'interrogations. » (Entretien 11)

« ... Et... Sauf que je sais que c'est pas un réflexe qui est sain parce qu'on sait jamais à quel point je peux péter un câble en étant seule. Je sais que je peux me faire du mal et je sais pas combien de temps ça va durer. Donc voilà, donc j'essaie de demander de l'aide quand j'en ai vraiment besoin et quand je suis vraiment en état de détresse mais c'est pas du tout évident. Et je sais aussi que dans ces moments-là je peux me mettre très en colère et que ça peut ressurgir sur les personnes autour de moi. » (Entretien 13)

Deux patientes ont décrit des sensations d'excitation voire de joie :

« Alors du coup... 'Et souris !'. Alors là je voilà. Je deviens heureuse, limite heureuse en fait, et contente de faire la serpillière alors que je déteste ça. Et voilà je rigole et je suis contente alors que pas du tout. » (Entretien 8)

« Mais des fois j'ai de belles hallucinations. Je vois des personnes que j'ai perdues, et j'ai pas envie qu'elles partent ces hallucinations-là, je m'y accroche. » (Entretien 9)

Deux patientes ont pu verbaliser des sensations de dépersonnalisation ou de déréalisation :

« ... et qu'elle me dit, ma sœur, 'Fais ci, fais ça. Et non il faut que tu fasses comme ça. Et pourquoi t'es pas comme elle ?...' Je... je me mets dans son personnage. » (Entretien 1)

« ... Ça met pas du tout à l'aise, parce que ça me fait aussi douter de ce qu'il se passe autour de moi, sur le moment, et de ce qui appartient... Ce que je dois considérer comme vrai et ce que je dois pas considérer. » (Entretien 10)

Quatre patients ont précisé une évolution des émotions ressenties suite à l'apparition des hallucinations, généralement dans le sens d'une habituation ou d'une diminution du niveau d'anxiété :

« De la peur, surtout pour les hallucinations cénesthésiques... Après je suis habituée. J'ai déjà eu des hallucinations suite à un antidépresseur qui s'appelait Seroplex°, pendant que j'étais en Terminale, donc ça remonte un petit peu. Et depuis j'ai l'impression que ça ne m'a pas vraiment quittée donc... Je suis un peu habituée en fait. » (Entretien 6)

« Non. Avant oui ça m'angoissait et tout parce que j'y étais pas habituée. Et quand on y habitué on apprivoise. On se dit : 'Allez, c'est un mauvais moment à passer.', et voilà. » (Entretien 15)

Enfin, cinq patients ont décrit un vécu de résignation face à la survenue de leurs symptômes hallucinatoires :

« Oui. Ben ça fait partie de mon quotidien. » (Entretien 6)

« Ben j'aimerais en être complètement détachée pour être libre. Voilà. » (Entretien 13)

« Mais si je veux qu'elles partent le plus vite possible, il faut que je sois dans ma bulle et que ça parte quoi. Comme elles sont venues quoi. […] ... Y'a que ça à faire de toute façon. » (Entretien 15)

3.3.2. Stratégies

Lors de la survenue des manifestations hallucinatoires, les patients ont décrit, en parallèle aux émotions ou à postériori, des cognitions assimilables à des stratégies plus ou moins conscientes pour faire face à ce symptôme invalidant comme il a été décrit dans les chapitres précédents. Certaines de ces stratégies ont été mises en place par les patients (les deux plus fréquentes étant la vérification et l'expression d'ordres), d'autres n'ont été qu'envisagées.

Vérification

Quatre patients sur 17 ont mis en place des stratégies de vérification :

« ... comme je vous disais tout à l'heure, quand je me retourne je vois quelqu'un, je me re-retourne parce que j'ai peur et je me re-retourne pour vérifier et je vois plus, là j'intellectualise. […] Voilà c'est ça. Je me dis : « Bon ben si ça t'arrange, va faire le tour de l'appartement, regarder s'il y a vraiment personne. » (Entretien 9)

« ... Elles ont un impact sur mon comportement personnel. Par exemple quand j'ai des visuelles, il m'arrive de faire plusieurs fois le tour de mon appartement. » (Entretien 9)

« Ouais avec ma sœur on a senti le parfum de mon père dans toute la maison. On a demandé à notre famille d'accueil si elle le sentait et tout, les autres... Mais personne ! » (Entretien 15)

Ordres

Cinq patients sur 17 ont eu tendance à verbaliser des ordres face aux hallucinations, envers ces dernières ou envers eux-mêmes :

« ... je me rappelle dans un appartement que j'avais, je voyais un homme dans le couloir chez moi, et une fois je lui ai dit : 'Tu t'en vas !' Évidemment, sachant que c'est des choses que je

voyais, je lui ai dit : 'Tu t'en vas !' Et je l'ai revu quand je prenais une fois la douche et je lui ai dit : 'Maintenant tu pars ! Ça suffit !' » (Entretien 3)

« Depuis quelques temps, j'essaie d'intellectualiser ce qui m'arrive et de mettre en place des stratégies. Donc je suis en train de penser aux stratégies que je peux mettre en place. Par exemple, 'Prends du Loxapac.', 'Va te coucher !', 'Appelle les urgences.' Je suis en train d'élaborer des plans pour essayer de contrer l'angoisse et euh... » (Entretien 9)

« Alors je fais tout pour aérer et tout ça, mais à un moment donné je me dis : 'Mais putain sortez ! Mais c'est pas possible ! Mais sortez !', et puis ben non. » (Entretien 11)

« Euh quand j'entends des voix je dis : 'Taisez-vous !' ou 'Tais-toi !', parce que ça m'insupporte et que... » (Entretien 16)

Prise de thérapeutiques médicamenteuses

Il a été décrit par 3 patients sur 17 la stratégie de prendre un traitement anxiolytique ou sédatif :

« Ça marche oui, mais il me faut quand même le Seresta°. C'est la grosse bouffée d'angoisse. » (Entretien 1)

« J'essaie de me concentrer pour faire baisser le volume, si je ne suis pas en crise d'angoisse. Et les anxiolytiques aident à calmer mes angoisses, donc m'aident non pas dans l'arrêt de la radio, ça il n'y a aucun médicament qui y parvient, mais m'aident à contrôler et la crise d'angoisse et donc le volume sonore. » (Entretien 4)

Autres stratégies mises en place

Diverses stratégies ont été décrites par certains patients. Deux autres patients ont tenté de s'opposer activement à leurs hallucinations :

« Ben quand c'est les oreilles qui sifflent c'est très désagréable. Du coup souvent je me bouche les oreilles. » (Entretien 12)

« Oui ! Vraiment j'essaie ! Ça marche pas toujours très bien mais j'essaie de lutter contre parce que... Parce que ça me met dans des états vraiment déplorables quoi. » (Entretien 16)

Les autres stratégies (concentration, apaisement, tentative d'interaction, fuite, camouflage des hallucinations, demande d'aide, ignorance / attente, mutisme, rituel) n'ont pas été plus développées étant donné qu'elles n'ont été décrites que par un patient chacune.

Stratégies réfléchies face aux hallucinations

Certains patients n'ont pu que réfléchir à des stratégies à mettre en place sans avoir eu l'occasion ou la capacité d'y parvenir. Au niveau de la temporalité, les réflexions se font le plus souvent dans un intervalle sans hallucinations. Cinq patients sur 17 ont déjà réfléchi à des stratégies à mettre en place

« Bah... Qu'il va falloir que je m'en débarrasse assez vite. Parce que... Parce que c'est quand même embêtant. » (Entretien 6)

« ... Et après au bout d'un petit moment ça s'arrête. C'est-à-dire que par moment je me dis : 'Mais. Mais t'es folle ou quoi ?', 'Est-ce que t'imagines que t'es en train de parler... toute seule ?' et 'De t'imaginer qu'il y a quelqu'un qu'y a pas.' quoi... […] Et je me dis : 'Mais t'es sérieuse quoi?'. Ouais ouais je suis sérieuse oui ! (Entretien 8)

« Là en ce moment... Depuis quelques temps, j'essaie d'intellectualiser ce qui m'arrive et de mettre en place des stratégies. Donc je suis en train de penser aux stratégies que je peux mettre en place. » (Entretien 9)

« J'en rigole des fois j'en rigole. Parce que je sais que les autres les sentent pas, au bout d'un moment. » (Entretien 11)

Il convient tout de même de signaler que 7 patients sur les 17 interviewés n'ont tout simplement pas réussi à mettre en place de stratégie face aux hallucinations, ni même à y réfléchir ou à les verbaliser de façon suffisamment claire :

« Mais après je me dis pas... Je me dis pas spécialement quelque chose. » (Entretien 6)

« Non. Ça arrive mais après j'y réfléchis pas pendant trois cents ans quoi. C'est... Ça m'arrive sur le coup, je dis : 'Ah... OK. Ben voilà.'. J'y ai jamais réfléchi. […] C'est pas quelque chose auquel je faisais vraiment attention donc euh... Je peux pas... Et puis je vérifiais pas si c'était vrai ou pas. Donc je peux pas savoir. (Entretien 17)

3.3.3. Efficacité des stratégies développées

Peu de patients dans le panel interrogé ont été en capacité de constater ou non l'efficacité des stratégies auxquelles ils avaient pensé, n'ayant souvent pas le temps de les mettre en place sous l'effet des symptômes émotionnels ou des hallucinations elles-mêmes. Cinq patients sur les 17 ont constaté l'échec de leurs stratégies :

« Dans les périodes d'hallucinations auditives, cette même élaboration vient se rajouter au surplus de voix que j'entends... Donc c'est caduque en fait. » (Entretien 9)

« Et euh je me rappelle que je faisais que le voir et que ça voulait pas partir. » (Entretien 12)

« ... mais il n'empêche que je les entends quand même et que je sais pas faire arrêter le phénomène. […] J'ai conscience que c'est pas quelqu'un dans la pièce ou que c'est pas quelque chose comme ça, mais je peux quand même pas les arrêter. » (Entretien 16)

Deux patientes ont souligné l'aggravation de leurs symptômes anxieux et/ou hallucinatoires suite à l'échec des stratégies, pouvant aller jusqu'au passage à l'acte hétéro-agressif :

« Oui. Les auditives, je suis incapable de rentrer en contact avec quelqu'un, parce que si quelqu'un vient me parler, ça rajoute une voix... Donc généralement je deviens... J'ai des crises clastiques pendant ces périodes-là... J'agresse les gens verbalement et physiquement... Surtout

physiquement. Parce que j'ai besoin d'une décharge corporelle tellement que dans la tête, c'est une pression intracrânienne tellement forte qu'il faut que ça se décharge par le corps. » (Entretien 9)

« Donc voilà, donc j'essaie de demander de l'aide quand j'en ai vraiment besoin et quand je suis vraiment en état de détresse mais c'est pas du tout évident. Et je sais aussi que dans ces moments-là je peux me mettre très en colère et que ça peut ressurgir sur les personnes autour de moi. […] … Et même si la colère n'est pas du tout liée à eux à la base, mais juste ça sort et du coup ça tombe sur le premier qui est là et... » (Entretien 16)

… voire jusqu'au passage à l'acte auto-agressif :

« Parce que quand je vais commencer à me sentir mal, si je commence à avoir des flash-backs ou à avoir des mauvais souvenirs qui reviennent et qu'il y a ça en plus qui s'ajoute, ça fait que généralement j'arrive pas à m'en sortir seule, et euh... C'est... C'est là que j'ai besoin d'aide et que... Que j'essaie soit de trouver de l'aide, soit que après j'ai fait ces choses-là (NdR : montre ses scarifications)... […] Mais enfin voilà c'est souvent à cause de ça que c'est arrivé. » (Entretien 16)

A l'inverse, 3 patients sur 17 ont pu décrire une amélioration de certaines de leurs manifestations hallucinatoires après avoir fait une action particulière :

« Voilà c'est ça. Je me dis : 'Bon ben si ça t'arrange, va faire le tour de l'appartement, regarder s'il y a vraiment personne.', 'Prends-toi du Loxapac°.'... Oui je suis beaucoup sur le Loxapac° ! 'Prends-toi du Loxapac°.', 'Vas te coucher.', 'Appelle quelqu'un.', 'Fais quelque chose!' quoi. 'Réagis !'. […] Ça marche très bien. » (Entretien 9)

« … Et il y a des périodes, quand c'était aigu, même dans mon sommeil profond, quand je dormais profondément, dans mon sommeil j'ai eu ces hallucinations auditives, mais je me suis rendue compte que plus on allégeait les traitements neuroleptiques et le stress, moins les manifestations hallucinatoires étaient présentes en fait. » (Entretien 13)

3.3.4. Intention des hallucinations

Les différents patients du groupe interviewé ont attribué des intentions diverses aux symptômes hallucinatoires dont ils étaient atteints. Six patients sur 17 ont qualifié leurs intentions de malveillantes ou de négatives à leur égard :

« C'est une odeur qui me suit mais c'est pas l'odeur que je ressens là-bas, c'est une odeur fabriquée par mon cerveau... […] … Et qui me dit : 'Tiens je suis là. Je vais pas te lâcher. N'oublie pas !'. Voilà. Et puis elle s'en va... Voilà. » (Entretien 11)

« Ben je pense qu'ils ont voulu me faire mal. […] Ben la personne en question qui voulait me tuer... Et voilà. […] … Ben... J'avais l'impression que j'allais mourir en fait. » (Entretien 12)

« Ben pour me faire du mal. […] Que je meure. Que je souffre d'abord et que je meure ensuite. Une mort lente... » (Entretien 14)

Cinq patients ont au contraire perçu une intention louable, ou au moins utilitaire à leurs manifestations hallucinatoires :

« Avec Estelle je dirais oui. Parce que des fois elle me dit : 'Tiens-toi correctement, fais ça bien, pour qu'elle soit contente et qu'elle voit que t'es une bonne personne, et comme ça elle restera peut-être avec toi...' » (Entretien 8)

« Euh la problématique que ça me pose, c'est que je me pose au quotidien des questions existentielles, et qu'à un moment donné j'ai cru que ces voix pouvaient m'apporter une réponse en fait. » (Entretien 13)

« C'est euh... C'est des fois, quand je suis dans une espèce d'état de détresse on va dire, c'est... Où j'ai besoin d'en sortir, et du coup, p't-être que... On va dire... Peut-être que ça agit pour me sortir de là et penser à autre chose tout d'un coup, je sais pas... » (Entretien 17)

Malgré ces perceptions, positives ou négatives, attribuées à leurs hallucinations, la majorité des patients interviewés (10 sur 17) s'est montrée douteuse ou ambivalente par rapport aux intentions de ces dernières, voire n'a pas d'idée sur cette thématique :

« Oui parce qu'elle va toujours me dire des choses à pas faire : 'Ne te cure pas le nez !', ou 'Ne te gratte pas les fesses !'. Enfin des choses où... Que je ne fais pas habituellement donc je me dis : 'Pourquoi elle me dit ça ? Qu'est-ce qu'elle veut !?' Tu vois... » (Entretien 8)

« Je... j'en sais rien c'est... Je sais pas. Si on part du principe que les choses ont un but, alors y'a un but mais je... Je vois pas lequel... » (Entretien 10)

« Elles peuvent être très... très mal intentionnées, comme très bien intentionnées mais dans tous les cas elles sont dérangeantes. Dans tous les cas elles sont dérangeantes... » (Entretien 13)

« Ah oui. Pff... Je... Je me pose la question. Je sais pas si leur intention première c'est de blesser uniquement, ou si d'une certaine manière c'est de me faire faire face à des choses, de me faire assumer des choses et de me mettre un peu en face de la réalité... Sauf que c'est fait de manière tellement cruelle et violente que j'ai pas du tout envie de suivre ça. » (Entretien 16)

3.3.5. Contenu négatif des hallucinations

Plusieurs patients ont mis en avant au cours de l'entretien semi-dirigé le contenu désagréable de leurs hallucinations. Ce sont les patients souffrant d'hallucinations auditives et/ou olfactives qui ont mis en évidence cette thématique.

3.3.5.1. Contenu des voix

Les hallucinations auditives avec un aspect négatif ont été mises en avant par 7 patients sur les 15 souffrant de ce type d'hallucination, dont 6 entendeurs de voix. Les autres de ce sous-groupe n'ont pas mis en avant spécifiquement le contenu, même si subjectivement un vécu négatif était retrouvé dans la grande majorité des cas :

« C'est une voix qui me parle en fait, qui me dit des choses un peu désagréables... Un peu je minimise mais... […] C'est des voix négatives en fait. C'est... C'est des choses du genre : 'T'es trop grosse !', ou 'Tu vas pas y arriver !', euh 'T'es une incapable !'. (Entretien 6)

« Oui. Il me dit : 'C'est bien fait pour ta gueule !', il me dit des insultes que j'ai même pas envie de vous dire... Voilà. Avant c'était une femme, maintenant c'est Jun... » (Entretien 14)

« Et souvent c'est pour me dire des trucs pas très très sympas, et appuyer un peu sur mes points faibles et me... M'attaquer un peu de cette façon. » (Entretien 16)

A contrario, seulement deux patients ont décrit un contenu relativement agréable de leurs hallucinations auditives :

« Elles ont air amicales. Féminines et douces. […] Non, c'est des... C'est... C'est des paroles comme ça, c'est... » (Entretien 5)

« ... Ben pour moi elle est là pour me dire des choses positives. Voilà... […] Euh elle est là... pour me comporter correctement. Que je fasse les choses bien... Qu'on ait une bonne image de moi. » (Entretien 8)

Trois patients sur 17 étaient incertains du contenu de leurs hallucinations auditives :

« Non non. C'est juste des chuchotements, quelque chose que j'arrive pas à identifier ce qui est dit... C'est une parole qui apparaît comme n'ayant aucun sens... » (Entretien 10)

« Non non... C'est pas tout le temps audible. […] Donc c'est... Je sais pas, c'est... Après c'est pas ma voix à moi ! » (Entretien 17)

3.3.5.2. Genres d'odeurs

De façon semblable aux patients souffrant d'hallucinations acoustico-verbales, 3 patients sur les 4 ayant décrit des hallucinations olfactives ont mis en avant leur contenu négatif, ce indépendamment de leur vécu subjectif :

« Des fois c'est des odeurs de vomi... Je sais pas comment vous expliquer. Des odeurs de... Mais c'est des trucs... C'est que du mauvais quoi ! C'est la gerbe ! Excusez-moi. Je... Voilà. C'est comme de la gangrène. Vous voyez les gens qui... ? Une bonne gangrène ! Ou voilà... Et ben c'est ça... » (Entretien 11)

« J'ai eu des montées d'odeurs... D'hallucinations olfactives que j'avais déjà senties, ou des odeurs super nauséabondes qui m'ont mise dans des états pas possibles... […] Il n'y avait rien non. Une fois j'ai eu l'impression... J'ai été obligée de sortir de chez moi en catastrophe parce que j'avais l'impression d'être dans une... Dans une déchetterie en fait... » (Entretien 13)

3.3.5.3. Evolution des hallucinations

Il a été intéressant de noter que certains patients ont été capables d'identifier l'évolution du contenu de leurs symptômes hallucinatoires entre leur premier épisode remémoré et leur symptomatologie actuelle. Cinq patients sur les 17 ont pu affirmer que leurs hallucinations avaient évolué au fil du temps :

« ... Des gens qui passaient devant moi, ou des plantes qui se mettaient à bouger, des trucs comme ça. Mais ça, ça a disparu. » (Entretien 7)

« Et ces pensées de 'Je suis enceinte.' ou 'J'ai envie de me suicider.' je les ai plus maintenant. C'est celles qui me ralentissent le corps que j'ai encore. » (Entretien 15)

« Euh... Pas vraiment. Je crois que ça, ce doit être un petit peu plus récent. Mais je saurais pas dire la première fois que ça m'est arrivé... Je pense que c'était plus récent que ça, mais ça doit faire euh... Ça doit faire plus cinq six ans plutôt que dix ans quoi. » (Entretien 16)

Au contraire 3 patients sur 17 ont pu dire que le contenu de leurs manifestations hallucinatoires était resté stable :

« J'ai déjà eu des hallucinations suite à un antidépresseur qui s'appelait Seroplex°, pendant que j'étais en Terminale, donc ça remonte un petit peu. Et depuis j'ai l'impression que ça ne m'a pas vraiment quittée donc... » (Entretien 6)

3.4. Retentissement des hallucinations

Indépendamment de l'action des hallucinations sur le vécu du sujet, celles-ci peuvent avoir un impact parfois majeur sur la vie des patients au niveau des relations interpersonnelles. C'est ce qu'a mis en avant la première partie de cette branche de l'arbre thématique. De façon un peu différente, les hallucinations prenant une place souvent non-négligeable dans la vie des patients interviewés, des liens peuvent se tisser entre eux jusqu'à ce qu'elles fassent partie de la vie « normale » du sujet. Cette question du rapport aux hallucinations a été abordée en seconde partie.

3.4.1. Impact sur les relations interpersonnelles

Un peu plus de la moitié des patients ayant participé aux entretiens semi-dirigés (9 sur 17) ont évoqué des relations interpersonnelles altérées suite aux hallucinations :

« Oui. Les auditives, je suis incapable de rentrer en contact avec quelqu'un, parce que si quelqu'un vient me parler, ça rajoute une voix... Donc généralement je deviens... J'ai des crises clastiques pendant ces périodes-là... J'agresse les gens verbalement et physiquement... » (Entretien 9)

« La peur parce que j'ai l'impression de... J'ai l'impression à ce moment-là de me retrouver seule avec moi-même quoi. J'ai l'impression d'être... C'est pour ça j'ai l'impression quand ça m'arrive d'être en retrait parce que je me dis : 'Là y'a un problème.' quoi. Je ne peux pas... Je

ne peux discuter avec quelqu'un alors que je sens la mort quoi. C'est impossible. Donc je me retire, et donc la plupart du temps je ne sors plus. » (Entretien 11)

« ... Euh oui un peu parce que du coup je me mettais en retrait. Et ben du coup y'a avait beaucoup de jugements. […] De la part des personnes avec qui j'étais. Du fait que je me mettais en retrait, ou des trucs comme ça. » (Entretien 12)

« Oui complètement, parce que dans ces moments-là, euh... Mon premier réflexe c'est de m'isoler complètement... » (Entretien 16)

Au contraire, 8 patients parmi les 17 n'ont pas décrit d'impact de certaines de leurs manifestations hallucinatoires sur les relations avec d'autres personnes. Il a été précisé « certaines » car pour un même patient, il a pu arriver qu'un type d'hallucination soit à l'origine d'une perturbation des relations, mais pas un autre :

« Oui c'est tout. Chez certaines personnes... Et je leur dis en général ! […] Non ! Pas plus que ça non... » (Entretien 7)

« ... Non je pense pas que ça peut avoir un impact. » (Entretien 8)

« Euh... Dans le sens où... Ah non ! Non non... Elles ont pas d'impact sur autrui en fait. Pardon. Elles ont pas d'impact sur autrui. Euh en fait, je vous dis je fais la part des choses entre le réel où j'arrive bien à discerner la situation... Par exemple je vis une situation de crise sur le moment, j'arrive à la discerner ; et mes états de manifestations hallucinatoires, je les vis toute seule et je les encaisse toute seule en fait... » (Entretien 13)

Il est à noter que parmi ces 8 derniers patients, 2 ont mis en place des stratégies afin que les hallucinations n'aient pas d'impact sur leurs relations interpersonnelles suite à des questionnements de leur entourage :

« Donc du coup, même parfois ma pote Vanessa me demande : 'Mais pourquoi tu rigoles ?' quand on marche et tout... Et je lui dis : 'Parce que je pense à quelque chose qui me fait rigoler.' alors que c'est ma voix qui me fait rigoler parce qu'elle me dit : 'Voilà, fais attention Estelle elle peut être là à tout moment te faire coucou...', ou des personnes qui me surveillent, elle me dit : 'Voilà fais attention !' quoi. » (Entretien 8)

3.4.2. Difficultés de verbalisation

La question de l'évocation des hallucinations à l'entourage n'a pas laissé indifférents les patients qui ont participé aux entretiens semi-dirigés. Qu'ils aient répondu de façon positive ou négative, leurs raisons étaient souvent précises et justifiées. Douze patients sur 17 n'évoquaient pas leurs manifestations hallucinatoires, à personne ou à certaines personnes uniquement, majoritairement par rapport au jugement des autres et le risque de mise à l'écart (peur d'être pris pour fou, isolement) :

« Non non ! Jamais. Jamais... […] Qu'on me prenne pour une folle. » (Entretien 1)

« Oui mais je préfère garder ça pour moi parce que j'ai pas envie qu'on me prenne pour une folle. » (Entretien 2)

« Non ! J'évite d'en parler par contre ! […] J'ai peur de la réaction des autres, de leur jugement, de... Qu'ils m'isolent aussi, parce que : 'Oh la là celle-là elle a l'air d'être une folle ! Faut pas s'en approcher !' » (Entretien 6)

« Non. Non non. C'est quelque chose. Ça a pas pour l'instant d'incidence positive ou négative sur ma vie. J'ai pas envie d'en parler à d'autres personnes et... Je préfère pas le faire. » (Entretien 10)

« … Parce que chez moi ils sont tous dans le milieu médical, et euh... On m'a jamais parlé de ça quoi... Mais bon j'ai jamais parlé de ça non plus... » (Entretien 11)

10 patients sur 17 ont pris le parti de parler de leurs symptômes hallucinatoires à leur entourage plus ou moins proche de façon partielle (limitée à certains individus) ou totale. Cette évocation a pu être décrite avec l'entourage familial ou amical (8 patients sur 10) :

« Avec Clara oui parce que Clara c'est quelqu'un qui a un peu le même don, donc du coup on en parle et je suis plus apte à la comprendre. […] Oui, et elle à me comprendre également. » (Entretien 3)

« … Et qu'ils me croyaient pas sur le fait que... Enfin sur... Ils croyaient pas ce que je leur disais en gros ? » (Entretien 12)

« Ah oui !... Enfin la première personne qui a été au courant c'était ma famille d'accueil. J'avais peur un peu de lui en parler, j'avais peur qu'elle me prenne pour une folle. Et... Euh... Ma sœur est au courant... Ben mon entourage est au courant, pas tous. Et euh... Ben récemment, j'ai avoué, quand ça m'est arrivé il y a deux semaines, pour la première fois quand j'étais en couple avec mon copain, et je lui en ai parlé. C'est dur à faire comprendre... » (Entretien 15)

« Euh pas à tout le monde. Je peux en parler à mes amis parce que j'ai une de mes amies qui a le même problème, donc je sais que je peux lui en parler ouvertement. […] Mais donc une des premières personnes à qui j'en ai parlé c'était elle… » (Entretien 16)

Trois patients ont évoqué leurs hallucinations en milieu sanitaire :

« Euh... J'en parle... En dehors de la psychiatrie ma mère est au courant et mon compagnon... Mais non, sinon non. » (Entretien 4)

« Non. J'en parle aux gens que je sais qu'ils vont me croire, mais... Aux docteurs ici, aux infirmières. » (Entretien 14)

Deux autres enfin en ont parlé à des personnes extérieures à leur cercle proche :

« Ça peut être chez... Ici... De toute façon quand je vois la lueur autour des gens je leur dis. […] Oui c'est tout. Chez certaines personnes... Et je leur dis en général ! » (Entretien 7)

3.4.3. Adhésion aux hallucinations

Parmi les 17 patients du groupe ayant participé aux entretiens semi-dirigés, 5 ont présenté une adhésion forte ou totale à leurs hallucinations :

« J'veux dire que je pense que c'est un don c'est tout. C'est pas... Moi je le cultive pas, j'vais pas vous dire : 'Ah là je sens qu'il y a quelqu'un à côté de vous !' J'suis pas en plein délire quoi ! » (Entretien 3)

« Même si c'est irrationnel parce que mon père est décédé mais euh... je suis persuadée que... Par exemple j'élabore des choses complètement irrationnelles. Je me dis : 'Il a été mal enterré, le rite d'enterrement a été mal fait, du coup son fantôme vient me hanter.' […] Pendant. Et après, jusqu'à dix heures, onze heures. A dix heures, onze heures, quand je suis bien calmée, quand j'ai pris le rythme de la journée, je me dis : 'Non là peut-être, effectivement, c'était un cauchemar.' » (Entretien 9)

« Et en revenant des toilettes j'étais en mode : 'Non ! Je peux pas retourner dans la chambre ! Y'a quelqu'un ! Il va me tuer, il va me faire mal !' » (Entretien 12)

Cinq autres patients ont critiqué leurs manifestations hallucinatoires, ou au moins un type de leurs hallucinations pour ceux qui en ont plusieurs :

« Par contre j'ai toujours un temps de recul, un jour après, quand l'attaque de panique est passée, et que... […] … je suis bien calmée, et que tous les symptômes de l'attaque de panique sont dissipés (ça je sais le percevoir), là j'ai du recul, et je me dis : 'Là oui j'étais en train d'halluciner.' » (Entretien 9)

« Après je fais la part des choses. Vous savez j'ai déposé des choses à la Justice, et je fais la part des choses, je vous le répète d'hier, entre ce qui est réel, ce qui m'est réellement arrivé, et ce qui est hallucinatoire en fait. » (Entretien 13)

« Et... dont j'ai conscience qu'elles ne sont pas réelles et qu'elles sont hors de ma tête... […] J'ai conscience que c'est pas quelqu'un dans la pièce ou que c'est pas quelque chose comme ça… » (Entretien 16)

Enfin, 3 patients sur 17 semblaient en plein doute quant au caractère réel ou hallucinatoire des symptômes qui leur arrivaient :

« Ben pour moi y'a quelqu'un quoi. Pour moi y'a quelqu'un. Après c'est compliqué de savoir si c'est de l'imagination ou si c'est du réel mais... Parce que... C'est un peu nouveau quand même quoi ! Même si je l'ai vécu pendant plusieurs mois, c'est nouveau quand même. » (Entretien 8)

« Ben y'a des moments oui, parce qu'il y a des moments où je capte pas que c'est moi qui hallucine, et je me dis juste : 'Tiens, y'a un bruit bizarre, ça doit être mes voisins !' ou un truc comme ça. » (Entretien 16)

« C'est pas quelque chose auquel je faisais vraiment attention donc euh... Je peux pas... Et puis je vérifiais pas si c'était vrai ou pas. Donc je peux pas savoir. » (Entretien 17)

3.4.4. Contrôle des hallucinations

Le contrôle des hallucinations est la capacité du patient à avoir une influence totale ou partielle sur ses symptômes hallucinatoires. Cette branche a été divisée en trois parties : présence d'un contrôle volontaire des hallucinations, pas de contrôle et simple interaction avec les manifestations hallucinatoires. La première a regroupé 3 patients sur 17 :

« L'arrêt non. Non non par contre je peux baisser le volume au plus bas ce qui m'évite de répondre 'Non merci ! Pas de sucre dans mon thé.' alors que personne ne m'a demandé si... Je peux être en décalage, avoir l'air un peu absente… » (Entretien 4)

« ... Et tellement j'ai la volonté d'échapper à ce monde qui me paraît tellement hostile, que c'est presque une jouissance de me réfugier dans ce monde parallèle. Et dans ce cas-là c'est moi qui entraîne... La plupart du temps... Pas pour les auditives, mais pour les autres c'est moi qui les déclenche en fait. C'est euh... j'ai tellement cette volonté d'échapper à ce monde qui me... Qui ne me convient pas que... Que voilà. » (Entretien 9)

A l'opposé, 4 patients sur 17 ont constaté qu'ils n'avaient aucun contrôle sur certaines, voire sur toutes leurs hallucinations :

« Alors je fais tout pour aérer et tout ça, mais à un moment donné je me dis : « Mais putain sortez ! Mais c'est pas possible ! Mais sortez ! », et puis ben non. […] Ben non. Elles s'en vont au bout d'un moment, et je les laisse partir. » (Entretien 11)

« ... mais il n'empêche que je les entends quand même et que je sais pas faire arrêter le phénomène. […] J'ai conscience que c'est pas quelqu'un dans la pièce ou que c'est pas quelque chose comme ça, mais je peux quand même pas les arrêter. » (Entretien 16)

Il est à noter enfin que même s'ils n'ont pas de contrôle à proprement parler sur les symptômes hallucinatoires, deux patients ont affirmé pouvoir entrer en interaction avec eux :

« Voilà et du coup ça me déstabilise tout le temps et je lui dis : « Mais c'est !... ». Je lui dis tout le temps : 'C'est bon, vas-y !'. Enfin voilà, même de vous en parler ça me fait rire parce que... Ben c'est ce que je ressens quand je la vois en fait... » (Entretien 8)

3.5. Genèse des hallucinations

L'origine des manifestations hallucinatoires est une question qui a mis en difficulté nombre des patients. Différentes branches ont tout de même pu se dessiner au fil des entretiens : une origine traumatique, une maladie, une croyance, et enfin pas d'explication ou de souvenir quant à la genèse des hallucinations.

3.5.1. Origine traumatique

L'origine traumatique des hallucinations est l'hypothèse qui a le plus souvent été mise en avant par les patients de notre échantillon. En effet, 13 sur les 17 interrogés l'ont évoquée facilement. Nous aurions pu diviser cette section de multiples façons, mais il a été décidé d'organiser cette catégorie en quatre branches pour des questions de cohérence avec les autres branches de l'arbre thématique : les traumatismes physiques, les traumatismes psychologiques, les traumatismes sexuels et les traumatismes relationnels.

3.5.1.1. Traumatismes psychologiques

Presque les deux tiers des patients ayant émis l'hypothèse d'une origine traumatique à leurs hallucinations (8 sur 13) ont évoqué clairement un contexte de traumatisme psychologique. Cela pouvait correspondre au fait d'être témoin d'évènements choquants dans l'enfance :

« Non, c'est parce que... Je l'ai vue faire des choses avec des hommes, et ça m'a perturbée. » (Entretien 1)

… Cela a pu survenir à la suite d'un décès d'un proche :

« Non non. Ça a commencé j'avais 14-15 ans, donc c'est survenu après la mort de mon père biologique, à une période où mes parents, père adoptif et... c'est pour ça que j'ai un double nom... C'était infernal à supporter, j'allais au collège avec des cernes tous les matins parce qu'ils se disputaient toutes les nuits... Mais non j'ai pas d'hypothèse... » (Entretien 4)

… A la suite d'une expérience traumatisante secondaire à des consommations de toxiques :

« Et j'étais sortie le soir, j'avais fumé du cannabis dans une cabine téléphonique, et là... Attaque de panique. Direct. Déréalisation. Hallucinations auditives, visuelles et sensitives, les trois en même temps. […] Voilà oui. Et je pense que c'est des séquelles du cannabis puisque je consommais énormément avant. » (Entretien 9)

Ou encore dans un contexte de vie plus largement difficile :

« Ensuite ma mère a divorcé de mon père qui était alcoolique et schizophrène... » (Entretien 4)

« ... Je pense que... J'ai une vie tellement difficile que j'ai envie de m'en extraire et que je m'invente un monde. En fait. Et... ce monde est peuplé de choses bizarres. D'hallucinations, de choses que je vois... » (Entretien 9)

« Mmh ben... J'étais au lycée, ça m'intéressait pas, j'habitais chez mes parents, je détestais ça, il se passait rien de bien dans ma vie. Enfin... C'était... assez déprimant. […] Fallait aller en cours tous les matins... Et surtout pas se plaindre et pas vouloir ne pas y aller, sinon on s'en prenait une !... Du coup voilà, c'est... Enfin... C'est pas un contexte de merde mais c'est pas non plus un contexte bien. » (Entretien 10)

« Moi je me suis sentie martyrisée et un peu... Je vous dis, mes chocs... J'ai beaucoup souffert, j'ai beaucoup encaissé, et j'ai une impression que tout s'est diffusé dans ma souffrance psychique en fait... […]… Et une accumulation... Une accumulation d'événements que je me traînais derrière moi, de casseroles, depuis l'enfance. » (Entretien 13)

3.5.1.2. Traumatismes physiques

Deux patients sur les 13 ayant évoqué un traumatisme comme potentiellement à l'origine de leurs hallucinations ont décrit des chocs physiques, sans certitude :

« ... Moi j'ai pris des décibels, j'étais près des enceintes. Euh... […] Juste après un choc émotionnel super violent et un accident de la route. » (Entretien 13)

« A un moment aussi je me suis fait renversée par une voiture, donc euh... Étant donné que je sais même pas de quand ça date... » (Entretien 17)

3.5.1.3. Traumatismes sexuels

Les traumatismes sexuels ont été évoqués comme origine possible de leurs hallucinations par 3 patients sur le groupe de 13 :

« Et je sais pas... Je... J'ai été abusée sexuellement à l'âge de cinq ans, à l'âge de dix ans... Par un ami de la famille du côté paternel... » (Entretien 4)

« Quand je me sens touchée dans mon lit, je me dis... Là là c'est un peu différent, je me dis que c'est moi-même qui n'ai pas réglé mes soucis de viol, et que ça revient. » (Entretien 9)

« Euh... Juste après mon viol, quelques temps après mon viol, euh... Ça a été le début...
Ça a été la première fois que c'est apparu, à ce moment-là ? » (Entretien 11)

3.5.1.4. Traumatismes relationnels

Enfin, bien qu'il ait été possible de placer cette branche dans les traumatismes psychologiques, il a été estimé que le thème des relations traumatiques avait été évoqué de façon suffisamment importante (7 patients sur 13) pour en faire une quatrième partie à part entière. Dans cette catégorie, certains patients ont évoqué des relations traumatiques comme origine des hallucinations :

« Mmh je sais pas, j'ai... C'est pas que je l'aime pas mais... Elle... C'est une personne, c'est ma sœur mais elle a fait des choses que, qui... qui font... qui m'ont pas plu, et que cette voix elle est là. Et j'ai l'impression qu'elle m'aime pas ma sœur, et que cette voix me dit des choses que je ne veux pas faire, et que je ne ferai pas, donc... Comme si elle me poussait à faire des choses quoi, cette voix. Que je ne fais pas. » (Entretien 1)

« Oui. Toujours avec cette rupture en fait. Mais c'est... C'est latent parce que c'est en relation avec... une relation amoureuse qui a duré... quatre ans ouais. Et où j'étais pas mal malmenée. […] Par cette personne... Et j'ai l'impression que ça a déclenché chez moi des choses... Des choses comme ça, négatives. Ça m'a fait décompenser. » (Entretien 6)

Cinq patients ont évoqué une séparation avec un proche, réalisée de façon douloureuse, comme origine potentielle de leurs symptômes hallucinatoires :

« Alors des fois je me demande si c'est pas une interprétation du manque. […] Ouais. Ouais. Et de l'envie de lui parler, et tout ça. Mais... Je sais pas. Elles sont là. Mais comme je vous ai dit, voilà y'a pas de visage quoi. Y'a pas... Y'a pas les traits, y'a pas toutes ces précisions-là quoi... » (Entretien 8)

« Alors. Toujours pareil : pour Estelle, oui. Puisque c'est un manque réel que j'ai d'elle. […] Pour tout. Pour tout parce que la voix en général quand elle me dit de bien me comporter c'est souvent pour elle. Pour Estelle. Donc pour elle je dirais que c'est vraiment du réel. Enfin c'est sur quelque chose de réel. Voilà. L'envie de la voir, l'envie de lui plaire, ouais. » (Entretien 8)

« Oui. Alors oui effectivement. Il y a quelques mois, j'ai eu le décès de ma meilleure amie. Ça m'a beaucoup... Voilà... Puisque que quand on ferme le cercueil etc... J'étais là. Pour lui fermer les yeux etc... J'étais là. Et l'odeur qu'ils mettent aussi, quand on embaume et tout... Cette odeur elle revient beaucoup aussi. Elle revient beaucoup mais mélangée avec l'odeur de la mort quoi. » (Entretien 11)

« Mmh déjà je me suis jamais sentie chez moi. Euh... Et vraiment le fait que... Ce qui aurait pu déclencher c'est que... P'têtre le sentiment d'abandon quoi... Quand mon père il a eu son premier enfant avec elle je pense... Après euh... Je sais pas trop. Franchement je sais pas trop. » (Entretien 17)

3.5.2. Maladie

Bien qu'un traumatisme infantile ou à l'âge adulte semble être l'origine à laquelle les patients pensent en premier, d'autres origines hypothétiques ont pu être abordées. C'est le cas de l'hypothèse d'une maladie (développée par eux-mêmes ou alors transmise par l'ascendance) qu'ont pu évoquer 5 patients sur les 17 :

« … Je suis tombée malade en 2011... Très malade... Et c'est à partir de ce moment-là que j'ai commencé à entendre les voix, mais je sais pas si c'est entendre des voix. » (Entretien 2)

« Mon père était schizophrène quoi, point barre. Après... Je sais pas s'il y a des liens de cause à effet, des fragilités, des... Voilà quoi. J'ai pas une base très stable. Y'a mes arrière-grands-parents qui étaient très stables mais je... J'ai l'impression d'habiter une maison brinquebalante en essayant de colmater les brèches. » (Entretien 4)

« J'ai peut-être... un fragilité. J'ai toujours été plus fragile que les autres... En tout cas plus hypersensible... des fois je sens des présences chez moi. Oui j'ai toujours été hypersensible... » (Entretien 6)

« Je sais pas. Je sais pas d'où ça vient ces trucs. […] Je sais pas... Ma maladie ? » (Entretien 15)

3.5.3. Croyances et dons

Six patients ont pu assimiler leurs symptômes hallucinatoires à des croyances sous-jacentes. Il pouvait s'agir d'un don considéré comme héritage familial :

« Mais en Corse, cette force, ça devait venir de ma grand-mère. Je pense qu'elle avait le même don que moi donc je pense... […] Voilà je cherchais le mot. Oui c'est culturel. » (Entretien 3)

Un autre patient pensait que ses hallucinations étaient une sorte de capacité que tout le monde peut travailler et développer s'il le souhaite :

« … D'après des gens qui en parlent, tout le monde a le don de ça. C'est pas un don, c'est pas un véritable don en fait. Mais c'est des choses qu'on capte, mais c'est pas... Voilà j'ai pas été choisi, j'ai pas été élu pour ça. […] … C'est, c'est tout le monde. Ça peut arriver à tout le monde quoi. Et c'est aussi souvent la concentration, quand on est attentif, vigilant... Bien dans le présent quoi. » (Entretien 7)

Deux autres patients avaient des doutes sur la possibilité que quelqu'un puisse être à l'origine de leurs hallucinations :

« Voilà. Alors qui la montre ? Est-ce que c'est parce que j'en ai envie que je la vois ? Ou est-ce que c'est parce que... ? Je sais pas je la vois en tout cas. » (Entretien 8)

« … Euh... Je vous ai dit, quand c'est apparu, je croyais qu'on m'avait greffée une cellule, je comprenais pas l'origine de leurs apparitions, et euh... » (Entretien 13)

Enfin un autre patient était convaincu que ses symptômes hallucinatoires étaient secondaires à une malédiction qu'il a reçue :

« Je pense que oui... On m'a fait de la sorcellerie ! […] Quelqu'un de ma famille. Mon beau-frère, ou ma mère, ou... Ou des gens au Maroc, je sais pas... » (Entretien 14)

3.5.4. Genèse des hallucinations non-restituée ou restituée avec difficultés

Malgré les différentes idées émises, 10 patients sur 17 admettent soit n'avoir aucune explication sur l'apparition de leurs symptômes hallucinatoires, soit ne pas se souvenir de leur premier épisode hallucinatoire, soit en avoir une remémoration partielle. Il s'agit clairement de l'axe thématique qui a fait l'objet du recueil d'informations le plus important :

« Ben... Beaucoup d'angoisse, de stress... Une vie un peu dissolue quoi. […] Oh c'est pas vieux... C'est pas vieux ça date de là, ces dernières années quoi. » (Entretien 5)

« … Mmh... Ça fait quelques années. […] Je pense que ça date d'après, peut-être la fin de mon adolescence. Vers la fin du lycée. […] … Enfin pas que j'ai pu identifier en tout cas quoi. » (Entretien 10)

« Non je pense que la première fois, j'ai probablement dû me dire que c'était quelqu'un à côté de moi, ou mes parents, ma sœur, dans une chambre à côté. Aussi j'ai toujours habité avec des gens et... J'ai rarement, enfin... J'ai eu ça du coup dans ma première année mais... Première année après le lycée. » (Entretien 10)

« Euh... A quelques mois d'écart, avec une hyperactivité physique et une hyperactivité mentale. Et euh... une hygiène de vie... Une mauvaise hygiène de vie, une mauvaise alimentation, une prise de toxiques dont de cannabis, très peu de sommeil... » (Entretien 13)

« Alors je m'en souviens même pas donc euh... […] Ben euh... Je saurais pas dire. Je saurais pas dire si c'était... y'a deux ans ou quand j'étais gamine, j'en sais rien ! Franchement. » (Entretien 17)

DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude était de faire une estimation de la prévalence des manifestations hallucinatoires dans une population de patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline en milieu libre. Les objectifs secondaires étaient d'une part de caractériser les hallucinations dans cette population, avec l'hypothèse qu'elles peuvent présenter des spécificités et ainsi permettre de distinguer des symptômes survenant dans le cadre du TP BDL ou dans le cadre d'un autre trouble psychiatrique, et d'autre part rechercher d'éventuelles corrélations entre hallucinations, symptômes dissociatifs, antécédents traumatiques et état de stress post-traumatique dans la population avec un TP BDL.

1. Résultats obtenus

1.1. Prévalence des hallucinations

Dans l'échantillon de 45 patients, la prévalence estimée de survenue des symptômes hallucinatoires s'est élevée à 53%, avec des valeurs extrêmes s'étalant entre 39% et 68% avec un intervalle de confiance à 95% (du fait de la petite taille de l'échantillon).

Cette valeur est élevée par rapport à la moyenne des études anglo-saxonnes portant sur le sujet : 34% de prévalence en moyenne sur les dix études référencées, avec des prévalences extrêmes allant de 13,7% pour Kelleher en 2017 à 54% pour Chopra en 1986 (34,38). Les résultats actuels se rapprochent donc plus de ceux de Chopra, mais chez qui le nombre de participants était de 13, et de ceux de Pearse qui obtenait une prévalence de 50% sur son panel de 30 patients (34,37). Les petits échantillons de la majorité de ces études doivent faire relativiser les résultats obtenus. Celles des dernières années en revanche tentent une estimation plus précise sur la base d'échantillons de patients plus importants. Ainsi des résultats très variables ont été présentés, comme ceux de Niemantsverdriet qui retrouvent 43% d'hallucinations chez les patients TP BDL (8 à 21% selon le type) (39) ; ceux de Kelleher, qui comparent la prévalence des hallucinations dans les différents troubles mentaux, et en retrouvent chez 13,7% des borderlines (7403 patients) (38) ; ou encore ceux de Slotema, qui après une revue de la littérature, pointent 30,34% d'hallucinations auditives dans cette même population (89 patients) (40). Ce même auteur a très récemment publié une nouvelle revue systématique de la littérature sur la prévalence des hallucinations auditives chez les patients souffrant d'un TP BDL et retrouve des valeurs de l'ordre de 25% d'HAV en moyenne (27% chez les patients hospitalisés, 24% chez ceux suivis en ambulatoire) (65). On peut encore citer les travaux de Merrett et de Zonnenberg estimant respectivement à 50% et 27% la prévalence des hallucinations acoustico-verbales (50% d'hallucinations tous types confondus) dans le TP BDL (40,45). Au final la présente étude se situe à mi-chemin entre ces différents résultats, avec une prévalence d'hallucinations acoustico-verbales de 40%. Elle met également en évidence la présence importante d'autres types d'hallucinations dans cette population, qui font l'objet de beaucoup moins d'études.

En effet, comme dans beaucoup d'études antérieures, si les hallucinations auditives ont été retrouvées majoritaires dans l'échantillon recruté (18 patients sur 45), elles sont suivies par des

hallucinations visuelles et cénesthésiques (13/45), puis olfactives (7/45). Aucune hallucination gustative n'a pu être mise en évidence. Cet ordre correspond à celui classiquement retrouvé (fréquence des hallucinations auditives supérieure à celles des visuelles, supérieure à celles des cénesthésiques, supérieure à celle des olfactives/gustatives) même si les hallucinations cénesthésiques sont ici fortement représentées (34,37,46). Les patients souffrant d'hallucinations auditives ont souvent décrit des voix inconnues d'origine intracrânienne, alors que les autres manifestations hallucinatoires semblaient plus variables dans leurs présentations. Cette description reprend celle majoritairement retrouvée dans cette population clinique (39,43,45). Les fréquences de survenue ont été décrites comme très variables, au contraire des durées des hallucinations qui ont majoritairement été signalées comme brèves, caractéristiques classiquement retrouvées en comparaison avec les hallucinations chez les patients schizophrènes (23,36).

Une question qui peut se poser par rapport à ce résultat de prévalence élevée est l'existence possible d'un biais de recrutement (biais de sélection) en début d'étude, car les médecins sollicités pensaient initialement que les hallucinations étaient un critère d'inclusion pour que leurs patients puissent participer à l'étude. Plusieurs rappels ont dû être nécessaires dans certains centres de recrutement pour lever l'ambiguïté sur les critères d'inclusion et d'exclusion. Peut-être cela peut-il s'expliquer par la mise en avant du sujet de l'étude qui a retenu l'attention des praticiens au détriment de l'intérêt de recruter un échantillon représentatif de la population clinique et pas seulement les patients hallucinés.

Il est également important de signaler que le travail actuel ne présente que des résultats préliminaires et qu'il s'inscrit dans une étude de prévalence à plus long terme, se poursuivant jusqu'en 2021 afin de pouvoir obtenir un échantillon de patients suffisamment important (minimum de 317 requis) pour recueillir des résultats significatifs (estimation de prévalence à 5% près avec un intervalle de confiance à 95%).

1.2. Résultats secondaires

L'analyse qualitative représente le cœur de l'étude des caractéristiques des hallucinations : elle a cherché à mettre en évidence les différents points permettant de décrire les symptômes hallucinatoires chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline afin de mieux pouvoir les identifier en pratique clinique et ainsi s'orienter plus efficacement vers des prises en charge adaptées.

Cette analyse a permis de mettre en évidence quatre types d'hallucinations. Le type prédominant était les hallucinations auditives, déjà antérieurement décrites comme les plus fréquentes dans cette population, pouvant atteindre jusqu'à 50% des patients avec un TP BDL à elles seules, sans inclure les autres types (16,17,20,27,32–40,45). Au sein de cette catégorie d'hallucinations, les voix entendues étaient majoritaires, souvent multiples, variables et inconnues, parfois autoritaires voire donneuses d'ordres. Les bruits étaient également présents chez la moitié des patients. La quasi-totalité s'accordait sur une localisation intracrânienne de leurs HAV, comme déjà antérieurement retrouvé (39,43,45). La PSAS a pu mettre en évidence des bruits plus fréquents que ce qui a été recueilli lors des entretiens semi-dirigés mais s'accorde sur le reste des caractéristiques. Peut-être que ce sous-type d'hallucination auditive était moins spontanément évoqué lors des entretiens semi-dirigés car moins pris en considération par les

patients dans la vie quotidienne ? Les hallucinations visuelles ont été décrites de manière assez variable par les patients, mais les visions de forme humaine se sont démarquées des zoopsies ou de celles d'objets. Ces derniers résultats vont dans le sens de ceux retrouvés à la PSAS, qui pointe une majorité de visions de personnages. Bien souvent les personnages visualisés étaient connus des patients ou sinon leur évoquaient des souvenirs d'évènements passés. On peut se poser la question du lien possible avec de potentielles réviviscences post-traumatiques, ce que semble évoquer une corrélation retrouvée entre ce type d'hallucination et un niveau de stress post-traumatique plus élevé à la PCL-S. De même cette hypothèse irait dans le sens d'études antérieures qui retrouvaient la même corrélation (66,67). Les hallucinations cénesthésiques ont été décrites assez régulièrement par les patients qui ont participé à l'analyse thématique. La quasi-totalité d'entre elles était constituée de sensations cutanées tactiles, souvent comme si une personne les touchait ou les effleurait, alors que les sensations intracorporelles n'ont été rapportées qu'une seule fois. Une proportion de résultats confirmée lors du passage de la PSAS qui retrouvait les sensations de poids ou de gêne comme fréquentes également. Il est difficile de trouver des études évoquant ces symptômes dans la littérature pour pouvoir en comparer les résultats. L'étude sur les patients avec un TP BDL incarcérés en retrouvait finalement peu (2 patients sur 16) rendant la comparaison peu fiable. Cependant le contenu négatif, la critique parfaite et l'absence de contrôle allait dans le même sens que notre étude (46). Enfin, les hallucinations olfactives ont été mises en évidence chez quatre patients sur dix-sept, souvent décrites comme désagréables, connues et d'origine extracorporelle, tandis qu'il n'y a pas eu d'hallucination gustative rapportée. Cet ensemble de résultats laisse suggérer une proportion non-négligeable des types d'hallucinations autres qu'auditif qui sont généralement moins étudiés. Une hypothèse pourrait être que ces autres types de manifestations hallucinatoires sont plus fréquents que ce qu'il est pensé, et avec des retentissements pouvant être aussi importants que ceux des hallucinations auditives, allant dans le sens de l'étude de Soloff qui mettait en évidence des hallucinations visuelles particulièrement présentes (33). Malheureusement, la plupart des autres travaux s'étant intéressés aux symptômes hallucinatoires chez les patients souffrant d'un TP BDL ont pris le parti de n'étudier que les hallucinations auditives, souvent en utilisant des échelles ne prenant en compte que ce type d'hallucination (PSYRATS et BAVQ-R principalement) (36,40,43,68). En se basant sur ce constat, on pourrait également générer une autre hypothèse selon laquelle les autres types d'hallucinations seraient sous-évalués dans cette population, au risque d'entrainer une sous-estimation de leur prévalence. Védère, dans son étude sur les patients avec un TP BDL incarcérés, retrouvait des hallucinations visuelles chez 50% de ses patients hallucinés avec un contenu négatif, un retentissement et un caractère incontrôlable (46). L'utilisation de la même échelle de mesure des hallucinations dans notre étude, la PSAS, pourrait expliquer en partie des résultats se rapprochant plus de ceux de ce dernier auteur. Cela présente l'avantage d'une comparaison fiable des résultats, car générés à partir d'un même outil. Un travail intéressant serait d'étudier les différents types d'hallucinations avec d'autres échelles pour voir si ces résultats se répètent.

Les conditions de survenue des hallucinations ont fait l'objet de nombreuses pistes laissées par les patients. Cependant bien souvent ces derniers se sont retrouvés en difficulté dans les moments de réflexion et de verbalisation quant aux circonstances d'apparition ou de maintien de leurs symptômes, laissant la place à une certaine suggestibilité. Les lieux de survenue des hallucinations ont souvent été réduits au domicile personnel, mais la majorité des patients n'a pas su donner une réponse affirmée à cette question. Le moment préférentiel de survenue a été majoritairement désigné le soir et/ou la nuit, mais également la journée dans un tiers des cas.

La PSAS retrouve cette majorité d'hallucinations en fin de journée et la nuit, mais n'étudie ce paramètre que pour les hallucinations visuelles. Une extension de cette recherche aux autres types de manifestations hallucinatoires au sein de l'échelle permettrait d'étayer les résultats de l'analyse qualitative. Un autre tiers des patients n'a pas sur répondre là encore. L'influence de l'isolement sur l'apparition ou la majoration des manifestations hallucinatoires a été clairement décrite par un tiers de patients, mais d'autres ont pu laisser des indices dans ce même sens sans réellement pouvoir l'affirmer. L'effet de la solitude sur l'apparition ou la majoration de symptômes du spectre psychotique, dont les hallucinations, a déjà pu être mis en évidence dans la population générale et de façon encore plus évidente en détention où l'isolement est fréquent (46,69,70). L'étude de Védère et la nôtre s'accordent sur le rôle de l'isolement, parfois imposé aux patients dans le cadre de la détention, parfois délibérément choisi, majorant les angoisses elles-mêmes génératrices de manifestations psychotiques anxiogènes (46). Le travail actuel apporte des arguments en ce sens dans la population de patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline où l'on a vu que le repli au domicile pouvait peut-être être une conséquence indirecte des hallucinations via la diminution des relations sociales. Ces différentes données peuvent laisser émettre une hypothèse selon laquelle la survenue d'hallucinations serait liée aux angoisses vespérales régulièrement évoquées, potentiellement majorées par le repli et l'isolement au domicile, lieu pourtant considéré comme sécurisant par les participants. La difficulté d'introspection souvent rencontrée en pratique clinique dans cette population de patients pourrait expliquer du moins en partie ce constat de cercle vicieux pour lequel ils n'arrivent pas à trouver d'alternative, comme le montre l'échec des stratégies mises en place rapporté lors des entretiens semi-dirigés.

L'étude de l'influence des toxiques sur ce type de symptômes a mis en avant des résultats très variables, allant de la réduction à la majoration. Cependant, là encore, les patients ont été nombreux à ne pas arriver à repérer les effets de ces substances, ce qui ne permet pas d'aller dans le sens d'études antérieures qui ont mis en avant une exacerbation des symptômes psychotiques sous toxiques (71). La question de la fréquence de survenue des hallucinations a mis en difficulté la plupart des patients interrogés qui n'ont pas su répondre spontanément dans la majorité de cas. L'utilisation de la PSAS et ses choix multiples a permis de se faire une idée un peu plus claire, avec des fréquences variables allant de moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par semaine, plus rarement tous les jours pour les hallucinations auditives ; les hallucinations olfactives, elles, ont été décrites comme rares. Aucune étude de la littérature étudiant ce type d'hallucination en psychiatrie n'a été trouvée ; elles font plus souvent l'objet d'études en neurologie ou en oto-rhino-laryngologie où elles sont peu fréquentes, de l'ordre de 2% dans la maladie de Parkinson (72). La durée des symptômes était très majoritairement brève, là encore résultats corroborés par la PSAS dans laquelle la majorité des hallucinations duraient de quelques secondes à quelques minutes, évoquant les premières études de Gunderson et Zanarini sur le sujet (17,18,55). Concernant la présence tout au long de la vie, malgré les difficultés qu'ont pu avoir les patients sur la genèse de leurs manifestations hallucinatoires, les premiers souvenirs évoqués concernant les hallucinations remontaient à l'adolescence, parfois à la fin de l'enfance ou au début de l'âge adulte, renvoyant à l'étude comparative de Tschoeke entre patients avec un TP BDL et patients schizophrènes dans laquelle les hallucinations étaient décrites comme plus précoces chez les patient souffrant d'un TP BDL (43). Notre étude irait dans le sens de la validation de cette hypothèse qui permettrait de faciliter la distinction des deux diagnostics lors de la mise en évidence de manifestations hallucinatoires.

Parmi les conditions intrinsèques de survenue des hallucinations, l'existence de l'anxiété comme émotion préalable a été rappelée par presque les trois quarts des patients de l'analyse. Cette thématique va dans le sens de plusieurs travaux, notamment ceux de Glaser et de Gras sur la réactivité psychotique au stress (c'est-à-dire l'apparition de symptômes psychotiques dont les hallucinations en réaction à un incident de la vie quotidienne) (20,42,73). Il est relativement cohérent d'imaginer ce cercle vicieux entre les émotions négatives ressenties dont la fréquente angoisse « préalable » aux hallucinations, ces dernières engendrant à leur tour des émotions négatives génératrices à nouveau de manifestations hallucinatoires. Il serait intéressant d'explorer dans le futur l'usage et l'efficacité des anxiolytiques sur la survenue des hallucinations via l'action sur l'anxiété. Ce type de traitement (benzodiazépines ou neuroleptiques de première génération) était très souvent prescrit dans notre échantillon, mais aucune corrélation n'est ressortie entre la prescription de tels traitements et la survenue de symptômes hallucinatoires. D'autres émotions ont pu être décrites mais de façon plus anecdotique. La notion de facteur déclencheur potentiel a été moins évidente, si bien que dans la grande majorité des cas les patients n'ont pas pu repérer ou restituer un tel facteur dans le cadre de leurs symptômes hallucinatoires. Il est dans ce cas possible de penser que devant cette incapacité à repérer un déclencheur éventuel, les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline éprouvent de grandes difficultés à anticiper leurs apparitions et à les prévenir (74).

Le vécu des patients face à leurs hallucinations a été une partie très riche de l'analyse. Elle a en effet pu permettre de mettre en évidence la souffrance générée par ces symptômes et les complications secondaires à ceux-ci. Sur le plan émotionnel, des émotions « négatives » ont été souvent évoquées au moment ou dans les suites des manifestations hallucinatoires, comme l'anxiété, la peur, et plus généralement un mal-être. Une certaine résignation a parfois été décrite. Mais là encore l'observation plus en détails des entretiens semi-dirigés a permis de constater une difficulté des patients dans la verbalisation de leur ressenti face aux symptômes. Mais il a été constaté des conséquences parfois importantes que les patients tentent de gérer seuls (repli au domicile, perte des interactions sociales, passage à l'acte auto-agressif). Peu de stratégies ont été mises en place en réaction à cette souffrance, la grande majorité des patients n'y ayant pas réfléchi ou n'ayant pas pu les appliquer. Cependant, les quelques patients ayant tenté des stratégies de vérification ou d'ordres donnés face à leurs hallucinations ont souvent rapporté un constat d'échec voire d'aggravation de leurs hallucinations avec parfois une complication par un passage à l'acte hétéro ou auto-agressif. Les rares patients ayant noté un bénéfice de leurs stratégies l'ont décrit comme très partiel. Malgré cet impact et cette souffrance importants sans solution pour les patients, la PSAS a rapporté très majoritairement un retentissement modéré des hallucinations. Ce contraste notable s'explique par les critères de cotation de l'échelle qui considère l'hospitalisation comme un critère de sévérité. Hors, si ce paramètre est objectif et facilement quantifiable, il ne présume pas du degré de souffrance ressenti par les sujets. Ces données vont dans le sens de l'absence de contrôle fréquemment constaté qu'ont les patients sur les symptômes hallucinatoires, et qui est décrit en suivant (20,37,46,65). Ce paramètre s'ajoute à l'absence de perception d'un potentiel facteur déclencheur des hallucinations, concluant au final sur l'absence totale de prise qu'ont les patients que ce soit en amont ou en aval des hallucinations.

L'intention des hallucinations vis-à-vis des participants a souvent été variable, l'aspect malveillant étant plus souvent mis en avant. Là encore une grande ambivalence de la part des patients est à signaler, avec une incapacité à verbaliser quelles pourraient être les intentions de leurs hallucinations. Ces résultats concordent avec les études comparatives des hallucinations

entre borderlines et schizophrènes, dans lesquelles l'intentionnalité souvent mauvaise des hallucinations vis-à-vis des patients était semblable dans les deux groupes, voire plus importante chez les patients TP BDL dans une étude récente de Merrett (23,36,45). Enfin, le contenu négatif des hallucinations a été mis en avant très régulièrement par les patients avec des hallucinations auditives et avec des hallucinations olfactives, même si le vécu subjectif de souffrance n'y est pas toujours proportionnel. Il est surprenant de noter que l'aspect négatif des manifestations hallucinatoires à la PSAS n'ait pas été totalement dans le sens de l'étude qualitative. En effet l'échelle, si elle a bien fait ressortir le contenu très majoritairement négatif des hallucinations auditives et cénesthésiques, n'a mis en évidence qu'un aspect variable des hallucinations visuelles et olfactives selon les patients. Cette non-corrélation entre aspect négatif et vécu des symptômes hallucinatoires pourrait être expliqué par la difficulté des patients TP BDL à verbaliser leurs émotions et leur vécu subjectif, et la comparaison avec une population de patients souffrant de schizophrénie serait intéressante pour faire ressortir la résistance émotionnelle décrite dans la population borderline (36,44).

Le retentissement des hallucinations sur la vie des patients de l'échantillon a été un thème de l'analyse qualitative qu'ils ont pu aborder avec moins de difficulté que le ressenti « subjectif ». Ainsi, l'impact des manifestations hallucinatoires sur les relations interpersonnelles a été décrit de façon assez variable, avec une majorité de patients ayant évoqué des relations sociales clairement altérées avec isolement secondaire alors que d'autres avaient pu mettre en place des stratégies pour faire en sorte de les conserver. Cette donnée peut être mise en parallèle de la PSAS dans laquelle le retentissement des hallucinations sur les activités a très souvent été décrit comme modéré, les relations sociales ayant été incluses dans ces activités (le critère pour parler de perturbation sévère étant l'induction d'hospitalisations). La verbalisation des symptômes hallucinatoires a fait l'objet d'une évocation très souvent absente ou alors très partielle, limitée à quelques membres de l'entourage proche, voire plus rarement aux soignants. La crainte de stigmatisation et la honte d'une maladie était les deux motifs souvent apportés pour justifier cette rétention d'informations. Certains patients de l'échantillon ont pu confier parler de ces symptômes pour la première fois au cours des entretiens de la présente étude, alors que d'autres, ayant pu répondre par la négative à la présence de manifestations hallucinatoires à la DIB-R, ont pu revenir sur leurs propos après s'être sentis « plus en confiance » pour le second entretien. De cette dernière donnée, on pourrait générer l'hypothèse que les hallucinations sont sous-évaluées en pratique clinique courante du fait de l'absence de verbalisation spontanée des patients. De même cela pose question sur les estimations antérieures de prévalence des hallucinations dans la population avec un TP BDL ainsi que sur les conditions dans lesquelles se font les recrutements, avec des patients qui semblent avoir besoin d'établir une relation de confiance pour aborder ce sujet. Peut-être une standardisation des outils de mesure des symptômes hallucinatoires dans cette population permettrait la réduction de biais potentiels liés aux conditions de recrutement ou de suivi des patients.

L'adhésion aux hallucinations a elle aussi été variable, allant de l'adhésion complète à la critique totale avec des patients en plein doute ou ambivalents quant à la nature de leurs symptômes. Ce paramètre a été plus distinct à la PSAS, dans laquelle la critique des hallucinations était généralement bonne, immédiate ou après un léger temps de latence, quoiqu'un peu plus nuancé en ce qui concerne les visions. Les données de l'échelle présente des similitudes avec les études antérieures qui retrouvent une meilleure critique des hallucinations chez les borderlines notamment en comparaison avec les schizophrènes (46,75,76).

La question du contrôle des hallucinations a été moins difficile à répondre puisque la majorité des patients y ayant répondu mettent en avant une absence totale ou quasi-totale de maitrise de leurs symptômes, absence retrouvée chez la majorité jusqu'à la quasi-totalité des patients interrogé à la PSAS en fonction du type d'hallucination, ainsi que dans certaines études remontant à quelques années (36,43,46). Il est possible de penser que cette absence de contrôle rend d'autant plus difficile et angoissante la survenue des hallucinations qui, comme il a été évoqué plus haut, reste très difficilement anticipable par les patients avec un TP BDL. Il s'agit donc d'un facteur très fréquent participant à la souffrance générale que subissent ces patients lors de l'apparition de leurs manifestations hallucinatoires.

La question de la genèse des hallucinations est un autre axe thématique qui a mis en difficulté bon nombre de patients de l'échantillon. Malgré tout, l'origine traumatique a majoritairement été évoquée, avec des traumatismes psychologiques et relationnels prédominants. D'autres origines, comme la maladie ou des croyances particulières ont été abordées de façon moindre. Mais là encore, bien souvent, la majorité des patients n'ont pas pu répondre à cette question, soit parce qu'ils n'y avaient jamais réfléchi, soit parce qu'ils n'avaient pas d'idée. Cela rejoint certains des axes précédents où la difficulté de réponse des patients est parfois majoritaire sur tous les autres thèmes. Cette ébauche de résultats peut tout de même être rapprochée des données de l'échelle THQ et d'études antérieures dans lesquelles des associations ont pu être faites entre présence de symptômes psychotiques, chez les patients TP BDL mais également chez les schizophrènes, et survenue de traumatismes précoces au cours de l'enfance (77–82).

Bien que les données statistiques recueillies concernant les symptômes hallucinatoires, dissociatifs et de stress post-traumatique aient mis en avant beaucoup d'associations sans significativité suffisante, un certain nombre a pu apparaître avec une intensité modérée significative. Ainsi la corrélation positive retrouvée entre la présence d'hallucinations et le niveau de dissociation semble confirmer les résultats des précédentes études même si les scores à la DES II sont moins importants qu'à l'accoutumée (11 patients sur 24 soit 45% environ contre les 66% habituellement retrouvés) (13,15,46,83). Une étude plus en détails des différents types d'hallucinations retrouve une association positive modérée entre hallucinations visuelles et niveau dissociatif. Hormis dans la récente étude de Védère sur une population souffrant d'un trouble de personnalité borderline incarcérée, une telle association n'a jamais été mise en évidence chez ces patients dans la littérature, mais d'autres études ont pu trouver des résultats allant dans le même sens chez les patients souffrant de schizophrénie ou dans des groupes non-cliniques. Nos résultats pourraient aller dans le sens de l'hypothèse d'une origine ou d'une médiation dissociative des hallucinations déjà proposée dans de précédents travaux (43,46,84,85). Des corrélations plus faibles ont été retrouvées avec les autres types d'hallucinations, notamment cénesthésiques, mais de manière non-significative. En 2012, Varese dans une étude avait pu faire une corrélation semblable mais concernant les hallucinations auditives et le niveau de dissociation.

De la même façon, des associations positives ont pu être mises en évidence entre présence d'hallucinations et niveau de stress post-traumatique, avec des scores moyens à la PCL-S de 58,17/85 chez les hallucinés contre 48,81/85 chez les non-hallucinés. Les chiffres retrouvés de 80% de patients TP BDL de l'échantillon compatibles avec un ESPT, dont 87,5% des hallucinés (21 sur 24), vont dans le sens d'études antérieures qui retrouvaient déjà des niveaux de stress post-traumatique importants dans le TP BDL bien qu'ils soient plus élevés dans l'étude actuelle (5,13,86,87). On peut évoquer l'hypothèse d'une certaine médiation des hallucinations ressenties par certains symptômes de stress post-traumatique, notamment les réviviscences. Une autre hypothèse pourrait être celle de troubles psychotiques induits par l'état de stress post-

traumatique, comme cela a déjà pu être évoqué. Cependant cette entité n'a jamais été mise en évidence (24,88). Ces résultats sont cependant à considérer prudemment de par le grand nombre de patients hallucinés retrouvé dans cette étude qui pourrait influencer cette corrélation et augmenter artificiellement les chiffres finaux. L'autre corrélation positive entre présence d'hallucinations cénesthésiques et niveau de stress post-traumatique n'a pas fait l'objet de mise en évidence lors de travaux antérieurs disponibles dans la littérature. Les résultats actuels mettent également en avant la fréquence importante des traumatismes précoces (âge moyen du premier traumatisme estimé à 8 ans, premier traumatisme retrouvé avec statut de mineur chez 97% des patients) et multiples (nombre moyen de traumatismes différents à 8,4 sur les 23 proposés par le THQ), classiquement retrouvée dans cette population (15,36,79,87).

Enfin, une tentative de corrélation des différents sous-scores de l'échelle PSAS, relatifs à la fréquence, la durée, l'intensité, l'aspect négatif, la croyance, le retentissement et le contrôle de chaque type d'hallucination avec les scores de dissociation et de stress post-traumatique a été faite. Il en est ressorti deux fortes corrélations significatives entre le retentissement des hallucinations visuelles et la fréquence des hallucinations cénesthésiques avec le niveau de stress post-traumatique (corrélation positive pour la première et la troisième association). La première corrélation, qui renvoie à celle trouvée plus haut entre hallucinations visuelles dans leur globalité et niveau de stress post-traumatique, va dans le sens d'études antérieures ayant mis en avant le caractère particulièrement désagréable et anxiogènes des hallucinations visuelles, bien que cela n'ait pas été souligné de façon aussi prononcée par les patients de l'étude actuelle (majorité de retentissement modéré ou moins à la PSAS) (36,46). Cependant, les patients concernés par ce type d'hallucination ont décrit au cours des entretiens semi-dirigés un retentissement relativement chronophage avec une nécessité de mise en place de stratégies pour réduire l'impact de leur symptôme hallucinatoire. Les descriptions des hallucinations visuelles pouvaient faire écho à un ou plusieurs traumatismes évoqués au cours du THQ, évoquant peut-être la possible origine traumatique de ces visions (66,89). La distinction entre les deux types de symptômes ne semblait pas toujours évidente à faire pour les patients de l'échantillon. La troisième corrélation entre fréquence des hallucinations cénesthésiques et score PCL-S élevé renvoie à la corrélation positive retrouvée entre présence d'hallucinations cénesthésiques et niveau de stress post-traumatique. Elle pourrait laisser évoquer l'hypothèse que la fréquence importante de ce type d'hallucination (7 patients sur 13 rapportent plusieurs épisodes par semaine) serait liée aux symptômes retrouvés dans l'ESPT. Cette association positive va également dans le sens de l'analyse thématique ou d'études antérieures dans lesquelles les patients insistent sur le caractère désagréable de ce genre d'hallucination et les liens qu'ils peuvent faire spontanément avec un évènement traumatique passé (36). En effet certains patients ont pu préciser lors du passage de la PCL-S certains de leurs symptômes évocateurs d'ESPT et expliquer leurs hallucinations cénesthésiques via ses symptômes (évocation d'hallucinations cénesthésiques à type de sensations tactiles leur rappelant des attouchements, un viol ou des violences subies par exemple).

2. Description de la population

Avec 45 patients ayant mené les entretiens à leur terme, dont 38 femmes et 7 hommes, le sexe ratio est un peu plus marqué que dans les populations de patients avec un TP BDL généralement étudiées (84% de femmes et 16% d'hommes contre 70% et 30% habituels) (6,8). Ces résultats

restent semblables aux études antérieures réalisées en milieu libre, ce d'autant qu'il s'agit d'une population clinique (23,43,46).

L'âge moyen des patients était de 32,6 ans, restant dans l'intervalle des âges observés dans les études antérieures (entre 24,1 et 33,7 ans en moyenne) (36,43,44).

Les traitements psychotropes les plus fréquemment prescrits dans l'échantillon étaient les benzodiazépines (75,6%) suivies des antidépresseurs (68,9%) et des neuroleptiques (60% pour les atypiques et 55,6% pour les typiques). Ces résultats semblent concorder avec les comorbidités fréquemment retrouvées dans cette population de patients, avec des épisodes dépressifs caractérisés et les troubles anxieux (3,11,23,36). On constate également la présence non-négligeable des neuroleptiques. Un nombre important de patients de l'échantillon recevait plusieurs classes de traitements médicamenteux : plus d'un tiers des patients recevaient une quadrithérapie (37,8%), ce qui va à l'encontre des recommandations, et un autre tiers recevait soit une bithérapie soit une trithérapie, comme régulièrement constaté dans cette population (36,90). Il est tout à fait plausible de penser que ces thérapeutiques, ou du moins une partie, ont été mises en place face à certains symptômes psychotiques que l'on peut retrouver dans le TP BDL (croyances magiques, éléments de persécution, dépersonnalisation, hallucinations). Si on s'intéresse uniquement aux manifestations hallucinatoires dans notre étude, et même si aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre les différents types de traitements et la présence d'hallucinations, on constate que les patients souffrant d'un TP BDL hallucinés recevaient plus de neuroleptiques (typiques et atypiques) par rapport aux non-hallucinés (83% [20/24] contre 71% [15/21]). Les médecins ayant participé à l'orientation des patients n'ont pas été interrogés sur leurs motifs de prescription, mais cette donnée permettrait d'étayer un peu plus les résultats. En effet certains patients ont pu « justifier » leurs ordonnances de neuroleptiques à visée sédative ou anti-impulsive, mais la majorité n'en connaissait pas le motif. De même la majorité des patients ne voyait pas de différence entre avant et après l'initiation de leurs traitements, évoquant l'efficacité médicamenteuse très partielle voire l'inefficacité sur les symptômes d'allure psychotique régulièrement rapportées des neuroleptiques dans le trouble de la personnalité borderline. La poly-médication pouvait également être rapportée comme délétère de par l'accumulation d'effets indésirables (5,91–97).

Concernant les consommations de stupéfiants, comme il a été évoqué en introduction, il s'agit d'une des comorbidités majeures du TP BDL (12,98–100). Plus des trois quarts des patients recrutés (77,8%) consommaient un produit toxique de manière régulière. Sur les 17 patients ayant participé à l'étude qualitative, il est pertinent de noter que 15 en prenait régulièrement incluant le tabac, et 9 si l'on exclue le tabac des consommations de drogues. Il est ainsi apparu difficile d'imaginer devoir exclure les patients consommateurs de toxiques de l'étude, ce qui aurait réduit massivement le nombre de participants potentiels. De plus il a bien été demandé aux patients de préciser dans quel contexte survenaient leurs manifestations hallucinatoires (uniquement en dehors des consommations toxiques, uniquement pendant les consommations, ou les deux). Ceux-ci étaient placés dans le groupe « halluciné » si leurs hallucinations survenaient en dehors des consommations ou de façon indépendante des toxiques. Ce constat d'hallucinations sans consommation de produits toxiques renvoie à des études antérieures qui ont pu constater la présence d'hallucinations en dehors des consommations de substances chez les patients souffrant d'un TP BDL (41,47,90).

3. Forces et limites de l'étude

La présente étude est basée sur un protocole créé par Védère et son équipe lors de la recherche sur les manifestations hallucinatoires chez les patients incarcérés souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (46). Ce protocole a été repris et adapté pour répondre aux exigences méthodologiques de la Direction de la Recherche, du Développement et de l'Innovation et aux exigences éthiques du Comité de Protection des Personnes, conformément à la Loi Jardé N°2012-300 du 5 mars 2012, modifiée par l'ordonnance N°2016-800 du 16 juin 2016, relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Ce travail s'inscrit dans une période où les études sur les hallucinations dans la population avec un TP BDL se multiplient, signe d'un intérêt grandissant et des avancées potentielles en vue de meilleures prises en charge diagnostique et thérapeutique (32,38,40,45,101). Cependant, il tente de se démarquer en reprenant l'intérêt de l'analyse qualitative, encore rare dans ce domaine. Le nombre de participants à l'analyse thématique y est important, proche de celui de l'étude sur les patients TP BDL incarcérés et plus important que les études antérieures, permettant une étude en profondeur des caractéristiques des hallucinations et du vécu que les patients en ont (35,42,47). Grâce à cette source importante de données ont pu être mises en valeur des propriétés communes des hallucinations entre les différents patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline, comme une contrôlabilité médiocre, un contenu négatif important, ou encore une durée brève.

L'aspect quantitatif n'a cependant pas été délaissé avec la recherche de corrélations entre les symptômes hallucinatoires, dissociatifs et post-traumatiques. En revanche, comme cela a déjà été évoqué plus haut, le nombre de patients inclus actuellement reste très insuffisant pour obtenir une puissance statistique donnant une base de recherche solide. Des pistes d'associations ont été relevées, de façon plus ou moins marquée, et la poursuite de l'étude permettra de valider ces résultats préliminaires ou de les infirmer. Cette limite, bien qu'existante, reste relative si on la compare aux études antérieures qui, elles aussi, comportaient également des échantillons de petite taille (16,17,33–37). La poursuite de l'étude et de l'inclusion des patients souffrant d'un TP BDL jusqu'au nombre de 317, permettrait sur un plan statistique d'obtenir une estimation de prévalence des hallucinations avec un risque d'erreur de 5% au maximum et de préciser les corrélations retrouvées. Une extension du projet à d'autres centres en France permettrait de remplir l'objectif plus aisément.

Le choix de l'inclusion des patients consommateurs de toxiques avait été discuté lors de l'étude des hallucinations dans la population incarcérée avec un trouble de la personnalité borderline. Pour l'adaptation du protocole aux patients en milieu libre, la question s'est à nouveau posée, mais nous sommes parvenus à la même conclusion, soit que l'exclusion des patients consommant des toxiques aurait réduit de façon drastique la taille de l'échantillon qui n'aurait finalement pas été représentatif de cette population de patients présentant des comorbidités addictives fréquentes

Concernant les outils utilisés pour recueillir les données, des avantages et des inconvénients sont également à noter. Ainsi, le choix de la DIB-R semblait pertinent pour recruter les patients souffrant d'un TP BDL étant donné son statut, validé, traduit en français et standardisé. La PSAS ne bénéficie pas d'un statut validé dans le TP BDL mais seulement dans la schizophrénie. Ce défaut est à relativiser par rapport aux autres études portant sur ce sujet, car les échelles

couramment utilisées, notamment la PSYRATS et la BAVQ-R ne sont pas non plus validées dans ce trouble de personnalité. Il n'existe donc pas à l'heure actuelle d'outil validé pour l'étude des symptômes hallucinatoires dans cette population, et la réalisation d'études de validation serait intéressante pour des travaux ultérieurs. Cependant la PSAS présente l'avantage d'étudier les différents types d'hallucinations et pas seulement les hallucinations auditives, ce que ne font pas les autres échelles. La DES II, bien que ne permettant pas de poser le diagnostic de trouble dissociatif, permet d'obtenir des arguments en sa faveur, tout en étant validée et traduite en français. Son système de cotation simple permet l'intégration des résultats dans des études de corrélations. Il est cependant intéressant de signaler que plusieurs patients ont déclaré s'être sentis en difficulté face à ce système de cotation en pourcentage pour définir la fréquence de survenue des situations de dissociation ; peut-être qu'un système de score basé sur des mots, comme à la PCL-S, leur aurait été plus simple. Le PDEQ (Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatiques), qui fait actuellement l'objet d'études de validation en français, en serait un exemple avec son système de cotation en cinq points allant de « totalement vrai » à « pas vrai du tout » (102). Ce paramètre pourrait éventuellement s'expliquer par la même difficulté de verbalisation des émotions et des ressentis qu'ont présenté les patients souffrant d'un TP BDL au cours de l'entretien qualitatif. La THQ présente elle l'avantage de proposer un large panel de traumatismes dans différents domaines et donc de l'exhaustivité des données. En revanche elle n'a pas été créée dans un but de quantifier ses résultats et de participer à d'éventuelles corrélations. Là encore son utilisation reste discutable bien qu'elle reste l'un des outils de recueil le plus complet retrouvé en français. Enfin, la PCL-S, elle aussi traduite en français et validée dans le dépistage de l'état de stress post-traumatique, présente les avantages de la simplicité et de la rapidité de passation. Il aurait été intéressant d'ajouter d'autres outils à cette liste mais cela aurait demandé du temps supplémentaire, parfois délicat pour les patients qui peuvent présenter une certaine fatigabilité lors des entretiens.

Une autre limite que l'on peut évoquer est liée au fait que l'on se soit basé sur l'échelle DIB-R pour mettre en évidence les hallucinations chez les patients de notre échantillon. Cet outil a pour utilité première de recenser les différents symptômes existants chez les patients avec TP BDL. Les items relatifs aux hallucinations, au nombre de trois à la fin de la partie « Cognitions », nous ont servi à séparer les participants entre les groupes « halluciné » et « non-hallucinés ». La question que nous nous sommes posée est l'influence possible de ses items sur le score final à l'échelle et indirectement sur l'inclusion préférentielle de patients hallucinés (la réponse affirmative à l'un de ses items favorisant une élévation du score à la partie « Cognitions » et donc possiblement une élévation du score final). Ici encore, ce biais éventuel est à relativiser devant les scores déjà importants des patients inclus (généralement entre 8 et 10/10 pour une inclusion comme patient avec TP BDL à partir de 7/10).

4. Perspectives et enjeux

La mise en évidence d'une prévalence importante des symptômes hallucinatoires chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline n'est pas négligeable. En effet au cours des points faits avec les psychiatres orienteurs, certains n'avaient pas pris la mesure de l'importance de tels symptômes chez leurs patients, voire n'en avaient jamais parlé avec eux auparavant. La sollicitation de participation à l'étude a été une occasion d'évoquer ce nouveau sujet avec les patients. La prise de conscience de l'existence et de la fréquence de ces

manifestations chez les patients souffrant d'un TP BDL est d'une importance majeure sur les plans diagnostique et thérapeutique. Diagnostique car la présence de symptômes psychotiques ne doit pas forcément orienter les patients dans la sphère de la schizophrénie ou d'autres troubles délirants, induisant inévitablement une prise en charge inadaptée. Thérapeutique également car si les prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques peuvent se justifier par la présence de symptômes thymiques et anxieux, fréquemment comorbides voire compliquant le TP BDL, les prescriptions de neuroleptiques ne sont pas sans impact sur la qualité de vie des patients. Les effets secondaires de ces traitements peuvent être nombreux et parfois invalidants au points de nécessité une interruption de la prise (103). Certes beaucoup sont prescrits à visée sédative ou anti-impulsive, lorsque le tableau est dominé par des troubles du comportement avec des risques de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, mais beaucoup d'autres sont utilisés pour lutter contre ces symptômes psychotiques, malgré une inefficacité mise en avant dans cette indication et dans cette population (92). Les prises en charge psychothérapiques ont démontré quant à elles une certaine efficacité dans le trouble de personnalité borderline, malgré l'instabilité relationnelle qui peut caractériser cette population (44,104). Cependant ces prises en charge ont prouvé leur efficacité dans l'amélioration globale de la symptomatologie dépressive et anxieuse, ainsi que sur les difficultés de régulation émotionnelle, tandis que la question de leur efficacité sur les symptômes psychotiques reste encore en suspens (68,105). On pourrait donc imaginer un traitement psychothérapique spécifiquement ciblé sur ces manifestations au retentissement fonctionnel important.

En terme de symptomatologie, les hallucinations dans le TP BDL sont à prendre en considération, tant nous avons vu qu'elles pouvaient être intriquées avec d'autres symptômes notamment anxieux (causes ou conséquences), pouvant eux-mêmes compliquer le tableau clinique avec des traits dépressifs et un risque suicidaire déjà important dans cette population (106,107). Les manifestations hallucinatoires ne sont pas à l'origine de l'ensemble de ces symptômes, en effet nous avons pu voir que certains patients souffrant d'un TP BDL ne les expérimentaient pas, néanmoins elles ont des répercussions conduisant à la mise en place de moyens importants de la part des systèmes de santé (108–110).

Le présent travail s'inscrit dans une démarche à plus long terme sur une population plus importante, représentative et avec une puissance statistique permettant de confirmer ou non les résultats obtenus aujourd'hui et antérieurement.

CONCLUSION

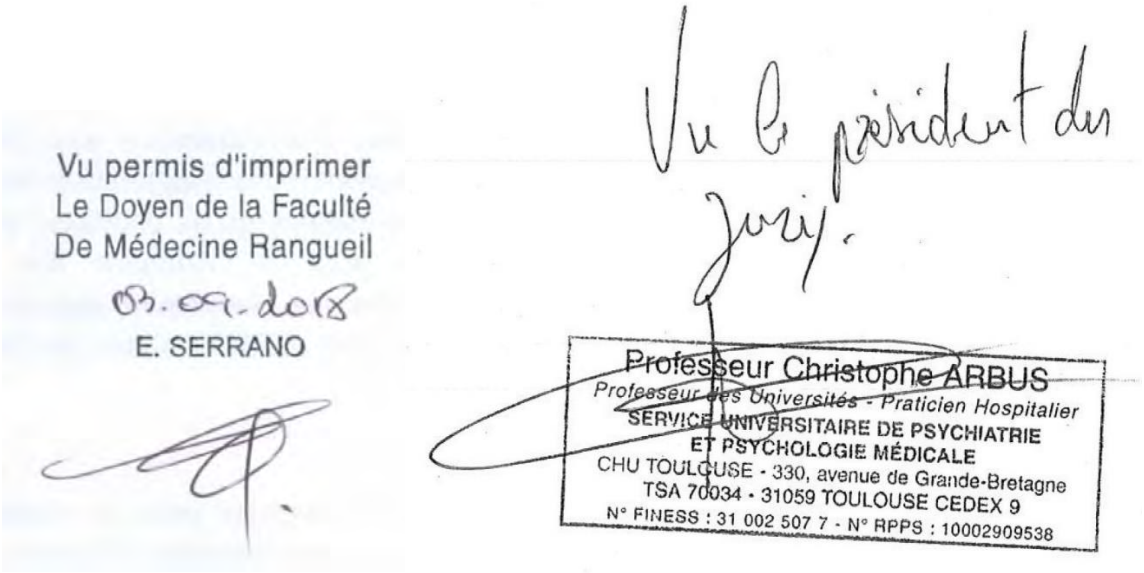
Les recherches sur les hallucinations chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline se multiplient depuis plusieurs années. Prospectives ou rétrospectives, en milieu libre ou en détention, les manifestations hallucinatoires au sein de cette population interpellent les chercheurs qui les mettent en évidence au travers d'estimations de prévalence dans des échantillons tentant d'être les plus représentatifs possibles.

Ce tableau clinique de trouble de la personnalité borderline, créé initialement pour décrire les patients à la frontière entre la névrose et la psychose, comportait des symptômes psychotiques avec des critères très restrictifs, si bien que les hallucinations qu'ils pouvaient présenter s'étaient vues affubler du qualificatif de « pseudo-hallucination » pour les distinguer des patients schizophrènes. Ce terme s'est poursuivi dans le temps avec une connotation péjorative qui a fait que ce type de symptôme chez les patients souffrant d'un TP BDL n'était pas forcément pris au sérieux malgré leur souffrance.

Aujourd'hui l'existence de ces hallucinations est de plus en plus prise en compte, bien qu'elles ne soient pas recherchées systématiquement en clinique courante. Elles sont pourtant à l'origine d'une souffrance parfois majeure, d'un retentissement non-négligeable sur les différents domaines de la vie des patients pouvant peut-être aller jusqu'à une augmentation du risque suicidaire (32,111). Malgré une critique correcte, le contrôle de ces symptômes est souvent médiocre et les stratégies mises en place peu efficaces ; l'aspect négatif des différents types d'hallucination s'intrique avec une clinique anxieuse et thymique déjà alourdie par l'instabilité émotionnelle, comportementale et relationnelle qui caractérise cette population de patients.

Au travers de ce travail nous avons tenté d'ajouter une estimation de prévalence supplémentaire pour la comparer aux résultats anglo-saxons plus nombreux que dans le monde francophone. La reprise d'un protocole déjà utilisé dans une population carcérale a permis une réflexion pluridisciplinaire au travers des validations de la DRDI et du CPP, encourageant à poursuivre ce travail jusqu'à obtenir un nombre de patients pouvant apporter une puissance statistique suffisante. Certaines corrélations retrouvées sont allées dans le sens des études antérieures, d'autres en revanche n'ont pas d'antériorité et nécessitent une poursuite du travail ou de nouveaux travaux pour en explorer les pistes. L'analyse qualitative a permis de mettre en relief le vécu difficile des patients lors de la survenue de leurs manifestations hallucinatoires, avec entre autres un cercle vicieux entre hallucinations, restriction des relations interpersonnelles et isolement souvent rapporté, et une origine traumatique souvent spontanément abordée par des patients qui multiplient traumas et hallucinations depuis qu'ils sont mineurs.

L’espoir de la poursuite de cette étude nous permet de croire en une amélioration future de la prise en charge des patients souffrant d’un trouble de la personnalité borderline, tant sur un plan diagnostique que thérapeutique.



ANNEXES

Entretiens semi-dirigés

Entretien 1

La dernière fois, vous m'avez dit que vous pouviez parfois entendre une voix dans votre tête, différente de la vôtre. Est-ce que vous pouvez me décrire un peu plus cette manifestation et comment ça se passe quand elle apparaît ?

- Je pense à ma sœur et j'ai l'impression que je suis comme elle, et qu'elle me dit, ma sœur : « Fais ci, fais ça. Et non il faut que tu fasses comme ça. Et pourquoi t'es pas comme elle ?... » Je... je me mets dans son personnage.

D'accord. Ce sont donc les voix de votre sœur que vous entendez ?

- Oui oui.

Et elle vous dit...

- D'être autrement que ce que je suis.

Qu'est-ce que vous ressentez quand cette voix apparaît ? Comment vous sentez-vous ?

- Mal. Mal, mal... Parce que c'est pas moi je sais que c'est pas moi. Moi dans ma tête je sais que c'est pas moi. Je sais que c'est quelqu'un d'autre qui me parle... Et que c'est ma sœur qui me veut du mal.

D'accord. Vous pensez que c'est elle qui parle ou c'est juste la voix de votre sœur mais indépendante de cette dernière ?

- Non c'est elle qui me parle.

D'accord. Donc ça vous met mal ? Est-ce qu'on peut dire que c'est de l'angoisse ?

- C'est de l'angoisse oui.

Qu'est-ce que vous vous dites quand ça apparaît ?

- Je me dis : « Calme-toi, reste calme. Détends-toi, respire. » Euh, je ne sais pas. « T'es pas comme elle, t'es très bien comme tu es. Tout va bien. » J'essaie... de m'apaiser.

Est-ce que ça fonctionne ?

- Ça marche oui, mais il me faut quand même le Seresta°. C'est la grosse bouffée d'angoisse.

Quand vous entendez cette voix, vous m'avez dit que ça survenait dans votre tête ?

- Oui.

Est-ce que vous avez l'impression qu'il peut y avoir comme un son qui passe par votre oreille ?

- Non non.

Est-ce que c'est arrivé que vous l'entendiez d'ailleurs, cette voix ? D'une autre partie de votre corps ?

- … Non.

Avez-vous remarqué s'il y a des lieux où cette voix survient plus fréquemment ?

- Non.

C'est indépendant du lieu ? C'est pareil à l'hôpital, chez vous ?

- Chez moi.

Surtout chez vous. Une pièce particulière peut-être ?

– Euh... quand je suis dans ma salle de bain.

D'accord. Vous êtes en train de faire une action particulière dans cette pièce lorsque la voix apparaît ?

– Je me regarde, et je me dis que je suis pas comme elle, que je ne lui ressemble pas, que je ne ferai pas comme elle. Euh... je sais pas. Je ne sais pas comment vous l'exprimer.

C'est déjà très bien. Comme la question de base c'était le lieu, là vous m'en dites encore plus. C'est très détaillé c'est très bien. Vous vous en sortez très bien.

– Puis elle me dit : « Fais ça... Fais ça, fais-le, fais-le ! »

Quel genre de chose vous dit-elle de faire ? Est-ce que vous pouvez me donner un exemple ?

– De faire des choses malsaines.

Par rapport à vous-même ? Par rapport à d'autres personnes ?

– De me mutiler, de me tuer...

D'accord, donc des choses très difficiles… Y'a-t-il des moments où la voix est plus présente ?

– La nuit.

Jamais la journée ?

– Si la journée ça m'arrive, mais c'est plus fréquent la nuit... Donc je me lève, j'essaie de prendre le Seresta° ; je regarde la télé et je me pose. Ça passe.

Y'a-t-il des choses particulières qui peuvent déclencher l'apparition de cette voix ?

– … Quand je vois quelque chose qui m'a pas plu, ça... ça revient. Quand il y a un moment de frustration, de colère, ça la fait venir.

D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres sentiments difficiles quand quelque chose vous angoisse ? Qui peuvent la faire venir ?

– C'est ce que je vous dis : quand je suis angoissée, quand je pense à cette voix, j'essaie de me calmer toute seule, de m'apaiser, de me poser.

D'accord, donc est-ce qu'on peut dire que l'angoisse est plus une conséquence de la voix alors que la colère et la frustration la font venir ?

– Je ne comprends pas ce que ça veut dire...

Est-ce qu'on peut dire que ce qui déclenche la voix, c'est la colère ou la frustration, ça fait venir la voix...

– Mmh mmh.... La colère.

… par contre l'anxiété, c'est plus une conséquence. C'est parce que vous entendez la voix que ça vous angoisse.

– Voilà ! Voilà vous avez compris.

Très bien. C'est pour que ce soit bien clair. Selon vous, qu'est-ce qui fait que vous entendez cette voix ?

– Parce que j'ai été choquée quand j'étais jeune. J'ai vu des scènes... J'ai vu ma sœur avec des hommes... Très jeune j'ai vu des choses... Enfin vous avez compris...

Oui, d'accord... Et vous avez l'impression que c'est en réaction à ces événements que la voix de votre sœur...

– Que ça m'a un peu gâché la vie ce que j'ai vu...

D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression que cette voix a un retentissement sur vos relations avec les autres personnes ?

– Oui.

Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?...

– J'ai l'impression que des fois elle est là... La voix.

Est-ce que vous en avez déjà parlé à quelqu'un d'autre ? A vos proches ? A vos amis ?

– Non non ! Jamais. Jamais...

Vous avez peur qu'ils réagissent mal ou d'une façon particulière ?

– Qu'on me prenne pour une folle.

Oui, d'accord... Comment vous l'expliqueriez, que vous entendez cette voix ? D'un point de vue « mécanique » si on peut dire...

– Mmh je sais pas, j'ai... C'est pas que je l'aime pas mais... Elle... C'est une personne, c'est ma sœur mais elle a fait des choses que, qui... qui font... qui m'ont pas plu, et que cette voix elle est là. Et j'ai l'impression qu'elle m'aime pas ma sœur, et que cette voix me dit des choses que je ne veux pas faire, et que je ne ferai pas, donc... Comme si elle me poussait à faire des choses quoi, cette voix. Que je ne fais pas.

Son but c'est de vous faire du mal ?

– Oui voilà.

D'accord. Est-ce que vous vous souvenez quand vous avez entendu cette voix pour la première fois ?

– Ooh... Ça doit faire dix ans.

Oui ? Donc vers 34 ans environ ? D'accord. Y'avait...

– Mais j'y fais face ! J'y fais face ! J'y arrive ! J'y arrive.

Oui. Oui vous décrivez bien ce que vous faites pour essayer de la faire partir, de faire en sorte de lutter contre elle. C'est un peu une lutte que vous menez à chaque fois j'ai l'impression ?

– Oui une lutte. Oui oui une lutte.

C'était un contexte particulier quand c'est survenu il y a dix ans ? Il y a eu une situation particulière ?

– Non...

Comme ça une nuit c'est arrivé ?

– Non, c'est parce que... Je l'ai vue faire des choses avec des hommes, et ça m'a perturbée.

Ça c'était au tout début ?

– Au tout début.

Il n'y avait pas encore la voix à ce moment ?

– Non non.

D'accord, mais quand la voix est apparue pour la première fois c'était... Est-ce que c'était un moment de colère en particulier ? De frustration ? D'angoisse ?

– De frustration oui, d'angoisse.

Vous vous en souvenez ?

– … Non c'est très loin... C'est très loin.

Est-ce que vous pouvez me rappeler si vous prenez des toxiques ?

– Des...

Cannabis, alcool, d'autres choses ?

– Non, non non. Je prends pas ça. Oui l'alcool quelques fois de temps en temps.

Est-ce que vous avez l'impression que la voix est plus forte ou moins forte lorsque vous consommez ?

– Non elle n'y est pas.

Quand vous prenez de l'alcool il n'y a pas la voix ?

- Non y'a pas la voix...

Entretien 2

Lors du premier entretien, vous m'avez parlé de sons ou de voix que vous pouviez entendre de façon récurrente. Est-ce que vous pouvez me décrire ces manifestations et comment ça se passe quand vous les avez ?

– Euh... Déjà j'entends pas des sons j'entends que des voix.

D'accord.

– Euh... Comment dire ? Elles se manifestent dès le réveil. Elles me disent de ne pas faire certaines choses sinon il va m'arriver quelque chose à moi et à ma famille.

D'accord. Peut-on dire que ces voix vous menacent ?

– Oui... Mais elles interviennent surtout quand je suis très angoissée.

OK, très bien... Quand ces manifestations apparaissent, que ressentez-vous comme émotions, comme sentiments ? Vous me parliez de l'angoisse comme cause de l'apparition des voix, est-ce que ça peut aussi être une conséquence ?

– Je me sens pas bien...

Comment vous vous décririez ? Angoissée vous disiez tout à l'heure ?

– Angoissée oui. C'est surtout que je suis angoissée en fait.

D'accord. Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête quand les voix apparaissent ? Quand elles vous menacent ?

– … C'est compliqué...

… C'est trop difficile ?

– Oui.

OK on va passer cette question, ce n'est pas grave. On essaie de continuer les autres questions ? Vous me dites si c'est trop difficile... Est-ce que ces voix surviennent dans un endroit particulier ?

– Dans ma chambre.

A la maison ou à l'hôpital vous voulez dire ?

– A l'hôpital.

D'accord à la maison elles ne surviennent pas ?

– Si.

Vous me parliez du matin : quand vous vous réveillez vous entendez ces voix. Y'a-t-il d'autres moments dans la journée où elles peuvent survenir ?

– En fin d'après-midi... Quand le soleil se couche.

Vous avez l'impression d'être plus anxieuse en fin de journée ?

– Oui.

Avez-vous remarqué si certains événements pouvaient déclencher ces voix ? Indépendants du réveil ou de la fin de journée ?

– Oui... Une mauvaise nouvelle, ou quelque chose comme ça.

… Quelque chose qui vous rendrait anxieuse ?

– Oui.

D'accord. Selon vous, quelles raisons amènent ces manifestations à survenir ?

– Je sais pas...

Est-ce que vous avez une idée de pourquoi vous, quand vous êtes anxieuse, vous entendez des voix ? Et pourquoi quand le voisin est anxieux, lui, il n'entend pas de voix ?

– Non j'en ai aucune idée.

Quel retentissement ont ces voix sur vos relations avec les autres personnes ?

– ...

Vous en parlez avec les autres ?

– Non.

J'imagine que c'est compliqué de garder ça pour soi.

– Oui mais je préfère garder ça pour moi parce que j'ai pas envie qu'on me prenne pour une folle.

Je comprends. Selon vous, quelles sont les intentions de ces voix lorsqu'elles surviennent ?

– ...

Pourquoi elles vous menacent ?

– … Je sais pas.

Ce sont des voix que vous connaissez ?

– Non.

Vous les avez déjà entendues indépendamment du moment où il y a les voix ?

– Non.

OK. Est-ce que vous pouvez me parler un peu de vous, de votre vie, de ce que vous viviez, ce que vous ressentiez, lorsque vous avez entendu les voix pour la première fois ?

– … Je suis tombée malade en 2011... Très malade... Et c'est à partir de ce moment-là que j'ai commencé à entendre les voix, mais je sais pas si c'est entendre des voix. Mon interne m'a dit que c'était plutôt des pensées automatiques que j'avais.

D'accord. Mais cette... Ce sont quand même des voix « de l'extérieur » que vous entendez, ou c'est votre voix ?

– Non des voix extérieures.

Vous parliez de pensées automatiques. Ce sont des voix qui vous font faire des choses ? Vous avez l'impression qu'elles vous contrôlent parfois ?

– Oui... L'autre jour je suis allée à la banque et... elles sont intervenues et elles m'ont dit : « Vide ton compte ! » Et moi... je l'ai fait.

Ont-elles dit autre chose après ça ?

– Non juste cette phrase.

Toujours selon vous, est-ce que ces voix vous semblent en rapport avec des événements qui se sont passés en réalité ?

– Oui... Ma grand-mère a fait un AVC l'année dernière, et ça s'est accentué quand elle a fait l'AVC, après avoir fait l'AVC. Avec l'AVC ça s'est accentué, ça a augmenté.

Ça a augmenté les voix ?

– Oui. Mais toujours par rapport à l'angoisse. Dès que je suis angoissée... Quand je suis pas angoissée ça va, mais dès que je commence à être angoissée, elles sont plus là.

Vous trouvez que ces voix viennent de l'extérieur ou bien qu'elles sont dans votre tête ?

– Non dans ma tête.

Peuvent-elles venir d'autre part ?

– Non.

Vous me disiez tout à l'heure que ça survenait toujours en dehors des toxiques, alcool ou drogues, qui sont peu présents ?

- Je bois pas d’alcool et je prends pas de stupéfiants.

Entretien 3

La dernière fois qu'on s'était vu, vous m'aviez parlé d'expériences que vous pouviez avoir, notamment au niveau de la vision, voir des choses que les autres ne voyaient pas...

- Oui.

… ou des odeurs que vous sentiez et que les autres ne sentaient pas. Est-ce que vous pouvez me décrire un peu plus spécifiquement ces manifestations ?

- Alors les visions en règle générale, ce sont les personnes disparues.

D'accord.

- Et je dirais que... Je les vois pas tout le temps mais quelques fois, je les vois quand... Je veux dire si j'en vois une, je la vois comme je vous vois vous. Je dis pas que je vois des p'tits flous, non. Et en me renseignant au niveau... par exemple je me rappelle dans un appartement que j'avais, je voyais un homme dans le couloir chez moi, et une fois je lui ai dit : « Tu t'en vas ! » Évidemment, sachant que c'est des choses que je voyais, je lui ai dit : « Tu t'en vas ! » Et je l'ai revu quand je prenais une fois la douche et je lui ai dit : « Maintenant tu pars ! Ça suffit ! » Puis j'ai... Bon, j'ai brûlé de la sauge. Et ma fille elle est venue puis un jour on discutait et elle me dit : « Ah mais tu sens pas cette odeur de sang ? » Et je lui ai dit : « Oui mais je croyais que c'était toi qui avais tes règles. »

Ah d'accord.

- Comme j'ai le nez très... Puisque je suis sourde... Elle me dit : « Non non. Non non c'est pas moi. » Alors du coup je me suis renseignée auprès du propriétaire qui me disait qu'il y avait un homme qui s'était fait assassiné dans cette... dans cette pièce... dans cet appartement qu'il me louait, qui avait été poignardé.

D'accord. Vous pensez que c'est le sang de cette personne ?...

- Oui. Après puis bon le fait que j'ai fait brûler de la sauge et que j'ai plus voulu le voir, je l'ai plus vu.

Ah c'était cette personne dont vous me parliez ?

- Oui oui.

D'accord vous voyiez la personne qui était décédée dans l'appartement ?

- Oui oui. Ben en général, les personnes que je vois, c'est les personnes qui sont décédées.

D'accord. Et quand les manifestations visuelles et olfactives surviennent, c'est en même temps ou ça peut être séparé ?

- Ça peut être séparé. Là en l'occurrence, quand on a senti le sang avec ma fille, on ne l'a pas vu.

D'accord.

- Y'avait que l'olfactif. Et euh... Et quand moi je l'ai vu, j'ai pas senti quand je l'ai vu, j'ai pas senti... Non non c'est des choses bien distinctes. Après ça m'arrive pas tous les jours heureusement. Enfin bon ça fait pas peur. Les gens... ont peur. Et ma fille elle a ce don-là aussi de... d'arriver à percevoir des choses.

D'accord... Quand vous voyez cette personne ou que vous sentez cette odeur, comment vous sentez-vous sur le plan émotionnel ?

- Rien. Calme. C'est un peu comme... Après je sais que ma fille Clara elle aurait peur de... Ça lui fait peur elle.

D'accord.

- Donc elle... Non moi je ressens rien. Je veux dire... Ça ne me fait ni peur, ni truc... Je sais très bien que je peux pas leur venir en aide ni rien. C'est pas des conversations qui durent euh... C'est des fragments de moments que je les vois. C'est pas comme

s'ils étaient... Comme si je les voyais toute la journée quoi.

OK. Il y a des moments préférentiellement dans la journée où vous voyez ou où vous sentez ?

– Alors la dernière fois que je l'ai vu... C'était dans le nouvel appartement, et en fin de compte je n'ai vu personne. Mais j'avais fermé la porte. J'ai une porte du fond, où je fais mon atelier peinture ; j'avais fermé la porte, et la porte s'est ouverte. Alors à ce moment j'ai pas fait attention j'ai refermé la porte, et j'étais pas arrivée à la moitié du couloir – c'est un long couloir – et la porte s'est ré-ouverte. Je veux dire quand on ferme une porte, si on ferme mal... voilà ! Mais là y'avait pas de courant d'air ni rien, et là j'ai dit : « Maintenant ça suffit ! » Et j'ai refermé la porte. Et quand j'en ai parlé à ma fille, à Clara, je lui ai dit : « Écoute Clara, tu sais pas ce qui m'est arrivé... » Et elle me dit : « C'est dans la chambre du fond. » Donc sans que je lui en parle elle a senti la présence.

D'accord elle l'a senti aussi. Donc ça c'est dans cet appartement ?

– Non c'était dans un autre, dans le dernier appartement. Non l'autre c'était dans l'avant-avant-dernier, et celui-là c'était l'appartement dans lequel je suis, ça va faire trois ans.

Ça peut survenir à n'importe quel moment du jour ou de la nuit ?

– Oui... Non c'est pas spécialement... Non y'a pas eu d'heure de prédilection mais euh... Ça vient d'un coup en fait. Ça peut surprendre... Ça fait bizarre mais voilà...

D'accord...

– Après comme je vous dis j'en ai pas tous les quatre matins donc...

D'accord. Et vous, vous avez l'impression d'être dans un état d'esprit particulier ? Dans un contexte particulier avant que ça survienne ?

– Souvent c'est dans une période de calme.

Ah d'accord. Quand vous êtes...

– Quand je suis fatiguée, ou énervée, ou... Je suis beaucoup moins sensible à ce qui m'entoure. Dans une généralité, c'est-à-dire avec toutes les personnes qui sont autour de... Qui m'entourent... Enfin si on peut dire « qui m'entourent », vu que je vois pratiquement personne... Mais bon disons c'est souvent dans les périodes où je suis un peu... J'allais dire « rêveuse » non mais où je suis dans mon monde parce que... Quand je dis que je suis dans ma « bulle territoriale ».

D'accord. C'est un concept !

– Oui parce qu'il y a des gens qui s'approchent, qui fait qu'ils fassent... Je leur dis : « Non non ! De l'espace ! » Je n'aime pas. Je suis pas très familière en fait, je suis pas très... Si je touche quelqu'un encore mais si on me touche j'aime pas... Mais je veux dire avec les gens... N'importe qui j'veux dire. J'vais vous dire bonjour, je vais vous serrer la main, y'a pas de...

Oui vous n'aimez pas trop être « intrusée »...

– Oui voilà tout à fait ! Mais c'est ce que je dis : j'aime pas trop quand on entre dans ma « bulle territoriale ». C'est mon espace de vie et je... Par exemple je prendrai jamais une chambre double ici. Parce que je supporte pas que quelqu'un puisse rentrer dans ma vie privée en fait.

D'accord. Est-ce que vous avez déjà pu entendre des voix ?

– Non ça jamais.

Selon vous, qu'est-ce qui fait que vous voyez cette personne, ou que vous sentez ces odeurs ?

– Alors en Corse, les morts ont un impact très fort. J'veux dire que je pense que c'est un don c'est tout. C'est pas... Moi je le cultive pas, j'vais pas vous dire : « Ah là je sens qu'il y a quelqu'un à côté de vous ! » J'suis pas en plein délire quoi !

Oui d'accord.

– Mais en Corse, cette force, ça devait venir de ma grand-mère. Je pense qu'elle avait le même don que moi donc je pense...

Donc selon vous il y a un aspect culturel ?

– Voilà je cherchais le mot. Oui c'est culturel.

D'accord. Est-ce que ces manifestations ont un impact dans vos relations avec votre fille ou avec d'autres personnes ?

– Non, ça n'a aucune influence.

Aucune influence… Mais vous en parlez ?

– Avec Clara oui parce que Clara c'est quelqu'un qui a un peu le même don, donc du coup on en parle et je suis plus apte à la comprendre.

Oui, et elle à vous comprendre aussi j'imagine.

– Oui, et elle à me comprendre également.

D'accord. Est-ce que la personne décédée que vous voyez elle apparaît pour une raison particulière ? A-t-elle une intention vis-à-vis de vous ?

– Ben en fait ça s'est toujours manifesté au départ quand je rentrais dans un appartement. C'est-à-dire c'est pratiquement quand j'emménage en fin de compte que les manifestations se… manifestent. C'est surtout à ce moment-là en fait, comme si, à la limite j'allais dire, la personne revient pour voir qui est là. Voilà. Qui va prendre sa maison. Alors je pense que c'est des gens qui ont probablement eu une mort violente. J'en sais rien là c'est moi qui extrapole peut-être… J'en sais rien. Oui parce que comme je vous re-re-dis j'en vois pas tout le temps. Là ça fait un moment que j'ai pas vu de manifestations.

Oui c'est plus quand vous arrivez dans un nouvel endroit, et puis ça diminue progressivement… ?

– Voilà oui oui… En fait peut-être que je suis très sensible à la… à ce qui m'entoure.

Peut-être oui. Parce que c'est ce que vous disiez déjà la dernière fois. Et là ce don transmis...

– Oui oui oui...

Est-ce que vous pourriez me restituer la première fois que ça vous est arrivé ? La première fois que vous avez vu cette personne ?

– Alors la première fois que je l'ai vue je l'ai pas vue, j'ai prédit. C'est-à-dire je devais avoir cinq ou six ans, et on est rentré chez la marraine de mon frère... Donc je devais avoir sept ans car avec mon frère j'ai six ans et demi d'écart. Donc c'était la marraine de mon frère, et en fait avec ma mère et mon frère, ma sœur, on est rentré chez cette dame et quand je suis rentrée, dans l'entrée j'ai eu très peur (parce que j'étais petite), j'ai eu très peur parce que j'ai senti la mort... J'ai senti qu'il y avait eu quelque chose... Euh... Là je peux y poser des mots, mais avant quand j'étais petite j'en ai jamais parlé à personne parce que les gens ils disent que vous êtes fous.

Oui d'accord...

– Et... en fin de compte, elle a commencé à faire visiter l'appartement à ma mère tout ça... Et bon les gosses on était sur le canapé. Et ce qu'elle nous a dit : « Si vous voulez je peux vous montrer les chambres qu'y'a en haut. » J'ai dit : « Moi je veux pas monter ! Je veux pas monter ! » J'ai pas voulu monter, et en fin de compte quinze jours après elle s'est pendue dans cette chambre...

D'accord c'était pas encore arrivé.

– C'était pas arrivé mais j'avais senti qu'il y avait une souffrance dans cette maison. C'est la première fois où ça m'est arrivé.

OK.

– Moi j'avais peur parce que j'étais petite...

Mais là vous n'avez pas vu, vous avez pressenti.

- Oui j'ai pressenti c'est ce que je vous ai dit. Là j'ai pas vu j'ai pressenti qu'il y a quelque chose qui allait arriver. Mais ça me le fait souvent ça : je pense à truc et hop, d'un seul coup ça se produit.

D'accord...

- Ça m'arrive régulièrement.

Ça c'est plus fréquent que les hallucinations, d'accord.

Entretien 4

Lors du premier entretien vous m'avez parlé d'une sorte de radio que vous entendiez dans votre tête. Pouvez-vous me décrire un peu plus précisément comment ça se passe quand vous l'entendez ?

- Ça peut survenir à des moments où je vais bien ou à des moments où je suis anxieuse, c'est un peu en mode aléatoire.

D'accord.

- Quand je vais bien j'arrive à baisser le volume des voix pour pouvoir ne pas répondre à côté de la plaque. Et... et sinon c'est prégnant et du coup j'ai un peu de mal à suivre, j'ai l'air ailleurs.

OK d'accord.

- Donc la radio en elle-même j'appelle ça « la radio » parce que ce ne sont pas des voix qui s'adressent à moi, qui m'ordonneraient de faire des choses ou qui me rendraient parano. C'est vraiment comme si on tournait le bouton, le « tuner » d'un poste. Donc j'ai des conversations anodines : des massons portugais sur un chantier, des disputes, des fois je sens que ce sont des conversations qui ont eu lieu y'a une centaine d'années ou deux cents ans... Euh... des fois c'est en anglais... Et y'a pas de... Ça reste très peu de temps bloqué sur la même séquence ; c'est pour ça que j'appelle ça « la radio » comme si on tournait un tuner en permanence.

D'accord...

- Comme si quelqu'un cherchait une station sur laquelle il souhaite s'arrêter. Et ça peut durer une demi-journée, ou moins... Et j'ai notamment sombré dans la cocaïne parce qu'il se trouve que ce produit-là arrêtait les voix.

Ah d'accord.

- Là où les médicaments n'y parviennent pas. Mais c'est pas la seule excuse : c'était un motif supplémentaire de prise de drogues.

D'accord. Vous m'avez dit que vous pouviez contrôler le volume, mais est-ce que vous pouvez contrôler l'arrêt carrément de cette « radio » ?

- L'arrêt non. Non non par contre je peux baisser le volume au plus bas ce qui m'évite de répondre : « Non merci ! Pas de sucre dans mon thé. » alors que personne ne m'a demandé si... Je peux être en décalage, avoir l'air un peu absente...

D'accord. Ça peut vraiment vous occuper l'esprit quand c'est trop fort, au point que vous n'êtes plus... Vous êtes obnubilée quelque part par la radio.

- Oui je suis plus là. Là voilà. Je... Je suis ailleurs quoi.

Comment vous sentez-vous, émotionnellement, quand vous entendez cette voix ?

- Euh... Friable, morcelée, fragile, et... Euh... A me taper la tête contre les murs. Pour que ça s'arrête.

D'accord...

- Mais très morcelée. Morcelée.

Ça c'est en conséquence des voix ? Ou c'est ce qui provoque leur arrivée ?

– Oh euh... C'est un peu l'œuf et la poule. C'est ce que je ressens de façon générale, d'être morcelée en mille morceaux que je tente plus ou moins de bricoler, d'assembler entre eux, donc voilà...

OK. Qu'est-ce que vous vous dites quand ces phénomènes commencent ? Quand la radio s'allume ?

– J'essaie de me concentrer pour faire baisser le volume, si je ne suis pas en crise d'angoisse. Et les anxiolytiques aident à calmer mes angoisses, donc m'aident non pas dans l'arrêt de la radio, ça il n'y a aucun médicament qui y parvient, mais m'aident à contrôler et la crise d'angoisse et donc le volume sonore.

Est-ce qu'on peut dire que moins vous êtes angoissée, plus vous avez le contrôle sur cette radio ?

– Oui c'est tout à fait ça. C'est exactement ça.

Mais juste sur le « bouton volume »...

– Juste sur le « bouton volume »... Et après ça disparaît comme c'est venu. C'est vraiment aléatoire, c'est « random » quoi.

Ce qui doit être pénible parfois j'imagine...

– Oui y'a des conversations des fois je pouffe de rire, des fois y'a des trucs très désagréables de gens qui se font assassiner ou... C'est... Et ça c'est pas dépendant de mon humeur : je peux être de bonne humeur et entendre des choses atroces, et réciproquement être pas bien et entendre des trucs rigolos.

D'accord c'est indépendant. Cette radio, quand vous l'entendez, vous avez l'impression qu'elle rentre par vos oreilles ou est-ce que vous l'entendez dans votre tête ?

– Non c'est à l'intérieur. C'est à l'intérieur de la tête.

OK. Même si vous m'avez décrit son caractère aléatoire, est-ce que vous avez remarqué si ça survenait préférentiellement dans certains lieux ?

– Euh dans certains lieux... non.

A l'hôpital, à la maison, c'est pareil c'est toujours aléatoire ?

– Ouais non, y'a pas de... non non. Alors évidemment si je suis très angoissée je peux... Euh... Ça va majorer voilà. Les prises d'alcool majorent également.

D'accord.

– … Et la cocaïne est le seul truc qui stoppe... ce qui est terrible pour moi...

D'accord... Donc y'a-t-il des lieux où vous êtes plus angoissée que d'autres « habituellement »?

– Euh oui chez mon compagnon je suis pas chez moi et c'est quelqu'un qui a un caractère assez fort, donc je me sens toujours un peu invitée, donc ça me met un peu la pression... Chez ma mère aussi.

La radio est plus fréquente dans ces lieux ?

– Non... A vrai dire non. Ça majore mon angoisse mais c'est pas ce qui va engendrer spécialement l'effet radio.

OK. Toujours par rapport au caractère aléatoire, avez-vous l'impression que ça survient préférentiellement à certains moments de la journée ?

– Non. C'est aléatoire. La nuit c'est très pénible parce que ça se double de mes rêves... Je suis quelqu'un qui fait beaucoup de cauchemars et donc ça me réveille. Mais c'est extrêmement rare que ça survienne pendant mon sommeil, c'est très très très très rare. Heureusement parce que...

Ça doit être d'autant plus angoissant si on se réveille avec ça s'il y avait déjà les cauchemars...

– Je cauchemarde pas toutes les nuits, mais voilà : j'ai une vie onirique très intense !

Avez-vous remarqué des similitudes entre vos rêves et cette radio ?

– Non.

OK... Est-ce que vous avez une hypothèse sur l'origine de cette radio ?

– Et je sais pas... Je... J'ai été abusée sexuellement à l'âge de cinq ans, à l'âge de dix ans... Par un ami de la famille du côté paternel... Ensuite ma mère a divorcé de mon père qui était alcoolique et schizophrène...

D'accord.

– … Il est mort à trente-sept ans et demi, j'avais treize ans... Ma mère était remariée avec mon beau-père adoptif dont je me suis occupée pendant... sa longue maladie... et ils se disputaient tout le temps. Tout le temps, tout le temps, tout le temps des cris, de l'hystérie, tout ça... Après j'ai des arrière-grands-parents qui m'ont choyée, qui m'ont... Donc voilà y'a les deux côtés : d'un côté y'a le côté pas très sécurisant forcément du côté de ma mère, et un côté très sécurisant du côté de mes arrière-grands-parents. Et j'ai parlé très tard de cette affaire de pédophilie.

D'accord... OK. Vous pensez que les traumatismes que vous avez eus peuvent...

– C'est difficile à savoir ! Est-ce que j'aurais été collabo ou... Est-ce que j'aurais vendu du beurre aux Allemands ou est-ce que j'aurais été résistante ? Je sais pas je spécule à vide... Je pense que oui ça a dû bloquer quelque part. Je suis restée bloquée à un stade... A un stade assez infantile je pense... Je... J'ai pas vraiment fini de grandir quoi... Je crois que quelque part j'ai toujours dix ans dans ma tête.

Je crois que vous m'en parliez déjà la dernière fois oui... Vous m'avez déjà un peu répondu tout à l'heure par rapport à vos relations aux autres, est-ce que ça a un impact ?

– Oui ça m'isole.

Ça vous isole.

– Oui ça m'isole. Et la drogue... La drogue a contribué à renforcer cet isolement... Voilà.

OK. En quel sens ça l'a majoré ? Parce que vous disiez que la cocaïne vous aidait justement... ?

– A contrôler les voix mais pas à aller voir des gens, pas à se faire des amis, à faire de la natation ni à aller au théâtre ou ni des choses... Enfin voilà je pense que vous pourriez en parler à tous les « addicts » du service : on s'isole énormément... On est dans sa bulle...

Oui. D'accord. C'était un facteur d'aggravation ?

– Voilà mais j'ai commencé tard moi, ça, les produits, l'alcool et la cocaïne. J'ai fumé des joints, un peu comme ça quand j'étais jeune, un peu plus quand j'avais dix-huit, vingt ans, mais sinon j'ai tout commencé à trente-sept ans l'alcool et la drogue.

D'accord...

– Y'a quelque chose qui a lâché quoi...

Par rapport aux toxiques ?

– Oui oui y'a quelque chose en moi qui s'est désagrégé, qui m'a conduite à des comportements addicts... d'« addict » quoi. Je me suis occupée de mon beau-père adoptif qui avait une BPCO, donc une maladie pulmonaire très grave. A Toulouse, je l'ai pris à la maison, je m'en suis occupée pendant... quasiment trois ans et demi, en faisant le ménage, tout ça, les couches la nuit, les trucs le week-end... Et puis il est parti en soins palliatifs parce que voilà...

C'était trop lourd... ?

– Et je me suis retrouvée seule face à moi-même. Je suis je... Là... Comme... Je sais pas si c'est un burn-out ou un stress post-traumatique, je sais pas, mais je me suis effondrée et j'ai commencé à boire et tout ça.

Ah oui d'accord.

– C'est... Ça... Alors que j'ai eu une adolescence très sage avec de bonnes notes. J'étais vraiment, j'essayais vraiment de me conformer à ce qu'on attendait de moi quoi. Je

me faisais la plus petite possible, euh... Voilà.

OK. C'est bien c'est intéressant. Est-ce que vous avez une explication sur le fait de pourquoi vous, vous entendez cette manifestation, et pas les autres ?

– … Pas du tout... Non je sais pas mentir...

Sans mentir, vous pouvez avoir une idée.

– Non non. Ça a commencé j'avais 14-15 ans, donc c'est survenu après la mort de mon père biologique, à une période où mes parents, père adoptif et... c'est pour ça que j'ai un double nom... C'était infernal à supporter, j'allais au collège avec des cernes tous les matins parce qu'ils se disputaient toutes les nuits... Mais non j'ai pas d'hypothèse... Mon père était schizophrène quoi, point barre. Après... Je sais pas s'il y a des liens de cause à effet, des fragilités, des... Voilà quoi. J'ai pas une base très stable. Y'a mes arrière-grands-parents qui étaient très stables mais je... J'ai l'impression d'habiter une maison brinquebalante en essayant de colmater les brèches.

D'accord. Est-ce que vous avez l'impression que cette radio a une intention par rapport à vous ?

– Non aucune... Non non c'est pour ça que j'appelle ça « la radio ».

Ce n'est pas quelqu'un qui... ?

– Personne ne me parle, ne s'adresse à moi... Non non c'est un poste de radio.

Très bien. Selon vous, ces manifestations sont-elles en rapport avec des événements qui se sont passés dans la réalité ?

– Ben... J'aurais tendance à dire que oui parce que... y'a pas de traumatisme sans conséquence... C'est la seule hypothèse que j'ai.

Oui. Donc vous parlez de cette enfance assez compliquée que vous avez eu...

– Assez traumatique ouais ouais... Avec des bons côtés, faut pas non plus exagérer. Je pense que j'ai des capacités de résilience proches du degré zéro. Je pense que je suis pas quelqu'un de très résilient, de pas très costaud psychiquement quoi... On peut très très vite me faire souffrir si on appuie au bon endroit... Voilà !

Juste une dernière question : est-ce que vous en parlez, en dehors de la psychiatrie ?

– Euh... J'en parle... En dehors de la psychiatrie ma mère est au courant et mon compagnon... Mais non, sinon non.

Vous avez redouté de leur en parler ?

- Non... Non ça s'est fait naturellement.

Entretien 5

Lors du dernier entretien, vous m'avez parlé de sensations que vous pouviez avoir au niveau de l'audition (pouvoir entendre des choses que les autres n'entendent pas) ; ça pouvait également concerner la vision voire des sensations cutanées. Est-ce que vous pouvez me décrire un peu plus précisément ces événements quand ils se produisent ?

– Ben c'est surtout quand je suis en manque de sommeil, que... j'ai des hallucinations. J'ai... j'ai la perception qu'on me touche.

Alors que vous êtes seul ?

– Oui.

Vous dites que ça arrive quand vous manquez de sommeil. Ça veut dire que ça survient le soir, avant de vous endormir ?

– Non quand j'arrive pas à dormir du tout.

OK. Ça c'est pour les sensations cutanées. Pour les visions, pour les hallucinations auditives, ça survient dans le même contexte ou ça survient dans d'autres situations ?

– Non dans le même contexte.

Donc surtout manque de sommeil.

– Oui.

Comment vous sentez-vous quand ces manifestations apparaissent ? Sur le plan émotionnel, qu'est-ce que vous ressentez ?

– … Ben... Pas mal d'angoisse, de stress...

D'accord...

– Parce que je suis tout le temps angoissé donc...

Le fait que ça apparaisse, ça majore votre angoisse ?

– Oui.

Est-ce que vous avez l'impression que dans des moments où vous êtes plus angoissé ça favorise l'apparition de ces manifestations ?

– Pas forcément...

Vous diriez que l'angoisse est plus une conséquence de ces manifestations ?

– Oui.

D'accord. Ça c'était sur le plan émotionnel les angoisses. Mais sur le plan « intellectuel », qu'est-ce que vous vous dites quand ça apparaît ?

- …

Est-ce que vous vous faites un raisonnement ? Est-ce que vous essayez de comprendre ce qu'il se passe ?

– … Non. Non non.

Vous vous êtes déjà posé la question de savoir pourquoi ça survenait chez vous, ce genre de symptômes ?

– … Non pas vraiment.

Je vous demande ça parce que tous les gens qui manquent de sommeil ou qui sont angoissés n'ont pas forcément de visions ou de sensations cutanées. Est-ce que vous avez une théorie vous, de pourquoi ça survient chez vous ?

– … Non je sais pas.

Vous y aviez déjà réfléchi ?

– Non.

Je voudrais une précision par rapport aux hallucinations auditives : ce sont des voix ? Des sons que vous entendez ?

– C'est des voix.

D'accord. Ces voix...

– Enfin j'entends pas beaucoup hein ! Mais des fois j'entends des voix...

Ce sont des voix que vous connaissez ?

– Féminines ouais...

Vous les avez déjà entendues ?

– Comment ça ?

Est-ce que ces voix vous rappellent des personnes en particulier ?

– Non.

D'accord. Ce sont des voix inconnues à priori ?

– Mmmh.

Ces voix, vous les entendez dans votre tête ou vous avez l'impression qu'elles viennent de l'extérieur ?

– De l'extérieur. De l'extérieur.

Donc vous les entendez comme vous entendez ma voix en ce moment... ?

– Mmmh.

D'accord. Ces manifestations : les voix, les visions, ou les sensations cutanées, surviennent-elles dans un endroit particulier ?

– Dans le lit.

Dans le lit d'accord. Est-ce qu'elles peuvent survenir préférentiellement chez vous, à l'hôpital ou dans un autre endroit ?

– Chez moi...

Surtout chez vous ?

– Oui.

Ça l'a fait ici aussi ?

– Non.

Pas à l'hôpital... Et au cours d'anciennes hospitalisations ça a pu avoir lieu ?

– Non.

Donc ça a eu lieu essentiellement chez vous. D'accord. Vous me disiez que ça survenait quand vous n'arriviez pas à dormir : est-ce que ça survient préférentiellement la nuit ou ça peut être le jour également ?

– Les deux...

Les deux. Vous avez l'impression que c'est plus l'un que l'autre ?

– Plus la nuit oui...

D'accord. Tout à l'heure je vous demandais si l'angoisse pouvait être à l'origine de ces manifestations. Vous m'avez répondu : « Pas vraiment. » Selon vous, y'a-t-il quelque chose qui peut déclencher ou favoriser leur apparition ?

– Le manque de sommeil.

Oui ça vous me l'avez bien expliqué, mais peut-il y avoir d'autres facteurs ? Par exemple quand vous prenez des toxiques ça peut augmenter ou diminuer ces sensations ?

– … Je sais pas... Non je sais pas... J'ai jamais fait attention. Je crois que... Ni l'un ni l'autre.

D'accord. C'est indépendant des toxiques... Après je ne sais pas. Qu'est-ce qu'il pourrait y avoir comme déclencheur potentiel ? Une dispute, un souci dans la vie quotidienne ?

– Non non. C'est surtout le manque de sommeil.

Il n'y a vraiment que ça. Vous avez bien identifié le facteur causal. D'accord. A votre avis, quelles raisons amènent ces manifestations à apparaître ?

- …

Y'a-t-il un but particulier ?

– … Non...

Vous connaissez d'autres personnes à qui ça arrive ?

– Non.

Concernant le manque de sommeil, vous êtes la seule personne, que vous connaissez, qui est comme ça... Qu'est-ce que ça vous fait que ce soit le cas chez vous et pas chez les autres ?

– Je me pose pas la question.

C'est un sujet dont vous parlez d'habitude, à l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital ?

– Non... Pas trop.

Les gens vous demandent ? Ou c'est juste que vous n'en parlez pas trop ?

– Non c'est moi qui en parle pas trop... Les gens me demandent... Vous êtes la première personne qui... qui m'en parle quoi.

D'accord. Et... vous redoutez d'en parler ? Avec moi, ou avec les médecins du service ? Ou avec votre entourage ?

– Ben un p'tit peu oui.

Pourquoi vous redoutez ça ?

– Bah... Qu'on me prenne encore plus pour un fou !

Vous avez peur qu'on vous prenne pour un fou... Vous auriez envie d'en parler sinon ?

– … Pas spécialement.

Est-ce que vous avez l'impression que ces hallucinations ont un impact sur vos relations avec les autres personnes ?

– Non.

D'accord. Comme ça ne survient que la nuit à priori ou majoritairement pendant la nuit, ça ne vous perturbe pas quand vous parlez avec quelqu'un ou quand vous faites une activité ?

– Non.

Ça ne vous a jamais perturbé.

– Non non.

Concernant les voix que vous entendez, ce sont des voix que vous qualifieriez de comment ? Menaçantes, rassurantes, indépendantes de vous ?

– Non douces.

Douces... C'est-à-dire ?

– Elles ont air amicales. Féminines et douces.

Elles vous parlent ?

– Non, c'est des... C'est... C'est des paroles comme ça, c'est...

Elles se parlent entre elles ?

– Non non.

Vous pouvez entendre plusieurs voix en même temps ?

– Non. C'est l'une après l'autre.

D'accord. Avez-vous l'impression que ces voix ont une intention particulière ? Est-ce qu'elles ont un but ?

– … Non je pense pas.

D'accord. Peut-on dire qu'elles font leur vie un peu indépendamment de vous ?

– Mmmh...

Sauriez-vous me dire, la première fois que vous avez entendu ces voix, ou que vous avez eu les visions, dans quel contexte c'était ? Vous m'avez dit le manque de sommeil, mais votre vie un peu plus générale se passait comment ?

– Ben... Beaucoup d'angoisse, de stress... Une vie un peu dissolue quoi.

Vous aviez quel âge à peu près ?

– Oh c'est pas vieux... C'est pas vieux ça date de là, ces dernières années quoi.

D'accord. Est-ce que c'était une période de vie compliquée ?

– Oui.

OK. Avez-vous l'impression que les voix, les visions, ou les sensations cutanées peuvent être en lien avec un ou des événements qui ont eu lieu dans votre passé ?

– Je… Je sais pas. J'ai pas réfléchi à ça.

… En tout cas ça ne vous a pas frappé, vous n'avez pas fait de lien évident.

- Non.

Entretien 6

Alors, la dernière fois, vous m'avez parlé d'hallucinations que vous pouviez avoir sur les plans auditif, visuel et cénesthésique. Pourriez-vous me décrire chacune de ces manifestations un peu plus en détails quand ça vous arrive?

- Visuelles, c'est des choses qui m'entourent, qui peuvent tomber.

D'accord...

- Ça peut être... des oiseaux qui volent aussi ; c'est arrivé encore cette nuit ! « Cénesthésiques » c'est au niveau du toucher je suppose ?

Exact oui…

- Ce sont... des mains qui viennent me toucher. Qui viennent entourer ma nuque, qui me touchent, qui me palpent en fait la peau alors que je supporte pas qu'on me touche.

D'accord.

- Après, auditives, ça va être des p'tits bruits, des sons... Euh ça peut être des voix aussi... A un moment ça a été des voix.

Ça varie ? C'est des choses qui ne sont pas constantes, qui peuvent varier en fonction de la période ?

- Oui. Oui oui. Ça varie en fonction de l'anxiété surtout je pense. Je pense que c'est ça.

D'accord. Vous avez l'impression qu'un facteur qui peut provoquer l'apparition des hallucinations, ou les aggraver, c'est l'anxiété ?

- Oui des situations de stress. Par exemple, ça allait très très bien il y a quelques mois, et il y a eu un événement : des coups de téléphone bizarres qui... qui ont été passés, et je suis sûre que c'est mon ex. Donc ça... ça a induit une période de stress assez intense, et du coup les hallucinations cénesthésiques sont revenues.

D'accord. Là c'était surtout les cénesthésiques, dans ce contexte-là, qui étaient aggravées. Est-ce que dans d'autres situations d'angoisse, ça peut être les hallucinations auditives ou les visuelles qui sont aggravées ?

- Visuelles et auditives oui, quand je suis très très angoissée.

Est-ce que les trois sont ensemble à chaque fois ou elles sont indépendantes ?

- … Non c'est indépendant.

C'est indépendant. OK. Quand vous voyez, entendez ou sentez ces choses, qu'est-ce que ça provoque chez vous ? Quand vous êtes angoissée ça les fait apparaître, mais quand elles sont là, qu'est-ce que ça génère ?

- De la peur, surtout pour les hallucinations cénesthésiques... Après je suis habituée. J'ai déjà eu des hallucinations suite à un antidépresseur qui s'appelait Seroplex°, pendant que j'étais en Terminale, donc ça remonte un petit peu. Et depuis j'ai l'impression que ça ne m'a pas vraiment quittée donc... Je suis un peu habituée en fait.

D'accord. Ça vous provoque moins de détresse parce que vous avez plus l'habitude de les ressentir ?

- Oui. Ben ça fait partie de mon quotidien.

Ah d'accord. C'est ce que j'allais vous demander : y'a-t-il des moments dans la journée où vous avez l'impression qu'il y a plus d'hallucinations ?

- Le soir. Le soir et la nuit.

Ça peut vous réveiller ?

- Oui. Oui oui.

Et ça peut être... soit les oiseaux, soit les mains qui vous palpent, soit les...

– Oui.

D'accord : soit l'un soit l'autre. Parfois est-ce qu'il peut y en avoir des combinées ?

– Non... Non non.

OK. Avez-vous remarqué s'il y avait des endroits, des lieux, où ça survenait préférentiellement ?

– Chez moi... Mais après je suis essentiellement chez moi donc... Je ne sors pas beaucoup. Donc...

Oui d'accord. Donc ça survient plutôt chez vous « par défaut ».

– Voilà.

Est-ce que, je sais pas, quand vous êtes dans la rue pour venir ici [NdR : au CMP], ou lorsque vous êtes ici ça a pu arriver ?

– Des fois oui... Des fois oui.

D'accord... Par rapport aux voix plus spécifiquement, est-ce que vous avez l'impression de les entendre dans votre tête ou plutôt à l'extérieur... ou dans un autre endroit ?

– C'est plutôt dans ma tête.

OK. Vous n'avez pas l'impression que le son rentre par une de vos oreilles ?

– … Non... J'ai pas l'impression. C'est vraiment dans ma tête. C'est une voix qui me parle en fait, qui me dit des choses un peu désagréables... Un peu je minimise mais... Oui oui c'est dans ma tête.

Dans votre tête... Quand les manifestations apparaissent, tout à l'heure on a parlé plus sur le plan émotionnel... Sur le plan intellectuel qu'est-ce que vous vous dites quand ça apparaît ?

– Bah... Qu'il va falloir que je m'en débarrasse assez vite. Parce que... Parce que c'est quand même embêtant. Mais après je me dis pas... je me dis pas spécialement quelque chose.

D'accord. Mais est-ce que vous avez l'impression que c'est normal ? Vous me disiez tout à l'heure que vous étiez habituée mais au final, vous trouvez ça normal, complètement anormal, de les voir apparaître à cause de l'angoisse ou d'autres situations ?

– … Je dirais que c'est normal.

D'accord. A votre avis, pourquoi ça survient comme ça chez vous en réaction à de l'angoisse ? Pourquoi ces hallucinations apparaissent chez vous et pas chez les autres ?

– J'ai peut-être... une fragilité. J'ai toujours été plus fragile que les autres... En tout cas plus hypersensible... Des fois je sens des présences chez moi. Oui j'ai toujours été hypersensible...

Comme si vous étiez plus perceptive aux choses... ?

– Ouais.

D'accord. Je crois que vous m'en aviez parlé la dernière fois... Oui... D'accord. Très bien. Est-ce que ces événements vous impactent dans vos activités ? Dans vos relations avec d'autres personnes ?

– … Non... Non.

Vous avez l'occasion d'en parler en dehors du...

– Non ! J'évite d'en parler par contre !

Pourquoi ? Vous avez peur de quoi ?

– J'ai peur de la réaction des autres, de leur jugement, de... Qu'ils m'isolent aussi, parce que : « Oh la, là celle-là elle a l'air d'être une folle ! Faut pas s'en approcher ! »

D'accord... Donc ça n'a pas d'impact parce que vous n'en parlez pas en fait. Ou si vous n'êtes pas bien et que ça génère des hallucinations en présence d'autres personnes, vous essayez de faire en sorte que ça ne se remarque pas ?

– Oui.

OK. Vous me parliez des voix tout à l'heure... Je vais essayer de vous poser cette question par rapport aux mains qui vous touchent aussi : est-ce qu'elles ont des intentions particulières ? Ces voix qui vous disent des choses désagréables, ou ces mains ?

– Euh les voix c'est surtout pour... C'est des voix négatives en fait. C'est... C'est des choses du genre : « T'es trop grosse ! », ou « Tu vas pas y arriver ! », euh « T'es une incapable ! ».

Donc ce sont des voix pour vous rabaisser essentiellement ?

– Oui... Et des voix qui rabaissent également les autres avec qui je suis par moment. Euh... Voilà.

D'accord. OK. Vous les connaissez ces voix ?

– Non.

Est-ce qu'elles vous disent quelque chose ? Ou quelqu'un ? Ou pas du tout ?

– Moi je leur ai donné un p'tit nom alors...

D'accord. Ce sont toujours les mêmes voix ?

– Oui oui...

Et il y en a combien ?

– Y'en a deux.

Elles se parlent entre elles ?

– Euh oui. Oui oui.

Et est-ce que vous leur parlez ?

– Oui oui.

D'accord, donc c'est vraiment le dialogue à trois... Enfin une communication en triangle... D'accord. Pourriez-vous me décrire votre vie, vos conditions de vie, le contexte, quand c'est apparu pour la première fois ?

– Alors c'était il y a un an, un an et demi. J'étais en Master 2, et... Alors on m'a expliqué qu'on appelait ça une « décompensation ». Donc c'est des hallucinations qui sont apparues. Et j'ai cru vraiment devenir complètement folle. Euh... C'est suite à une rupture assez douloureuse. J'ai tenu pendant quelques mois quand même, et à la rentrée j'ai craqué et ça a débuté. Donc après je me suis dit tout de suite : « Faut que j'aille voir quelqu'un. Je peux pas continuer comme ça sinon je vais péter un câble. » Donc après je me suis tournée d'abord vers le SIMS de la fac', vers le médecin généraliste qui m'a réorientée vers le CMP de Saint-Sernin. Voilà.

D'accord. On ne vous a pas trop « ballottée » d'un endroit à l'autre.

– Non. Tout de suite quand je leur ai décrit mes symptômes, ils m'ont tout de suite orientée vers le CMP de Saint-Sernin.

D'accord. Très bien. Est-ce que vous avez l'impression que ces voix, que ces visions, que les sensations cutanées que vous avez, sont en relation avec un événement qui a pu survenir dans votre passé ?

– Oui. Toujours avec cette rupture en fait. Mais c'est... C'est latent parce que c'est en relation avec... une relation amoureuse qui a duré... quatre ans ouais. Et où j'étais pas mal malmenée.

Ah d'accord. Par cette personne dont vous parlez.

– Par cette personne... Et j'ai l'impression que ça a déclenché chez moi des choses... Des choses comme ça, négatives. Ça m'a fait décompenser.

D'accord. Très bien.

Entretien 7

Au cours du premier entretien, vous m'avez dit que par moment, vous pouviez voir des choses que les autres ne voyaient pas, ou même par rapport à ce que pouviez entendre, vous n'étiez pas trop sûr. Est-ce que vous pouvez me décrire en détails ce que vous voyez, ce qui se passe quand ces manifestations apparaissent ?

– … Ben... Déjà y'a quelques années en fait à mon réveil j'avais... des formes d'hallucinations.

Au réveil vous dites ?

– Oui. Mais qui duraient pas longtemps.

D'accord.

– … Des gens qui passaient devant moi, ou des plantes qui se mettaient à bouger, des trucs comme ça. Mais ça, ça a disparu.

D'accord. Vous me dites que c'était il y a quelques années. Est-ce qu'il y a des choses plus récentes ? La dernière fois vous m'avez dit que vous aviez l'impression que ça revenait.

– Ça c'est... les lueurs autour de certaines personnes.

Ce sont les « auras » dont vous me parliez ?

– Oui. Ça c'est autour de certaines personnes.

D'accord. Qu'avec certaines personnes... Ça c'est par rapport aux visions. Par rapport aux sons, vous savez, vous n'étiez pas trop sûr... Par rapport aux sons, aux bruits que vous pouviez entendre mais que les autres n'entendent pas, est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?

– Ça je sais pas...

C'est plutôt à l'extérieur de votre tête ? A l'intérieur ? Ce que vous entendez ?

– A l'extérieur.

A l'extérieur, donc vous l'entendez comme quand moi je vous parle ?

– Oui.

Si j'ai bien compris ce ne sont pas des voix ?

– Non.

D'accord. Ce sont des bruits quelconques ? Des bruitages ?...

– Des bruits.

OK. Et ça se manifeste en même temps que les visions ou c'est indépendant ?

– C'est indépendant.

D'accord. Avez-vous l'impression, pour les visions mais également pour les bruits que vous entendez, que ça survient dans des lieux en particulier ?

– Euh... Ouais des lieux... Ça dépend des lieux oui.

Par exemple, est-ce que ça survient plus fréquemment à la maison, à l'hôpital, ailleurs ?

– Ça dépend. Ça dépend...

Ça dépend de quoi ?

– Ça peut être chez... Ici... De toute façon quand je vois la lueur autour des gens je leur dis.

D'accord... Vous avez l'impression que ça peut être partout ? Qu'il n'y a pas de lieu préférentiel... ?

– Non.

Vous me disiez tout à l'heure que les visions ça pouvait être plus le matin. Ces auras que vous percevez, vous avez l'impression qu'elles sont plus fréquentes le matin aussi ?

– Non. Ça c'est toute la journée.

Est-ce que ça peut survenir la nuit ?

– Bah la nuit s'il y a personne, la nuit...

Je ne sais pas. Si vous avez l'occasion de rencontrer quelqu'un dans le service la nuit, si vous n'arrivez pas à dormir...

– Non non...

A priori non. OK. Quand vous entendez les bruits, ou que vous voyez les auras des gens, comment vous sentez-vous sur le plan émotionnel ?

– Bon les bruits c'est... beaucoup moins inquiétant... parce que je sais pas vraiment si... Bon. Euh l'aura c'est pas très inquiétant parce que je sais très bien que... qu'on est fait d'énergie.

Ça ne vous angoisse pas particulièrement ?

– Non.

Comment expliquez-vous que vous voyez cette aura chez les gens ?

– … D'après des gens qui en parlent, tout le monde a le don de ça. C'est pas un don, c'est pas un véritable don en fait. Mais c'est des choses qu'on capte, mais c'est pas... Voilà j'ai pas été choisi, j'ai pas été élu pour ça.

Oui d'accord.

– … C'est, c'est tout le monde. Ça peut arriver à tout le monde quoi. Et c'est aussi souvent la concentration, quand on est attentif, vigilant... Bien dans le présent quoi.

D'accord... Il faut qu'il y ait des conditions particulières peut-être.

– Ouais... Mmmh...

Vous arrivez donc à rassembler ces conditions, à être concentré sur l'instant présent, pour voir cette aura... ?

– Oui. Voilà. Mais y'a rien de... J'veux dire, euh... C'est pas parce qu'on voit ça que du coup on a un pouvoir hein. Ceux qui prennent du LSD... peuvent le voir ça aussi quoi.

D'accord...

– Bon après y'a des degrés, tout ça. Moi je capte juste un peu, c'est tout.

Et vous pensez que vous pourriez le sentir plus ? Est-ce que c'est quelque chose que vous pouvez...

– Bah si euh... Peut-être que si je me concentrais un peu plus, oui. Mais bon c'est pas le but dans ma vie quand même ! J'ai pas envie de devenir médium ou... gourou !

D'accord. Vous ne voulez pas l'« exploiter » quoi. Vous l'avez et vous vivez avec.

– Oui.

Y'a-t-il une raison particulière ? Vous disiez que vous n'étiez pas élu, qu'il n'y a pas que vous qui pouvez voir ces manifestations...

– Tout le monde peut le voir !

Tout le monde peut le voir... Mais est-ce qu'il y a une intention particulière ? Est-ce qu'il y a un message qui cherche à être passé ?

– On le voit mieux, en fait, quand on le perçoit, sur des gens, sur des personnes... déjà elles-mêmes spirituellement avancées.

D'accord. C'est une condition supplémentaire ? Avec les gens qui n'y croient pas ça marche moins ?

– Non non non non ! C'est qu'il y a des gens qui sont... Qui n'ont pas la lueur assez euh... Assez formée car il y a encore euh... Ça manque de pureté quoi.

Mmmh d'accord.

– C'est le niveau de la pureté, tout ça quoi. Même vous aussi vous pouvez vous concentrer et le voir ça. J'veux dire c'est physique. C'est de la physique. Voilà. Soit on a l'intérieur de soi un peu sombre, un peu anxieux, un peu tout ça, euh... on la

verra moins.

D'accord. Justement je me demandais : hormis les bonnes conditions pour qu'on puisse voir cette aura, avez-vous remarqué s'il y a des événements ou des raisons qui peuvent déclencher ces visions ?

– …

Par exemple quand vous êtes chez vous, vous avez l'impression que ça survient quand vous êtes au calme, ou au contraire quand vous êtes anxieux ? Est-ce que ce genre de paramètre peut influer ?

– … Non ça arrive à n'importe quel moment.

D'accord à priori c'est indépendant.

– Y'en a qui disent qu'ils arrivent à le voir avec les arbres... Moi je le vois pas spécialement, mais c'est surtout avec les personnes quoi... J'y prête même plus attention d'ailleurs...

D'accord... C'était quand la première fois que vous avez vu cette aura ? Que vous avez vu cette chose ?

– Je sais pas.

Vous étiez mineur, ou...

– Non plus tard. Plus tard... Y'a quelques années quoi !

C'était dans des circonstances particulières ? Est-ce que vous vous en souvenez ?

– … Non.

D'accord... Est-ce que vous vous rappelleriez de votre réaction quand vous l'avez vue ? Parce que j'imagine que ça devait être quelque chose de nouveau lorsque vous l'avez vue pour la première fois... ?

– Non non, parce que c'est une petite enveloppe qui entoure... On peut le voir sur des plantes aussi... Mais après euh... Voilà quoi, c'est l'esprit qui... Mon esprit qui... qui est comme ça quoi. Est-ce que ça [NdR : calendrier sur le bureau] c'est vraiment rouge ? Pour vous et pour moi oui c'est rouge. Enfin on va dire que c'est rouge... Mais pour le p'tit chimpanzé ça va pas être rouge, ça va être jaune fluo. Par exemple hein. Voilà. Donc pour moi c'est pas... Mais j'ai pas d'hallucinations... démoniaques ou tout ça quoi.

Oui. Il y a seulement cette aura que vous arrivez à capter...

– Oui c'est tout. Chez certaines personnes... Et je leur dis en général !

Ah oui ? Et alors comment elles réagissent ? Est-ce que ça a pu impacter certaines de vos relations ?

– Non ! Pas plus que ça non...

Que vous répondent les gens quand vous leur dites un commentaire sur l'aura qu'ils dégagent ?

– Non, je leur dis : « Je vois une lueur autour de toi. » Des fois je le dis pas mais des fois je le dis. La dernière fois c'était à la psychiatre par exemple.

OK. Est-ce que selon vous, il y a un lien entre le fait que vous puissiez voir cette aura et des événements qui ont pu se passer dans votre vie ?

– Je pense pas non... Non.

Vous m'avez déjà un peu répondu tout à l'heure mais avez-vous remarqué si vous pouviez contrôler ça ? Par exemple quand vous voyez l'aura de quelqu'un, décider de faire en sorte de ne plus la voir ?

– Euh si je me détache oui.

Oui... Il faut quand même qu'il y ait cet état de concentration pour pouvoir la capter... ?

– Mmmh... Concentration et en même temps, quand je dis « concentration », c'est une

concentration totale. C'est-à-dire, c'est pas... Souvent quand on parle de concentration, on se dit : « Bon je suis concentré sur le téléphone ! »

Oui.

– « Uniquement le téléphone dans cette pièce. »

D'accord.

– Là je suis concentré et présent dans toute la pièce, en fait. J'suis pas, euh... C'est, c'est... Voilà, c'est un moment serein quand même.

OK, très bien.

Entretien 8

La dernière fois vous m'avez parlé d'une voix qui pouvait survenir, qui est arrivée il n'y a pas très longtemps, et qui apparaît de façon récurrente. Pourriez-vous me décrire un peu plus précisément ce qu'il se passe quand ça arrive ?

– Oui. Euh... Ben c'est dans ma tête donc. Euh... Je vais faire quelque chose, ou même sans rien faire... Cette voix elle apparaît toute seule dans ma tête... Et elle m'indique qu'on me surveille dehors. Donc euh... Souvent ça peut être Estelle, mon ancienne infirmière...

La voix que vous entendez ?

– Non. Qui me surveille.

Ah d'accord.

– La voix me dit : « Voilà il y a Estelle qui te surveille. » Ou des fois c'est Christelle ou des fois c'est quelqu'un que je sais pas qui c'est. Et euh... Et donc du coup elle me dit de bien me tenir, ou de bien faire à manger, de m'appliquer dans ce que je fais, et de toujours avoir le sourire, de toujours avoir l'impression que je dois paraître être bien pour la personne qui m'observe. Et donc du coup... Ben voilà des fois... Donc je fais ce qu'elle me demande. Je... Je suis toujours attentive à ce qu'elle dit. Des fois ça me fait rire donc je me marre avec elle... Enfin je me marre seule du coup. Et quand elle me dit qu'il y a quelqu'un, dehors, je regarde, toujours discrètement, je vais pas regarder direct comme ça. Je vais toujours faire attention à ce que la voix... Enfin à ce que la personne qui me surveille ne voit pas que je sais qu'elle est là.

Je vois.

– … Donc je regarde toujours du coin de l'œil. Et cette personne donc elle est là. Mais je vois pas... Je vois pas son visage. Je vois que la silhouette en fait. Mais je sais qui c'est, j'arrive toujours à savoir si c'est Estelle, ou si c'est Christelle... Et quand je connais pas je connais pas.

Vous voyez quelqu'un ?

– Oui je vois quelqu'un. Oui je vois quelqu'un. Et après ben du coup ben... Je sais pas si on peut dire ça comme ça mais je... Je vais faire des choses pour attirer l'attention de cette personne qui me surveille, et lui faire ressentir quelque chose de positif de moi, tout le temps, comme si j'avais envie de lui plaire. Voilà.

D'accord.

– Et donc du coup voilà. Et après au bout d'un petit moment ça s'arrête. C'est-à-dire que par moment je me dis : « Mais. Mais t'es folle ou quoi ? », « Est-ce que t'imagines que t'es en train de parler... toute seule ? » et « De t'imaginer qu'il y a quelqu'un qu'y a pas. » quoi... Et du coup ça me fait rire et je me dis : « Ben... Peut-être qu'elle était là... » Et que je veux pas l'admettre parce qu'elle est pas venue se présenter quoi. Vous voyez ? Même des fois je me dis, quand je pense que c'est Estelle (Estelle elle me manque beaucoup), et des fois je me dis, quand je pense à

elle, que je pense que c'est elle qui est dehors, je me dis qu'elle va finir par frapper à la porte quoi, qu'elle ose pas rentrer chez moi pour me dire : « Et ben je suis de nouveau là en fait pour vous. ». Et voilà donc. C'est compliqué.

Si j'ai bien compris, vous me dites que vous voyez des personnes. Mais elles sont vraiment là ou c'est juste une interprétation ?

– Alors des fois je me demande si c'est pas une interprétation du manque.

Oui. Du manque... D'être avec ces personnes-là ?

– Ouais. Ouais. Et de l'envie de lui parler, et tout ça. Mais... Je sais pas. Elles sont là. Mais comme je vous ai dit, voilà y'a pas de visage quoi. Y'a pas... Y'a pas les traits, y'a pas toutes ces précisions-là quoi...

Quand vous allez les voir ces personnes... Est-ce que vous vous levez pour les voir ?

– Non ! Ah non non non ! Je reste toujours un peu discrète en fait. Voilà je les regarde toujours du coin de l'œil, pour pas qu'elles voient que je sais qu'elle est là quoi. Et ça va aussi m'arriver des fois en magasin.

D'accord.

– … Quand je fais des magasins, ou quand je fais des courses, j'ai... j'ai souvent l'impression que... Voilà. Qu'elle est... Qu'il y'a quelqu'un. Qu'elle est là Estelle. Ça revient beaucoup souvent avec Estelle. Où elle est là quoi.

Oui d'accord...

– Et je me dis voilà : « Tiens-toi correctement, comporte-toi comme une personne civilisée... » Voilà. « Pour qu'elle voit que t'es quelqu'un de correct, de bien, et que t'es pas une mauvaise personne quoi. ».

D'accord. OK. Est-ce que vous sauriez me dire, quand la voix apparaît, qu'est-ce que vous avez comme sentiments, qu'est-ce que vous ressentez comme émotions ?

– … Euh ben... C'est compliqué. Je dirais... je dirais un peu d'excitation. Parce qu'elle me fait rire.

D'accord. La voix vous fait rire ?

– Oui parce qu'elle va toujours me dire des choses à pas faire : « Ne te cure pas le nez ! », ou « Ne te gratte pas les fesses ! ». Enfin des choses où... Que je ne fais pas habituellement donc je me dis : « Pourquoi elle me dit ça ? Qu'est-ce qu'elle veut !? » Tu vois... Je vous dirais bien sûr elle me touche comme tout le monde je pense... Voilà et du coup ça me déstabilise tout le temps et je lui dis : « Mais c'est !... ». Je lui dis tout le temps : « C'est bon, vas-y ! ». Enfin voilà, même de vous en parler ça me fait rire parce que... Ben c'est ce que je ressens quand je la vois en fait... Quand je l'entends du moins elle me... Elle me fait rire en fait.

Il peut y avoir d'autres sentiments que l'excitation ?

– … Oui des fois y'a de l'inquiétude aussi. De l'inquiétude à me dire : « Mais... Qu'est-ce que c'est ? » quoi... « D'où elle sort elle ? ». Voilà... En fait je me dis que je suis en train de devenir folle quoi... Donc ouais ça dépend c'est... C'est plus voilà... Ça me fait sourire.

D'accord. Qu'est-ce que vous vous dites quand la voix commence à vous parler ?

– Ben toujours pareil, voilà. Toujours pareil : de bien me tenir, de faire en sorte qu'elle soit pas déçue... Toujours pareil, c'est toujours dans ce sens-là.

Vous essayez de lui obéir en quelque sorte ? Ou du moins de respecter ses consignes ?

– Oui ! Alors je sais pas si c'est lui obéir. Ou si c'est... Je sais pas je le fais en tout cas. Mais je sais pas si c'est pour lui obéir... Ou si c'est pour plaire à la personne qui m'observe. Voilà...

D'accord.

– … Mais en tout cas je le fais toujours ouais. Parce qu'elle dit toujours des choses

positives de comportement. Et comme je sais jamais si ce que je fais c'est bien ou pas bien, ben du coup le fait qu'elle me dise : « Fais ça parce que ça va être bien. », ben du coup ça me pousse à le faire en fait. Ça me... J'arrive à savoir... J'arrive à savoir du coup que c'est bien.

D'accord... Vous me disiez que vous l'entendez à l'intérieur de votre tête ?

– Oui.

Vous ne l'entendez jamais de l'extérieur ? Comme vous entendez ma voix en ce moment ?

– … Non.

Est-ce qu'elle peut venir d'un autre endroit ?

– … Non.

OK, que dans votre tête. Avez-vous remarqué s'il y a des lieux particuliers où la voix apparaît ?

– Ouais. Alors ça voilà. Ça arrive quand je suis en magasin, et quand je suis à la maison. En fait quand je vais faire un truc à l'extérieur de chez moi, elle va souvent être là. C'est-à-dire, par exemple, si je veux aller au lac marcher, elle va être là. Je vais aller au magasin, elle va être là. Mais par contre si je vais chez une amie elle est pas là.

D'accord.

– … Voilà. Mais quand je vais au magasin ou au lac je suis jamais seule, je suis toujours accompagnée d'une amie.

Ah d'accord. Donc c'est pas forcément lié au fait qu'il y ait quelqu'un avec vous ou pas.

– Non, ça a rien à voir. Euh... Donc du coup, même parfois ma pote Vanessa me demande : « Mais pourquoi tu rigoles ? » quand on marche et tout... Et je lui dis : « Parce que je pense à quelque chose qui me fait rigoler. » alors que c'est ma voix qui me fait rigoler parce qu'elle me dit : « Voilà, fais attention Estelle elle peut être là à tout moment te faire coucou... », ou des personnes qui me surveillent, elle me dit : « Voilà fais attention ! » quoi. Donc du coup voilà quoi...

D'accord.

– … Mais après c'est à la maison aussi, souvent à la maison... Mais à la maison c'est souvent... Souvent quand je suis seule, mais ça m'arrive aussi quand y'a Vanessa aussi ouais.

D'accord. Un peu dans le même genre de question : est-ce que vous avez remarqué s'il y avait des moments dans la journée où elle survenait plus facilement ?

– Oui. Le soir.

Le soir. D'accord... C'est exclusivement le soir ou ça peut être à d'autres moments dans la journée ?

– Alors si je suis à la maison c'est souvent le soir, en fin de journée qu'elle arrive. Et quand je suis en magasin ben... Et quand je suis au lac ben c'est en journée. Donc voilà c'est à ces moments-là qu'elle arrive.

D'accord, donc ça peut être un peu tout le temps mais c'est plutôt préférentiellement le soir ou en fin de journée.

– Le soir et en fin de journée oui.

Est-ce qu'il y a des choses particulières qui peuvent déclencher l'apparition de la voix ?

– Je sais pas... Je sais pas... Christelle elle m'a posé cette question aussi, si... Si ça pouvait m'arriver un peu plus quand j'étais angoissée, ou qu'il y avait un événement particulier... Non.

OK. Vous y aviez déjà réfléchi et vous n'avez pas de trouvé de réponse...

– Non. Mais elle m'a dit justement d'essayer de... De trouver cette réponse. Pour essayer de... De voir un peu plus, d'approfondir là-dessus quoi. Mais bon pour

l'instant, depuis que je lui en ai parlé vendredi j'en ai plus eues, donc du coup...
Oui, c'est difficile d'expérimenter si vous n'en avez pas eues depuis.

– Oui.

D'accord. Selon vous, quelles raisons amènent la voix à apparaître ?

– … Ben pour moi elle est là pour me dire des choses positives. Voilà...

D'accord... Est-ce qu'on peut dire que c'est à visée d'encouragement... ?

– Oui !

… Ou de... Comment on pourrait dire ça ?

– Euh elle est là... pour me comporter correctement. Que je fasse les choses bien... Qu'on ait une bonne image de moi.

D'accord OK. Est-ce que vous avez remarqué si la présence de la voix pouvait avoir un impact sur vos relations avec les autres personnes ?

– … Non je pense pas que ça peut avoir un impact.

Vous me parliez de quand vous étiez en ballade avec votre amie et où vous riiez toute seule parce que la voix vous parle.

– Oui.

Ça s'arrête à un simple questionnement de votre amie ou ça peut aller plus loin ?

– Non. Non non. Rien du tout. Elle pose pas de question.

D'accord.

– Ouais. Après ça m'est déjà arrivé de lui dire que je parle toute seule hein. Ça m'est déjà arrivé, mais voilà y'a « parler » et « parler », toujours pareil quoi.

Oui. Les gens ne cherchent pas à savoir plus.

– Non. Sinon je pense pas que ça ait des impacts...

D'accord. Est-ce que vous auriez une explication sur le fait que vous, vous entendez cette voix, et que d'autres personnes qui peuvent être seules chez elles ou qui font des activités, ne l'entendent pas ?

– Ben... La même voix que moi ? Ou une voix ?

Une voix.

– Ben je... Ben je sais pas parce que c'est pas facile d'en parler, donc je sais pas... Peut-être qu'ils ont pareil ! Qu'ils le disent pas ?!

Peut-être.

– Je sais pas...

Mais après pensez-vous qu'il y ait un mécanisme particulier chez vous qui fait que vous pouvez entendre cette voix et pas le voisin ou autre ?

– Non je pense pas qu'il y ait un mécanisme... Après je sais pas c'est peut-être parce que je suis folle. Je sais pas. Je dois avoir un problème je sais pas.

Après je ne cherche pas à vous soutirer de réponse, mais en tout cas vous n'avez pas trop d'idées.

– Non je ne sais pas répondre à votre question.

D'accord. Vous n'êtes pas obligée d'avoir une réponse ou même de savoir répondre. Pour cette question, vous avez déjà commencé à me répondre tout à l'heure, mais selon vous, quelles sont les intentions de cette voix ?

– L'intention...

Est-ce qu'elle a une intention déjà ?

– Ben oui ! Elle a l'intention de me faire comporter correctement. Elle est là pour... Je sais pas je pense que c'est pour euh... Ben pour me... Pour me servir d'exemple.

Mmh mmh... Est-ce que vous pensez qu'elle a un but au-delà de faire en sorte que vous vous comportiez bien, que voilà ça se passe correctement en société, est-ce qu'il pourrait y avoir un but au-delà ?...

– Avec Estelle je dirais oui. Parce que des fois elle me dit : « Tiens-toi correctement, fais ça bien, pour qu'elle soit contente et qu'elle voit que t'es une bonne personne, et comme ça elle restera peut-être avec toi... ».

D'accord.

– Mais...

… Vous ne semblez pas vraiment convaincue...

– Mais parce qu'elle reste pas. Parce qu'elle est pas là. Voyez ?

Oui je comprends.

– … Donc des fois je me dis : « Ça sert à rien elle est pas là, et elle reste pas ! ». Du coup il faut continuer, continuer... Je continue mais... Elle est toujours pas là.

D'accord. Est-ce que vous pourriez me restituer votre vie, le contexte dans lequel vous viviez quand la voix est apparue pour la première fois ?

– … Je sais pas. Je peux pas vous dire ça fait longtemps.

Ça fait longtemps qu'elle y est ?

– Oui.

D'accord. La première fois dont vous vous rappelez, est-ce que vous vous en souvenez ?

– Alors quand j'étais enfant, j'avais une voix aussi, pareil. Enfin non c'était... Alors la voix était dans ma tête, mais la personne était à l'extérieur.

D'accord.

– Elle venait tout le temps souvent en voiture lorsque j'étais avec ma mère. Et tout le temps je lui parlais quoi. Et je mettais la tête dehors et tout, je lui parlais. Et ça faisait rire ma mère. Elle, elle pensait toujours que je faisais la débile, mais... Enfin mon intéressante, mais pour moi elle a toujours été là quoi. Elle me parlait, on rigolait toutes les deux, on faisait des... On faisait les cons quoi, mais elle était toujours de l'extérieur. Ma mère roulait hein, et en fait la personne était accrochée à la fenêtre, ou à la porte. Elle était accrochée à l'auto quoi. Et donc du coup, ben j'ouvrais la fenêtre hein... Et je faisais vraiment les trucs : j'ouvrais la fenêtre et puis on discutait quoi. Mais ouais. Et après ça m'a... Ça avait disparu quoi.

Ça avait disparu d'accord.

– Ça avait disparu, et là ça fait quelques années où c'est revenu, et euh... Et franchement ouais je... Je me souviens pas trop quand, mais euh... Et la dernière fois que ça m'est arrivé euh... La dernière fois que c'est arrivé ben c'était quand je passais la serpillière. Je passais la serpillière et voilà, et elle me disait : « Mais frotte quoi ! On n'a pas l'impression que tu frottes, regarde ! Elle a l'air de douter quoi, que tu fasses bien le ménage, donc applique-toi ! ». Alors du coup... « Et souris ! ». Alors là je voilà. Je deviens heureuse, limite heureuse en fait, et contente de faire la serpillière alors que je déteste ça. Et voilà je rigole et je suis contente alors que pas du tout. Et après lorsque cette voix elle s'en... Elle finit par partir en fait, comme avec l'image, euh de voir quelqu'un, elle part. Et là ben tout redevient normal. Et je me dis : « Mais t'es sérieuse quoi ? ». Ouais ouais je suis sérieuse oui !

Et il y a toujours ce moment où vous entendez la voix et le moment où vous voyez une silhouette ou une ombre, c'est toujours en même temps, ou les deux événements peuvent être séparés ?

– Alors moi la silhouette je la vois pas au départ. Et je la sens pas. Sauf dès que la voix me le dit. Et par exemple j'entends toujours du côté droit. Jamais du côté gauche. J'entends toujours de ce côté de ma tête. Et... Et c'est que quand elle me le dit, elle, que je vois la... Et du coup je regarde discrètement et effectivement je vois

quelqu'un au balcon quoi, de l'autre côté.

Sur votre balcon ?

– Oui. Non à l'extérieur, j'habite au rez-de-chaussée, devant mon balcon oui.

D'accord. Mais cette personne, vous « l'imaginez » ou il y a vraiment quelqu'un objectivement ?

– Ben pour moi y'a quelqu'un quoi. Pour moi y'a quelqu'un. Après c'est compliqué de savoir si c'est de l'imagination ou si c'est du réel mais... Parce que... C'est un peu nouveau quand même quoi ! Même si je l'ai vécu pendant plusieurs mois, c'est nouveau quand même.

Mmh mmh je comprends.

– Donc je... Je sais pas c'est... Je la vois en tout cas.

D'accord.

– Voilà. Alors qui la montre ? Est-ce que c'est parce que j'en ai envie que je la vois ? Ou est-ce que c'est parce que... ? Je sais pas je la vois en tout cas.

Très bien. Une dernière question. Toujours selon vous, cette voix, ces personnes que vous voyez plus ou moins, vous semblent en rapport avec un événement qui a pu se passer dans la réalité ?

– Alors. Toujours pareil : pour Estelle, oui. Puisque c'est un manque réel que j'ai d'elle.

Ça c'est plus par rapport à la vision de la silhouette ? Ou ça concerne également la voix ?

– Pour tout. Pour tout parce que la voix en général quand elle me dit de bien me comporter c'est souvent pour elle. Pour Estelle. Donc pour elle je dirais que c'est vraiment du réel. Enfin c'est sur quelque chose de réel. Voilà. L'envie de la voir, l'envie de lui plaire, ouais.

D'accord.

- Même à Christelle hein. J'ai pas forcément envie de la voir quand je suis chez moi, mais je sais que... Comme avec tout le monde. Comme avec vous, comme avec tout le monde, j'ai envie d'être quelqu'un qu'on... Qu'on perçoit comme quelqu'un de bien. Et j'ai besoin de ça tous les jours, qu'on me dise que c'est bien ce que je fais, et... Et tout ça ! Donc euh voilà. Ça fait partie du fait que j'ai besoin de ça, que je vois les gens et que je me comporte comme ça. Faudra voir avec le temps...

Entretien 9

La dernière fois, lors du premier entretien, vous m'avez parlé d'hallucinations que vous pouvez avoir. Il y en avait au niveau auditif, au niveau visuel... Y'en avait-il d'autres ?

– Sensitives aussi.

Sensitives... C'est-à-dire des sensations que l'on vous touche ? Des sensations au niveau cutané ?

– Oui c'est ça, c'est ça.

D'accord. Est-ce que vous pourriez, pour chacun de ces types d'hallucinations, me décrire ce qu'il se passe en pratique quand ça arrive ?

– Oui. Alors... Pour les hallucinations auditives, en fait je ne pense pas que ce soit de réelles hallucinations. En fait c'est ma pensée sur ma pensée. En fait c'est que je suis en train de penser quelque chose, par exemple : je suis dans mon salon, en train de penser : « Je suis dans mon salon. » Puis il y a une pensée qui vient par-dessus et qui me dit : « Non t'es pas dans ton salon, t'es dans ta douche. » Une pensée qui vient par-dessus : « Non t'es pas dans ta douche, t'es dans le métro ! » Une pensée qui vient par-dessus : « Non t'es pas dans le métro, t'es... t'es au Jardin des Plantes ! » Et en fait y'a tellement de pensées comme ça qui viennent s'ajouter que j'en... j'en perds les pédales, je perds pied avec la réalité et je me déréalise.

D'accord.

– … Et en fait je dis que c'est des hallucinations parce que c'est sous forme de voix extérieures que j'entends ces pensées-là.

Vous voulez dire que ce n'est pas votre voix ?

– Non c'est des autres voix mais ce sont bien mes pensées en fait.

OK. Ce sont des gens qui disent vos pensées... A votre place ou c'est vous qui contrôlez ?

– C'est moi qui le... Je pense que c'est moi qui le contrôle. Mais au fur et à mesure de la crise... Euh je contrôle plus en fait. Ça... Ça arrive par vagues et j'arrive plus à le stopper en fait.

La machine s'emballe...

– La machine s'emballe. Voilà.

OK. Donc ça c'était pour les hallucinations auditives, d'accord.

– Pour les visuelles ça m'arrive souvent le soir, quand je suis dans un état mélancolique et que j'ai des angoisses vespérales. Et... Et là en fait je vois des ombres, et euh... C'est... Par exemple si je tourne vite la tête, je vois une personne.

D'accord c'est pas qu'une ombre, ça peut être une personne carrément que vous voyez ?

– Une personne, oui oui... Et en fait... Dès que ma tête revient à la normale elle y est plus.

OK.

– C'est dans les moments furtifs en fait.

D'accord. Et c'est que pendant ces mouvements de tête ou ça peut arriver dans d'autres moments ?

– Euh... Ça peut être par exemple : je... Je suis en train de faire la vaisselle, puis j'entends du bruit (généralement ce sont mes chats). Ça m'amène à me retourner et là au fond de la pièce, je vois quelqu'un, qui me regarde, fixe.

D'accord...

– … Et... Et ça dure le temps d'une fraction de seconde, parce que j'en ai peur donc je me retourne pour faire ma vaisselle, et quand je me re-retourne pour vérifier parce que j'ai peur, elle n'y est plus.

Et quand vous le voyez, que vous voyez ces ombres ou ces personnes, vous y « croyez » ? Ou vous arrivez à vous dire que ce n'est pas forcément la réalité ? Que ce n'est qu'une interprétation ?

– En fait quand je me retourne pour la première fois, je crois vraiment qu'il y a quelqu'un, et quand je passe à la phase de vérification, et que je m'aperçois qu'il n'y a plus personne, là j'ai du recul. Ça prend quand même facilement dix minutes, mais j'ai du recul pour me dire que c'était une hallucination.

D'accord, donc il vous faut un peu de temps quand même.

– Il me faut du temps pour réaliser. Ça c'est dans la meilleure des situations. Et quand l'attaque de panique (pas la crise d'angoisse, l'attaque de panique, je fais bien la différence entre les deux)... Quand l'attaque de panique est installée, là j'ai plus ce recul-là en fait. Je suis vraiment persuadée qu'il y a quelqu'un, et... et je fais des choses... inadaptées : et j'appelle la police, je dis qu'il y a quelqu'un chez moi ; j'appelle les urgences, je dis qu'il y a quelqu'un chez moi... Enfin je mets des choses en place parce que je suis persuadée qu'il y a quelqu'un en fait.

D'accord oui... C'est comme on disait tout à l'heure : c'est la machine qui s'emballe.

– Oui. En fait, tant que ça reste au stade d'angoisses, y'a du recul avec, et j'arrive à gérer en même temps les hallucinations, j'arrive à essayer de me calmer. Mais quand la phase d'angoisse est passée et que je suis en attaque de panique, là je ne contrôle plus, je suis complètement déréalisée.

OK. D'accord...

– Par contre j'ai toujours un temps de recul, un jour après, quand l'attaque de panique est passée, et que... Je... Ça fait souffrir une attaque de panique, ça dure... Le pic il monte en une demi-heure je pense, et il redescend au bout d'une heure ou deux quoi. Donc quand je suis bien calmée, et que tous les symptômes de l'attaque de panique sont dissipés (ça je sais le percevoir), là j'ai du recul, et je me dis : « Là oui j'étais en train d'halluciner. »

D'accord. A chaque fois...

– Chaque fois y'a du recul.

… Que le délai soit court ou long après l'attaque de panique ou après la crise d'angoisse, vous arrivez à vous dire que c'était une hallucination.

– Oui.

OK. Bon...

– Et les hallucinations... sensorielles, sensitives je sais pas comment on dit... Euh c'est souvent la nuit en fait. Par exemple là... Bon moi ça a toujours été, euh... Bon moi dans mon passé j'ai été violée, donc la nuit j'ai souvent l'impression que quelqu'un me touche... Et donc je suis pas tranquille dans mon lit en fait. Et là depuis récemment, depuis le deuil de mon père, j'ai la sensation que mon père est en train de tirer la couverture... Le cadavre de mon père, je vois le cadavre de mon père, en train de tirer la couverture et d'essayer de m'attraper les bras.

D'accord vous le voyez... Là non plus ce ne sont pas des choses rassurantes que vous voyez !

– Non non ! De toute façon, de toutes les hallucinations que je vois, il n'y en a aucune de rassurante ! Autant les auditives c'est pas la question que ce soit pas rassurant mais c'est la question que c'est déstabilisant. Parce que trop de pensées dans la tête on finit par perdre les pédales. Euh les hallucinations visuelles, généralement ce que je vois, c'est pas très rassurant. Et les hallucinations sensitives, non cette sensation d'être touchée c'est horrible!

Oui. Parce que même si ce sont des hallucinations, ça vous rappelle un événement dans le passé qui n'est pas agréable lui-même.

– C'est ça. C'est ça.

D'accord. Vous me disiez que les hallucinations sensitives étaient plutôt la nuit, les visuelles plutôt le soir... Pour les auditives...

– C'est tout le temps !

Tout le temps. D'accord.

– Enfin, pas « tout le temps » : ça peut arriver n'importe quand. Je suis pas tout le temps hallucinée, je suis pas tout le temps dans un état d'hallucination, mais ça, ça arrive à n'importe quel moment de la journée. Y'a aucun événement prévenant.

D'accord. Il n'y a pas de déclencheur particulier ?

– Non.

D'accord. Au final c'est aléatoire ce phénomène ?

– C'est aléatoire.

C'est pareil pour les visuelles et les sensitives ?...

– Pour toutes les hallucinations y'a aucun élément qui m'alerte, qui me dit : « Là tu vas être en train d'halluciner. » Le seul truc qui m'alerte c'est : « Là tu vas être en attaque de panique. » Quand je sens que l'angoisse est en train de monter, que j'arrive pas à la maîtriser, je suis consciente que je rentre en phase d'attaque de panique.

D'accord. Oui.

– Sans... J'en suis consciente sans pouvoir faire quoi que ce soit dessus, mais j'en suis

consciente. Je me dis : « Tiens là, dans cinq minutes tu vas dégoupiller ! » quoi. Ce qui fait d'autant plus souffrir parce que je suis consciente que je vais dégoupiller sans avoir aucun impact dessus.

D'accord vous n'avez pas le contrôle dessus... Je comprends que ce soit difficile. Une question spécifique aux voix : quand vous les entendez, vous les entendez à l'intérieur de votre tête ou à l'extérieur ?

– Non dans ma tête.

Toujours dans votre tête... D'accord. Vous me dites que les hallucinations auditives peuvent survenir n'importe quand... Est-ce que par rapport au lieu, ça peut survenir partout ou il y a des lieux préférentiels où ça arrive ?

– Oui, oui, mais... Euh... Surtout quand je me sens dans un climat insécure : la rue, les grandes surfaces, les endroits où il y a de la foule parce que je suis un peu agoraphobe. Euh... le métro, beaucoup le métro, les bus... En fait tous les lieux un peu clos et où il y a de la foule en fait.

D'accord. Oui en effet c'est une bonne définition... Et c'est pareil pour les hallucinations visuelles et sensorielles ?

– Non, ça ça m'arrive toujours chez moi.

OK chez vous... Uniquement chez vous.

– Oui.

Vous m'avez décrit, quand vous avez les hallucinations qui apparaissent, donc vous m'avez dit : les auditives c'est pas forcément angoissant mais c'est perturbant, les visuelles et les sensitives c'est clairement angoissant...

– Oui.

… Est-ce qu'il y a des choses particulières qui font apparaître des sensations, des ressentis... qui peuvent déclencher ?

– Alors pour les voix ça peut être... Je pense à un élément déclencheur comme quand je peux être dans un milieu insécure comme la rue ou les centres commerciaux : des bruits soudains. Un bébé qui pleure, une moto qui... qui passe très vite. Euh... Une porte qui claque... Ou des fois une odeur, une odeur nauséabonde, ou... Euh... Sans forcément qu'il y ait un rapport avec le passé parce que j'ai jamais eu de traumatisme avec une voiture qui passe vite ou avec un bébé qui pleure ou quoi que ce soit, mais ce sont... J'suis très sensible aux... En fait tous mes sens sont... sont décuplés en fait.

D'accord.

– Je sens tout, j'entends tout... Je vois tout !

C'est en permanence ou c'est dans les moments de fragilité ?

– Plus dans les moments de fragilité, mais je dirais que c'est en état permanent. Quand je suis dans la rue, je suis une proie facile. J'ai... J'entends tout. Je suis à l'affût du moindre bruit en fait.

Vous êtes dans un état d'hypervigilance ?

– C'est ça, tout le temps. C'est très fatigant, parce qu'en fait, si vous voulez, en fait au début j'arrivais à le gérer, et je continue à persévérer à vouloir sortir. Et maintenant il y a une phobie qui s'est installée : la phobie de sortir en fait. Je souffre tellement de cette hypervigilance que je reste chez moi.

D'accord. Donc d'être chez vous, vous avez l'impression que ça arrange un peu la situation ?

– Ben chez moi ça m'arrange la situation parce que c'est très calme. J'ai changé de résidence de... de standing. Donc c'est très calme, c'est bien insonorisé, et je suis dans mes murs, je sais qu'il ne peut rien m'arriver.

D'accord.

– Et que si jamais il m'arrive quoi que ce soit, je vais dans mon lit, je me couche, je me mets sous la couette et c'est bon c'est réglé quoi.

D'accord.

– Ma porte est fermée à clé, je sais qu'il n'y a personne qui va rentrer, et voilà.

OK. Très bien. Ça c'était plus sur le plan émotionnel. Sur le plan purement « intellectuel », qu'est-ce que vous vous dites quand les voix apparaissent, quand vous voyez des ombres ou des personnes, ou quand vous sentez...

– Je panique.

Oui... Ça c'est plutôt émotionnel. Vous m'avez bien expliqué comment ça partait sur le plan émotionnel, mais sur l'autre plan, qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête ? Est-ce qu'il y a des réflexions qui se mettent en place ?

– Oui, oui, je me dis : « Jusqu'à quand ça va durer ? » Euh... Là en ce moment... Depuis quelques temps, j'essaie d'intellectualiser ce qui m'arrive et de mettre en place des stratégies. Donc je suis en train de penser aux stratégies que je peux mettre en place. Par exemple : « Prends du Loxapac°. », « Va te coucher ! », « Appelle les urgences. » Je suis en train d'élaborer des plans pour essayer de contrer l'angoisse et euh... Mais même après... Dans les périodes d'hallucinations auditives, cette même élaboration vient se rajouter au surplus de voix que j'entends... Donc c'est caduque en fait. Après pour les hallucinations visuelles et sensitives... Sensitives, non sensitives j'arrive jamais à intellectualiser, c'est... C'est trop puissant, c'est... trop réel en fait. L'hallucination visuelle j'arrive à l'intellectualiser, comme je vous disais tout à l'heure, quand je me retourne je vois quelqu'un, je me re-retourne parce que j'ai peur et je me re-retourne pour vérifier et je vois plus, là j'intellectualise. Je me dis : « Bon là tu étais en train d'halluciner, elle est pas vraiment chez toi, t'inquiète pas... » Et j'ai des phrases de réassurance dans ma tête.

D'accord. Vous avez établi des stratégies pour supporter ça.

– Voilà c'est ça. Je me dis : « Bon ben si ça t'arrange, va faire le tour de l'appartement, regarder s'il y a vraiment personne. », « Prends-toi du Loxapac°. »... Oui je suis beaucoup sur le Loxapac° ! « Prends-toi du Loxapac°. », « Vas te coucher. », « Appelle quelqu'un. », « Fais quelque chose ! » quoi. « Réagis ! ».

« Réagis. » D'accord. Et ça marche ?

– Ça marche très bien. Par contre pour les sensitives, vu que ça m'arrive la nuit, y'a aucune intellectualisation. C'est « Je subis. » et je... Par contre le recul là il arrive vraiment le lendemain vers dix heures, onze heures quoi. C'est-à-dire que jusqu'à dix heures, onze heures, je suis persuadée qu'il y a quelqu'un qui m'a touchée la nuit et que... et que mon père a réellement... Même si c'est irrationnel parce que mon père est décédé mais euh... je suis persuadée que... Par exemple j'élabore des choses complètement irrationnelles. Je me dis : « Il a été mal enterré, le rite d'enterrement a été mal fait, du coup son fantôme vient me hanter. »

D'accord. Mais ça vous vous le dites après ou pendant que ça arrive.

– Pendant. Et après, jusqu'à dix heures, onze heures. A dix heures, onze heures, quand je suis bien calmée, quand j'ai pris le rythme de la journée, je me dis : « Non là peut-être, effectivement, c'était un cauchemar. »

Oui. En fait vous réfléchissez déjà pendant l'événement et plusieurs heures après donc c'est déjà...

– Pour les sensitives, c'est bien bien après qu'il vient le recul. Très tard après. Je reste longtemps avec la sensation que c'est réel.

D'accord. Selon vous, est-ce qu'il y a des raisons particulières qui amènent les hallucinations à apparaître ?

– … Je pense que... J'ai une vie tellement difficile que j'ai envie de m'en extraire et que je m'invente un monde. En fait. Et... ce monde est peuplé de choses bizarres. D'hallucinations, de choses que je vois... Parce que des fois, oui je vous ai parlé que des hallucinations... néfastes. Mais des fois j'ai de belles hallucinations. Je vois des personnes que j'ai perdues, et j'ai pas envie qu'elles partent ces hallucinations-là, je m'y accroche. Donc en fait c'est que... Je pense... Pour répondre à votre question, c'est que je me suis inventée un monde, et quand je me replie dans ce monde, ben y'a tous ces symptômes-là du monde, de ce monde parallèle que je me suis créée en fait.

D'accord. Ce sont des parties d'un monde auquel vous aspirez en quelque sorte, plus ou moins consciemment ?

– C'est ça. C'est ça.

OK, très bien... Avez-vous remarqué si les hallucinations ont un retentissement sur vos relations avec les autres personnes ?

– Oui. Les auditives, je suis incapable de rentrer en contact avec quelqu'un, parce que si quelqu'un vient me parler, ça rajoute une voix... Donc généralement je deviens... J'ai des crises clastiques pendant ces périodes-là... J'agresse les gens verbalement et physiquement... Surtout physiquement. Parce que j'ai besoin d'une décharge corporelle tellement que dans la tête, c'est une pression intracrânienne tellement forte qu'il faut que ça se décharge par le corps. Heureusement pour moi, ça ne m'est arrivé qu'en milieu hospitalier, je m'en suis pris qu'à des soignants. Mais... Euh l'envie est là. Quand je suis dans le métro et que ça m'arrive, euh... j'ai envie de prendre la première personne et de lui taper dessus quoi.

Ah bon. Mais comment faites-vous pour contrôler ça ?

– Ben justement c'est parce que je pense qu'il doit y avoir une partie de moi qui n'est pas encore totalement déconnectée et qui me dit : « Attends de rentrer chez toi. Tiens bon ! Tiens bon ! Tiens bon ! Tiens bon ! » C'est très dur, je baisse la tête, je marche, je, je... D'ailleurs ça doit se voir que je suis angoissée parce que je suis déformée du visage, parce que voilà... Mais quand ça m'arrive dans la rue... Maintenant ça m'arrive pratiquement plus, mais à l'époque où ça m'arrivait j'avais quand même cette partie de conscience de moi-même qui me disait : « Tiens bon jusqu'à chez toi ! Tiens bon ! Tiens bon ! » Et je me disais : « Chez toi, décompense à fond ! Pète tout dans ton appartement ! Agresse tes chats ! Mais au moins tu seras chez toi. » quoi...

D'accord je comprends. Ça c'est pour les hallucinations auditives. Les visuelles et les sensitives, elles ont un impact ?

– Euh... Non parce que je suis toujours toute seule chez moi ?

Il me semble bien que c'est ce que vous m'aviez dit mais je vous posais quand même la question. D'accord.

– … Elles ont un impact sur mon comportement personnel. Par exemple quand j'ai des visuelles, il m'arrive de faire plusieurs fois le tour de mon appartement.

Oui oui...

– … Quand j'ai des sensitives la nuit... Ben euh j'suis morte de peur, j'ai de la tachycardie, j'ai des sueurs froides... Voilà, mais sur les autres personnes non, vu que je suis toujours toute seule.

Et oui d'accord. Une question peut-être un peu redondante : comment vous expliquez que vous, vous arrivez à percevoir ces hallucinations, à percevoir ces choses, et pas d'autres personnes qui peuvent être angoissées, ou d'autres personnes qui ont eu un passé difficile ?

– Je pense justement, c'est ce que je vous ai dit tout à l'heure, c'est parce que moi j'ai une volonté, je pense que c'est une volonté semi-consciente de vouloir me créer un

monde en fait.

D'accord, oui.

- … Et tellement j'ai la volonté d'échapper à ce monde qui me paraît tellement hostile, que c'est presque une jouissance de me réfugier dans ce monde parallèle. Et dans ce cas-là c'est moi qui entraîne... La plupart du temps... Pas pour les auditives, mais pour les autres c'est moi qui les déclenche en fait. C'est euh... J'ai tellement cette volonté d'échapper à ce monde qui me... Qui ne me convient pas que... Que voilà.

D'accord. Donc il y a une partie de volonté de vouloir s'échapper que tout le monde n'a pas ?

- Oui voilà. Peut-être que tous les gens ne trouvent pas ce monde si hostile, ou du moins s'ils le trouvent hostile ils arrivent à s'y adapter. Moi je le trouve non seulement hostile, mais non seulement je n'arrive pas à m'y adapter.

D'accord. C'est une raison de plus pour essayer de s'en échapper...

- Voilà c'est ça.

D'accord. Est-ce que vous pensez que les voix que vous entendez, ou les personnes que vous pouvez voir lors de vos hallucinations visuelles, et même les sensitives lorsque vous sentez votre père qui essaie de vous agripper, quelles sont leurs intentions selon vous ?... Est-ce qu'il y a des intentions déjà ?

- … Pour les voix non y'a pas d'intention... Pour les visuelles moi, j'ai toujours eu la croyance que c'est un message qu'on essaie de me faire passer.

Quelqu'un en particulier ?

- La personne que je vois, la personne qui est en train de me toucher.

D'accord. Donc c'est...

- Là on rentre un peu dans le paranormal en fait. C'est euh... Moi j'ai... Quand je vois des personnes, je me dis que... qu'elles reviennent sous forme... fantomatique pour me transmettre un message. Quand mon père m'agrippe et me touche, je me dis que c'est peut-être qu'il n'a pas eu le temps de me dire quelque chose dans son présent et qu'il a envie de me dire quelque chose. Euh... Quand je me sens touchée dans mon lit, je me dis... Là là c'est un peu différent, je me dis que c'est moi-même qui n'aie pas réglé mes soucis de viol, et que ça revient.

D'accord.

- … Donc en fait y'a toujours une raison en fait ! Pour les auditives non. Pour les auditives... Autant pour les visuelles et les sensitives c'est quelque chose qui m'affecte personnellement. C'est-à-dire que ce sont des personnes que je connais que je vois, des personnes que je connais que je sens qui me touchent, mon violeur, mon père, tout ça machin !... Autant les voix c'est complètement… C'est des pensées, comme je vous dis : « Non t'es dans le métro ! », « Non t'es dans la douche ! », « Non... ». C'est des trucs qui me sont pas propres en fait.

Je comprends. D'accord.

- J'ai jamais entendu de voix qui me dit... Qui me parle... Qui me parle quoi en fait.

D'accord. Oui d'accord qui ne vous parlent pas directement. Elles parlent mais pas à vous directement.

- Non c'est... C'est des pensées ! C'est pour ça que pour les auditives j'ai jamais su vraiment si c'était des hallucinations ou si c'était un emballement psychique, un emballement de ma pensée, ou... Moi je dis « hallucinations » parce que ça me paraît venir de l'extérieur, puisque c'est pas moi qui le déclenche, parce que c'est une telle souffrance que ça peut pas être moi qui le déclenche, parce que je veux pas ça quoi. Donc euh... Mais ça reste quand même des pensées. Des pensées neutres. Donc je sais pas vraiment si c'est hallucinations ou emballement psychique, ou pression intracrânienne. Je... Je sais pas.

D'accord. Dans le fond le nom ne change pas grand-chose mais vous, vous l'avez mis dans cette catégorie-là.

– Oui.

Pourriez-vous vous rappeler votre vie, le contexte dans lequel vous viviez quand les hallucinations sont arrivées pour la première fois ?

– Oui. Ça je m'en rappelle très bien. J'étais hospitalisée quand j'avais fait ma tentative de suicide au Destop°. J'étais en soins intensifs (je suis restée deux ans aux soins intensifs), et les premières hallucinations sont arrivées parce qu'on me donnait une forte dose d'Haldol°, et je pense que j'ai fait un syndrome malin des neuroleptiques.

D'accord.

– … Et dans mon box de chambre d'hôpital, je voyais des cochons, je voyais des vaches, je voyais des... des trucs. Je voyais des trucs voler dans la chambre.

Oui d'accord.

– Ça je m'en rappelle très bien, c'est la première fois où j'ai eu des hallucinations.

D'accord. Donc là vous pensez que c'était induit par l'Haldol° ?

– Ouais.

D'accord... Et les premières hallucinations que vous avez eues... Je veux dire les hallucinations dont on parle depuis le début... ?

– Alors c'était sous cannabis.

Ah d'accord. OK. Donc c'était ce que vous m'avez décrit, mais sous l'influence du cannabis.

– Voilà. C'était un soir en pleine rue. Euh... J'étais dans un foyer parce que... Bon je... Mes parents m'ont abandonnée tout ça. Et j'étais sortie le soir, j'avais fumé du cannabis dans une cabine téléphonique, et là... Attaque de panique. Direct. Déréalisation. Hallucinations auditives, visuelles et sensitives, les trois en même temps. Réfugiée dans ma cabine téléphonique, incapable de bouger, et... j'ai réussi quand même au bout de... facilement trois quarts d'heure, trois quarts d'heure que je suis restée dans cette cabine téléphonique, à appeler mon foyer et à demander qu'on vienne me chercher. Et j'étais tellement déréalisée que je ne savais pas où je me trouvais. On a dû me faire décrire les lieux que je voyais autour de moi, et c'est eux qui ont trouvé, en fonction de la description que je leur faisais de ce que je voyais autour de moi, qui ont réussi à me localiser.

Oui. D'accord... Ça a dû être extrêmement compliqué pour vous j'imagine.

– Oui. Et c'était sous forte consommation de cannabis. Et c'est d'ailleurs depuis ce jour-là que j'ai arrêté le cannabis.

D'accord. Le cannabis s'est arrêté mais les hallucinations se sont poursuivies ?

– Voilà oui. Et je pense que c'est des séquelles du cannabis puisque je consommais énormément avant.

D'accord... OK. Vous m'avez déjà répondu en partie à cette question tout à l'heure. Est-ce que vous pensez que les hallucinations sont en rapport avec un ou des événements qui se sont passés dans la réalité ? Vous m'avez déjà dit que pour les sensitives, il y avait un lien avec le viol... ?

– Oui.

Il y a d'autres choses peut-être ?

– Non. Ben le décès de mon père.

Oui OK. Donc ça c'est pour les... C'est à la fois pour les visuelles et les sensitives, parce que votre père, vous le voyez si j'ai bien compris.

– Oui je le vois oui.

Et pour les « autres » visuelles, vous pensez qu'il y a un événement réel ?

– Oui ce sont toujours des personnes que j'ai connues que je vois.

D'accord. Que vous connaissiez personnellement ?

- Oui.

Et ce sont là aussi des personnes décédées ou elles peuvent être encore vivantes ?

- … Euh... Non la plupart décédées... Ou alors en rupture totale avec moi, où je n'ai plus de lien quoi.

D'accord. Vous ne savez pas trop ce qu'elles sont devenues... ?

- Voilà c'est ça.

Et les hallucinations auditives ? Il peut y avoir un lien avec un événement particulier ?

- Ben non c'est ce que je vous disais les hallucinations auditives ce sont des pensées neutres. C'est pas des...

D'accord... Juste une dernière question : est-ce que vous en parlez avec des gens, en dehors de la psychiatrie ?

- Non.

Une raison particulière ?

- La honte...

Entretien 10

La dernière fois, lorsque nous nous étions vus, vous m'avez parlé de « chuchotements » que vous pouviez entendre. Est-ce que vous pourriez me décrire un peu plus précisément ce qu'il se passe quand ça arrive ?

- Euh... Ce qu'il se passe...

Quand les chuchotements surviennent en pratique...

- Ce qu'il se passe autour de moi ?

Pour vous, quand vous les entendez, qu'est-ce qu'il se passe ?

- Je suis désolée c'est vraiment super large comme question et je...

Ce sont des chuchotements de personnes que vous connaissez ? Ce sont des voix que vous connaissez ?

- Non non. C'est juste des chuchotements, quelque chose que j'arrive pas à identifier ce qui est dit... C'est une parole qui apparaît comme n'ayant aucun sens...

D'accord. Par rapport à ces chuchotements, vous comprenez ce qu'il se dit quand même quand vous les entendez ?

- Ben... Pas trop non. Non.

D'accord ce n'est pas distinct.

- Mais c'est juste que ça revient.

Oui. Ça revient... régulièrement ?

- … Je... Je sais pas justement j'ai pas réussi à identifier ni de fréquence, ni de déclencheur, ni quoi que ce soit...

D'accord. Ça fait longtemps que vous les entendez ?

- … Mmh... Ça fait quelques années.

Oui.

- Je pense que ça date d'après, peut-être la fin de mon adolescence. Vers la fin du lycée.

D'accord donc ça fait quelques années que ça survient, vous me dites sans contexte particulier qui les fait apparaître...

- … Enfin pas que j'ai pu identifier en tout cas quoi.

D'accord, OK. Comment vous vous sentez, sur le plan émotionnel, quand ça apparaît ?

– Ben ça met pas ultra à l'aise. Ça met pas du tout à l'aise, parce que ça me fait aussi douter de ce qu'il se passe autour de moi, sur le moment, et de ce qui appartient... Ce que je dois considérer comme vrai et ce que je dois pas considérer.

D'accord.

– … Parce que des fois on me parle vraiment en chuchotant et d'autres fois juste que pas du tout quoi et...

D'accord. Quand vous l'entendez ça vous fait douter de tout.

– Oui, mais euh... Après euh... C'est court en général, et y'a des journées où ça peut revenir, et d'autres fois il peut se passer plusieurs semaines sans... Non pas trop plusieurs semaines sans quand même. Mais euh... Je sais pas trop j'ai oublié le début de la question !

Non c'est bon vous avez bien répondu, que ça ne vous mettait pas à l'aise et que ça vous faisait douter sur beaucoup de choses en général sur votre environnement, sur ce qu'il peut se passer autour de vous. Ça répond à la question. Qu'est-ce que vous vous dites quand ça apparaît ?

– Ben déjà... Enfin... Ce que... Est-ce que c'est possible de définir un peu plus la question ?

Les questions sont larges, c'est fait exprès pour que l'on puisse en discuter.

– Ah OK. D'accord.

Le sujet n'est pas forcément facile à aborder. Par exemple, la dernière fois que le chuchotement est arrivé, pas sur le plan émotionnel mais sur le plan « intellectuel », qu'est-ce que vous vous êtes dit ? Est-ce que ça a engagé une réflexion ? Un commentaire de votre part ?

– Euh... Je me suis dit que c'était super bizarre mais qu'il valait peut-être mieux que j'ignore ça, sinon j'allais flipper et... Il fallait pas. Du coup, je le considère comme quelque chose existant, mais peu, très peu, très peu, et pas besoin de m'en préoccuper.

D'accord. Vous essayez de le mettre de côté, un peu comme s'il n'était pas là.

– Ben tant que... On va dire tant que ça interfère pas trop avec ma vie, je peux... Je peux le faire en fait, je peux le mettre de côté donc ça va. Parce que... c'est gênant dans les moments où je suis avec beaucoup de personnes, souvent, ou quand je vois des gens, souvent parce que du coup je sais vraiment pas du tout si c'est qu'ils m'ont dit un truc et que sur le moment j'étais à l'ouest et je les ai pas entendus, ou s'ils m'ont rien dit, si je dois redemander des trucs...

D'accord.

– … Et entre les moments où je suis déjà pas bien concentrée et... C'est...

Oui. Ça peut interférer dans vos relations avec les autres personnes, si vous êtes en train de parler et que le chuchotement arrive en plein milieu, ça peut vous perturber ?

– Ouais, parce que sur le moment j'oublie... Enfin j'oublie ce qui a été dit quoi. Ça existe plus. Mais globalement ça va quoi... C'est... C'est un peu gênant quand j'ai des entretiens, mais sinon ça va.

Sinon ça va. OK. Au travail ça vous a déjà dérangée ?

– Euh... Ben au travail on a des bouchons d'oreilles donc du coup je sais que les chuchotements, si je les entends de cette manière c'est qu'en fait, c'est pas quelqu'un qui me parle quoi, c'est vraiment juste...

D'accord. Ces chuchotements, vous les entendez dans votre tête ? Ou venant de l'extérieur ?

– … Non c'est plus venant de ma tête. Mais... Mais d'une manière qui fait que parfois on dirait vraiment que ça vient de l'extérieur.

D'accord...

– Mais...

Avez-vous remarqué si ça pouvait venir d'un autre endroit parfois ?

– … Non.

Est-ce que vous avez remarqué si le chuchotement était plus fréquent dans certains lieux ?

– Euh... Non. C'est... C'est non. Mais c'est juste oui non le truc j'ai rien réussi à définir par rapport à ça quoi. Enfin... Je... Ça peut arriver partout et n'importe quand, mais ça arrive pas non plus trop trop souvent.

OK. Donc pas de lieu préférentiel. Et au niveau du moment dans la journée vous m'avez dit pareil : ça peut survenir le jour, la nuit ?

– … Plus le jour que la nuit. La nuit c'est pas la même chose quoi, c'est des bruits de pas, des trucs comme ça. Mais je pense que c'est juste... Enfin dans un lieu fermé, le cerveau, il se monte la tête tout seul, mais voilà quoi c'est pas... C'est pas pareil.

D'accord. Vous m'avez déjà un peu répondu tout à l'heure, mais vous n'avez pas remarqué de choses particulières qui pouvaient déclencher l'apparition du chuchotement ?

– … Non. Enfin...

Que ce soit des événements de l'extérieur, ou des états émotionnels particuliers... ?

– Je sais pas. Je dirais que ça a plus tendance à survenir quand je suis un petit peu tendue, mais vraiment pas trop, ou quand au contraire ça va et du coup ça me tend. Enfin c'est... Je... Voilà quoi. J'ai pas identifié un truc précis.

Oui d'accord. Selon vous, quelles raisons amènent les chuchotements à apparaître ?

– Mmh je dirais que... Honnêtement j'en sais trop rien, mais l'explication qui me paraît plausible c'est que je flippe tellement qu'on vienne me demander des choses que je m'imagine qu'il y a quelqu'un qui vient me les demander et que j'arrive pas à identifier, et que donc ça fait monter mon stress parce que je sais pas ce qu'on me demande.

D'accord.

– Mais euh...

C'est une sorte d'appréhension d'une situation qui ne va pas forcément arriver ?

– Ben euh... Ça pourrait. Mais après en soi... Vu qu'il y a aussi beaucoup de moments où y'a rien... Je sais pas quoi. Mais vu que je sais que j'ai toujours peur qu'on me dise que je fais mal quelque chose ou... Tout ça... C'est peut-être, c'est peut-être ce truc-là quoi.

Oui on est là pour en discuter. C'est bien si vous avez des idées. Toujours selon vous, quelle explication peut-on donner au fait que vous, vous entendiez ces chuchotements, et pas quelqu'un d'autre qui peut être dans la même situation ou le même état émotionnel que vous ?

– Ah euh... Enfin je sais pas chez moi ça me paraît logique vu que je suis très déterministe et tout. Enfin qu'il y a eu quelque chose à un moment dans ma vie qui a fait que peut-être je peux avoir ça et quelque chose s'est passé ou s'est pas passé dans la vie d'une autre personne et qui fait que ça n'arrive pas quoi.

Donc pour vous c'est dû peut-être à un lien avec un événement de votre passé ?

– Mmh non pas forcément c'est... C'est juste que pour moi c'est pas quelque chose d'inné, qui faisait partie de moi, où j'suis née, ou quand j'étais un fœtus, ou c'est...

Oui vous voulez dire que c'était pas écrit que vous alliez entendre ces chuchotements à un moment donné...

– Oui.

… C'est quelque chose qui a fait que c'est arrivé « en cours de route »... ?

– Ben je sais pas si c'est un événement ou une répétition de petites choses, ou euh... Ou... Je sais pas enfin. La vie, les choses que soi-même on se force à penser, à faire, ou tout ça.

D'accord...

– Pff je sais pas !

Mais pourquoi pas ? Je n'ai pas la réponse non plus !

– Oui... Enfin après quand je parle de déterminisme c'est plus dans un sens sociologique.

Oui c'est-à-dire ?

– Que... ben là ça n'a rien à voir mais j'ai ma petite sœur qui, quand elle parle de matérialisme, elle parle de philosophie et... Et y'a des différences dessus.

D'accord.

– … Désolée c'est un peu hors sujet.

Non non. Est-ce qu'à votre avis, les chuchotements, ou les personnes à l'origine des chuchotements, ont des intentions particulières à votre encontre ?

– Moi je suis pas persuadée qu'il y ait des personnes qui soient directement à l'origine de ça quoi, c'est...

D'accord... Est-ce qu'il y a un but particulier dans ces chuchotements ?

– Je... j'en sais rien c'est... Je sais pas. Si on part du principe que les choses ont un but, alors y'a un but mais je... Je vois pas lequel...

D'accord. Sauriez-vous me resituer votre vie, le contexte dans lequel vous viviez, la première fois que vous avez entendu ce chuchotement ? Vous me parliez de la fin de votre adolescence...

– Mmh ben... J'étais au lycée, ça m'intéressait pas, j'habitais chez mes parents, je détestais ça, il se passait rien de bien dans ma vie. Enfin... C'était... assez déprimant.

Oui...

– Fallait aller en cours tous les matins... Et surtout pas se plaindre et pas vouloir ne pas y aller, sinon on s'en prenait une !... Du coup voilà, c'est... Enfin... C'est pas un contexte de merde mais c'est pas non plus un contexte bien.

D'accord. Et vous vous rappelez du moment où vous avez entendu des voix pour la première fois ?

– Non.

Pas spécialement...

– Non je pense que la première fois, j'ai probablement dû me dire que c'était quelqu'un à côté de moi, ou mes parents, ma sœur, dans une chambre à côté. Aussi j'ai toujours habité avec des gens et... J'ai rarement, enfin... J'ai eu ça du coup dans ma première année mais... Première année après le lycée.

Oui d'accord.

– Vu qu'avant je vivais avec des gens je pense qu'il y a peut-être des moments où je me suis dit : « Ben c'est vraiment bizarre mais c'est peut-être juste que je suis habituée à être avec des gens et... Que c'est ça quoi ! ».

D'accord. Peut-être oui.

– Ouais mais bon. J'ai eu des passages à être seule dans un appartement, chez moi. A ce qu'il n'y ait pas de voisin à côté ou quoi, et ça vient quand même.

Ça a été présent quand même.

– Oui quand même.

OK. Est-ce que vous en parlez ? A part aujourd'hui, est-ce que vous en avez déjà parlé avec les soignants ou avec...

– Non ! Non...

… Avec votre famille, ou avec un ou une meilleur(e) ami(e) ?

- Non. Non non. C'est quelque chose. Ça a pas pour l'instant d'incidence positive ou négative sur ma vie. J'ai pas envie d'en parler à d'autres personnes et... Je préfère pas le faire.

Entretien 11

La dernière fois que nous nous sommes vus, vous m'avez parlé d'odeurs que vous pouviez sentir, mais que les autres autour de vous ne sentaient pas. Est-ce que vous pourriez me décrire brièvement ce qu'il se passe en pratique quand ça arrive ?

– Alors quand ça arrive euh... Alors c'est souvent quand je suis en société, enfin dans les magasins, dans... Dans la rue... Mais surtout dans les magasins, ou en famille, mais rarement quand je suis seule.

OK...

– Donc, c'est pour ça c'est la raison pour laquelle je pose la question : « Vous sentez cette odeur ? Vous sentez cette odeur ?». « Mais non, mais non, mais non... ». Je change de pièce et cette odeur est toujours avec moi. Mais des fois elle est très très très... C'est très intense quoi. C'était... Et puis au bout d'un moment elle disparaît... Alors ça peut durer de trente secondes à deux minutes.

D'accord.

– Et je change, je vais même dehors. Je me regarde les pieds, etc... Je regarde, mais non, y'a rien...

Qu'est-ce que c'est comme odeur ?

– C'est une odeur... Une odeur de... Une odeur de cadavre, de putréfaction... De mort.

D'accord. C'est toujours le même type d'odeur ou ça peut changer ?

– C'est toujours le même type...

OK. Avez-vous remarqué s'il y a des éléments qui peuvent déclencher l'apparition des odeurs ?

– Oui. Alors oui effectivement. Il y a quelques mois, j'ai eu le décès de ma meilleure amie. Ça m'a beaucoup... Voilà... Puisque quand on ferme le cercueil etc... J'étais là. Pour lui fermer les yeux etc... J'étais là. Et l'odeur qu'ils mettent aussi, quand on embaume et tout... Cette odeur elle revient beaucoup aussi. Elle revient beaucoup mais mélangée avec l'odeur de la mort quoi. C'est voilà... Là ben y'a ma maman, la chimio, tout ça, toutes ces odeurs qui se mélangent... Et puis quand j'en sors et ben ça se transforme... C'est une odeur qui me suit mais c'est pas l'odeur que je ressens là-bas, c'est une odeur fabriquée par mon cerveau...

D'accord oui.

– … Et qui me dit : « Tiens je suis là. Je vais pas te lâcher. N'oublie pas ! ». Voilà. Et puis elle s'en va... Voilà.

L'odeur s'en va. Spontanément... ?

– Spontanément. Mais elle me suit partout. Elle me suit. J'ai beau m'asseoir, changer de pièce. Des fois j'étais dans un bar avec des copains, j'ai dû changer de table, j'étais dehors, et elle m'a suivie jusqu'à dehors !

D'accord.

– Et tout à coup, elle s'en va. Pourquoi ? Je ne sais pas.

Vous ne savez pas... D'accord. Qu'est-ce que vous ressentez comme émotion quand ça apparaît ?

– Alors au début, la première fois... De la colère. Parce que je me suis dit : « Mais c'est pas possible ! Mais c'est quoi ça ? » parce que je pensais que c'était des gens qui...

Oui ?

– … Qui ne sentaient pas très très bon. Et puis on m'a dit : « Mais t'es folle ! Ça sent super bon quoi ! ». Et j'ai dit : « Mais non ! Non non. C'est pas possible, vous pouvez pas sentir ! Ça sent, vous vous êtes pas lavés ? Ça sent le pipi, le caca, le... Tout ! Les égouts ! ».

D'accord...

– Et ils me disent : « Non mais y'a que toi qui sent ça. Y'a que toi. ». Et... C'était quoi

votre question déjà ?

Vous me disiez que ça générait de la colère les premières fois...

– Oui la colère, et puis après beaucoup d'interrogations. Je me suis demandée si j'étais pas... Si j'étais pas folle.

Oui d'accord.

– … Parce que mon meilleur ami m'a dit : « Mais attends, tu sais qu'on peut avoir des hallucinations olfactives. » et effectivement... Euh... Visuelles et hallucinatoires. Euh... Je l'ai pas trop cru. Je me suis dit. Euh... Parce que j'en ai jamais parlé à personne, et puis j'avais jamais entendu ça !

Oui je comprends.

– … Parce que chez moi ils sont tous dans le milieu médical, et euh... On m'a jamais parlé de ça quoi... Mais bon j'ai jamais parlé de ça non plus...

Ça n'a jamais été un sujet de discussion... ?

– J'ai un peu honte forcément... Voilà, d'arriver quelque part, et tout à coup ça m'entoure en fait. C'est un truc qui m'entoure, et mais une odeur, mais c'est nauséabond ! C'est terrible, ça donne même envie de vomir !... C'est... Et ça me donne des haut-le-cœur. Je vous le dis. Ah oui des haut-le-cœur !

Est-ce que ça peut générer d'autres émotions que la colère ?

– Alors la colère... Bon, la colère non elle part vite. Mais la peur.

D'accord.

– La peur parce que j'ai l'impression de... J'ai l'impression à ce moment-là de me retrouver seule avec moi-même quoi. J'ai l'impression d'être... C'est pour ça j'ai l'impression quand ça m'arrive d'être en retrait parce que je me dis : « Là y'a un problème. » quoi. Je ne peux pas... Je ne peux pas discuter avec quelqu'un alors que je sens la mort quoi. C'est impossible. Donc je me retire, et donc la plupart du temps je ne sors plus.

Donc ça a un impact sur vos relations avec les autres personnes ?

– Complètement ! Même, j'évite de rester trop longtemps dans les magasins, dans les bars... Tout à fait.

D'accord. OK. Vous avez dit que ça pouvait survenir surtout dans les lieux où il y a du monde ?

– Oui.

Est-ce que vous avez remarqué s'il y avait des lieux en particulier ?

– Alors, ben c'est souvent quand je vais faire mes courses. C'est souvent quand je vais boire mon café, toujours au même endroit. Et chez moi ça m'est arrivé... Alors euh... Dans mon premier appartement où je me suis faite violer.

D'accord.

– Euh... Juste après mon viol, quelques temps après mon viol, euh... Ça a été le début...

Ça a été la première fois que c'est apparu, à ce moment-là ?

– Ouais, tout à fait. C'était maintenant il y a bientôt quatre ans et demi...

D'accord. C'est la première fois, après ce viol, où vous avez senti... ?

– Oui, toutes les odeurs. Toutes ces odeurs. Tout tout tout tout... Voilà.

D'accord, OK. Il y a des moments dans la journée où vous avez l'impression que ça peut arriver plus facilement ? Plus fréquemment ?

– Euh quand je suis seule et angoissée ouais... Euh quand je suis seule et angoissée et euh... Quand je suis profondément triste oui.

D'accord...

– Profondément, au fond, vraiment... Pas angoissée. Je suis démoralisée, et très très très anxieuse. L'anxiété... L'anxiété me bouffe la vie. Ça me ronge quoi.

Oui.

– … Et mon cerveau est toujours en ébullition il faut le savoir. Là ça va, je le pose pour « voir juste », mais je sais que quand je vais sortir, je vais me poser moult questions. Parce que là je vous parle mais je pense déjà à ce que je vais faire demain, après-demain, et etc... Et à ce que je vais faire là, dans une heure.

D'accord.

– J'ai des problèmes de concentration oui, parce que mon cerveau n'arrête pas. Il ne fait que ça, réfléchir, réfléchir, réfléchir... Il n'est jamais au repos, je ne dors que quatre heures par nuit moi donc...

OK. Ça c'était plus par rapport à l'état psychologique dans lequel vous êtes et qui peut faire apparaître ou pas ces sensations, mais avez-vous remarqué si les odeurs pouvaient être plus fréquentes le matin ou le soir, ou la nuit... ?

– Alors pas du tout la nuit. Jamais la nuit !

D'accord...

– Et alors elles apparaissent tout le temps, elles sont toujours apparues dans la journée.

OK. Après ça peut être à n'importe quel moment de la journée ? Il n'y a pas de moment qui est ressorti ?

– Non, ça a été toujours dans la journée. Alors c'était souvent... Ça a été quatorze, quinze heures, quand je vais faire les courses, ou en soirée... Ou en soirée, à partir de dix-neuf heures jusqu'à vingt-deux, vingt-trois heures.

D'accord...

– Après plus rien. Mmh mmh, tout à fait.

Plus rien du tout... OK. Selon vous, quelles explications on peut donner au fait que vous perceviez ces odeurs ?

– Alors moi l'explication que j'ai, c'est qu'elles arrivent souvent quand la nuit tombe. Et moi j'ai une peur... Enfin une peur, euh... Dès que la nuit tombe, la nuit c'est pas... C'est pas top pour moi. Et en fait voilà, c'est là qu'elles arrivent oui : quand c'est sombre et qu'il n'y a plus de... Voilà... J'ai l'impression d'être dans un cercueil en fait.

D'accord.

– C'est... Voilà, dès que le jour se lève, tout revient... mmh mmh.

D'accord, mais est-ce que vous avez une idée sur le fait que le soir, ou quand vous êtes angoissée, vous, vous percevez ces odeurs, alors que d'autres personnes qui peuvent être angoissées ne les perçoivent pas ?

– Ben je connais personne d'angoissé à part moi en fait dans mon entourage...

D'angoissé ? Vous ne connaissez personne d'angoissé dans votre entourage ?

– Dans mon entourage non. Je suis la seule... Parce que je ne m'entoure pas... Alors il faut savoir que normalement ici on me demande d'aller à côté [NdR : au CATTP]. Le problème c'est que ce sont des gens qui me ressemblent peut-être un peu trop, donc je m'entoure de gens qui sont relativement sains.

Ah oui d'accord...

– Je ne veux pas être avec des gens qui sont comme moi. Parce que je veux avancer. Je ne veux pas, ils me font peur.

D'accord.

– … Parce qu'ils me renvoient mon image...

Je comprends.

– Donc ça ne me fera pas avancer.

D'accord. C'est une bonne explication.

– Non c'est la seule qui me va. Et effectivement voilà, j'ai trois amis. Trois amis qui sont, voilà, dont un psychiatre, et euh... Peu importe hein ! Et un docteur généraliste. Et ils me disent : « Mais t'as vachement de recul vis-à-vis de ça. » Ouais. Non non, je veux m'entourer de gens qui sont... Qui ont un esprit relativement sain puisque le mien je le perds, je l'ai perdu... Voilà, peut-être qu'un jour il reviendra !

OK. A votre avis, est-ce que les odeurs ont une intention particulière quand elles viennent ? Y'a-t-il une raison particulière ?

– Alors c'est peut-être pour me rappeler... Moi je me dis euh... Je sais pas, mais c'est souvent, ça a été quand avant, quelques heures avant j'ai eu une crise d'angoisse terrible.

D'accord.

– … Où je me suis engueulée... Enfin « engueulée »... Où je me suis un petit peu accrochée avec quelqu'un parce qu'on était en désaccord... Euh... Ça peut être familial, ça peut être machin. Et c'est... Et « pim » !

D'accord. Donc ça c'est plus une conséquence, l'apparition serait plus une conséquence. Après, les odeurs en elles-mêmes, est-ce qu'elles ont un but par rapport à vous ?

– Ben... Elles me terrifient pas, mais elles me perturbent. Parce que j'ai pas besoin de ça et puis c'est embêtant parce que des fois je ne lis pas. Des fois je suis en voiture, ou n'importe quoi, voilà, je conduis et je la sens, je la sens... Y'a des gens et j'ose pas. Sauf à ma nièce, je lui dis : « Tu sens ? », et elle me dit : « Non... ». Elle comprend de suite.

Ah oui d'accord.

– Des fois c'est des odeurs de vomi... Je sais pas comment vous expliquer. Des odeurs de... Mais c'est des trucs... C'est que du mauvais quoi ! C'est la gerbe ! Excusez-moi. Je... Voilà. C'est comme de la gangrène. Vous voyez les gens qui... ? Une bonne gangrène ! Ou voilà... Et ben c'est ça...

D'accord. OK. Toujours selon vous, pensez-vous que ces odeurs qui apparaissent sont en lien avec un épisode qui s'est passé dans la réalité ? Dans votre passé ?

– Oui, je pense... Euh... Bon ben j'ai pas eu une super enfance, je sais pas si je vous en ai parlé mais voilà. J'ai pas eu... Voilà, j'ai eu un père... C'était pas un père c'était un géniteur, donc... Je me suis fait violer par mon géniteur. Donc euh... Après je me rappelle pas avoir été heureuse. Déjà à douze ans je voulais me suicider, donc déjà... D'où voilà [NdR : montre ses scarifications au poignet]. A dix-neuf ans je l'ai fait. Voilà. Et faut savoir que oui, j'ai toujours été mélancolique et tout, et c'est vrai que... je n'ai jamais senti... Alors la seule fois où j'ai senti de bonnes odeurs, c'est quand j'allais mieux avec mon traitement. Je sentais... Je voyais les oiseaux chanter, je sentais l'herbe coupée, l'herbe fraîche... Aujourd'hui je sens plus ça, je sens que du mauvais...

D'accord.

– Je n'arrive pas, parce que moi je n'ai pas un odorat développé, il faut le savoir. J'ai pas un odorat développé du tout parce que j'ai un problème de sinus, donc je comprends pas pourquoi je sens ces odeurs là...

Et vous pensez que...

– .. Qui me...

Qui vous envahissent ?

– A la limite qui me piquent les yeux quoi ! C'est ce truc...

Et vous pensez que tout ça ça a un rapport avec votre enfance dont vous parliez tout à l'heure ?

– Oui. C'était de la merde. Je vais vous le dire, c'était de la merde ouais. Ben j'ai pas eu d'enfance, j'ai pas eu d'adolescence, et de vie de femme... Ben super ! Donc pas

top, donc voilà. A trente-huit ans, voilà... je suis née à trente-huit ans. J'en ai quarante-six bientôt. Voilà.

D'accord... pour terminer, est-ce que vous avez remarqué si vous pouviez les contrôler ces odeurs ? Les faire apparaître, les faire disparaître ?

– Alors je fais tout pour aérer et tout ça, mais à un moment donné je me dis : « Mais putain sortez ! Mais c'est pas possible ! Mais sortez ! », et puis ben non.

« Ben non » ?

– Ben non. Elles s'en vont au bout d'un moment, et je les laisse partir.

Elles s'en vont toutes seules ?

– J'en rigole des fois j'en rigole. Parce que je sais que les autres les sentent pas, au bout d'un moment. Donc je me dis... Alors j'ai toujours un spray, ou alors... Vous allez rire, un « Baume du Tigre° » là.

Ah oui.

– Toujours. Comme ça je fais ça [NdR : mime une application de baume sous les narines], et hop !

Ça ça vous aide à les faire partir ?

– Ben disons que quand je sens beaucoup, je m'en mets là, le Baume du Tigre°, donc je sens que le Baume du Tigre°.

D'accord. Ça envahit en quelques sortes les autres odeurs ?

– Voilà ! Comme je sais que les autres les sentent pas, je sais qu'il y a que moi. Donc je me mets vite du Baume du Tigre°, donc comme ça hop ! Et elles disparaissent... Alors je les sens tourner un peu. Tourner, tournicoter. Mais au bout d'un moment, moi comme je sens vraiment le Baume du Tigre°, voilà.

Très bien. OK.

Entretien 12

Lorsque nous nous sommes vus lors du premier entretien, vous m'avez parlé de voix que vous pouviez entendre. Alors c'était plus une radio qui grésillait vous m'avez dit...

– Oui.

… Vous m'avez aussi parlé de choses que vous pouviez voir et que les autres ne voyaient pas. Est-ce que vous pourriez me décrire un peu dans le détail ce qu'il se passe quand ça arrive ?

– Euh... Alors je me rappelle plus précisément d'une nuit où j'étais chez mon ex, et euh... je me suis mise à crier parce que j'avais vu un monstre. Et euh je me rappelle que je faisais que le voir et que ça voulait pas partir.

D'accord...

– Et euh je voulais aller aux toilettes mais je voulais pas y aller seule. J'étais carrément rattachée à mon ex par peur qu'il arrive quelque chose.

Vous étiez réveillée à ce moment-là ?

– Oui. Et en revenant des toilettes j'étais en mode : « Non ! Je peux pas retourner dans la chambre ! Y'a quelqu'un ! Il va me tuer, il va me faire mal ! » Nanani nanana... Après je disais que j'ai vu des portes... imaginaires.

D'accord.

– … Qui menaient vers je-ne-sais-où.

Oui.

– Et... parfois j'ai vu Dieu et tout...

… D'accord. Ça c'était pour les choses que vous avez vues. Et pour ce qui est de ce que vous entendez, est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?

– Ça c'est assez complexe parce que je sais pas, je comprends pas. Y'a des fois où j'ai les oreilles qui sifflent, soit d'un coup je vais plus rien entendre. Les oreilles qui vont se boucher.

Oui d'accord.

– … Soit... Ben ça va grésiller dans mes oreilles.

D'accord. Ça c'est plutôt des bruits. Est-ce que vous entendez des voix ou des personnes parler ? Des choses un peu plus distinctes ?

– Euh... Des fois ça m'arrive, mais c'est surtout les oreilles qui sifflent et des trucs comme ça.

OK. Quand ça apparaît, alors soit les grésillements ou les voix dans les oreilles, soit la personne ou les portes dont vous avez parlé, est-ce que vous sauriez me dire dans quel état émotionnel vous êtes ?

– En panique.

Ça c'est avant ou après que ça arrive ?

– Pendant...

OK. Et avant que ça arrive, comment êtes-vous ?

- …

Il n'y a pas forcément d'état particulier.

– Ouais je sais pas...

Est-ce que vous avez l'impression que c'est dans les moments d'angoisse ou dans les moments de stress par exemple, que ces manifestations peuvent apparaître plus facilement ?

– Ben ça peut arriver dans les moments d'angoisse... Après j'ai pas spécialement fait attention...

D'accord. Ça ne vous a pas « frappée » qu'à chaque fois que vous êtes angoissée ou autre, les oreilles commencent à grésiller ou...

– Si les oreilles qui grésillent, si.

Ah d'accord.

– Mais sinon... Je vois pas.

OK. Qu'est-ce que vous vous dites quand ça apparaît le grésillement ? Ou quand vous voyez ces portes, ou quand vous voyez des personnages ? Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête ?

– Ben que c'est réel.

D'accord...

- …

D'autres choses que vous vous dites peut-être ?

– Ben quand c'est les oreilles qui sifflent c'est très désagréable. Du coup souvent je me bouche les oreilles.

D'accord oui.

– Parce que c'est vraiment... Mais horrible. C'est... Oui c'est très sensible.

Oui d'accord... OK. Le grésillement ou les voix que vous entendez, vous avez l'impression qu'ils sont dans votre tête directement ? Ou que ça vient de l'extérieur ? Comme quand là je suis en train de vous parler ?

– Non dans la tête.

C'est dans votre tête. D'accord. Ça peut venir d'un autre endroit parfois ?

– Mmh... Je sais pas.

D'accord. OK. Avez-vous remarqué s'il y avait des endroits particuliers où ce genre de manifestations survenait ?

– Non.

Non. L'épisode dont vous m'avez parlé c'était chez vous ? Ou chez votre ex-compagnon ?

– Ouais...

D'accord... Il y a eu d'autres endroits où ça a pu arriver ?

– Mmh... Oui, une fois, je me rappelle. J'étais à la mer avec ma mère et ma sœur, et je me sentais observée...

D'accord...

– J'avais l'impression qu'on me suivait, et qu'il y avait des bombes et que ça... Enfin qu'ils allaient faire péter le quartier quoi.

Ah d'accord. OK. Ça c'était en vacances à la mer, il y a eu chez vous, d'accord. Est-ce qu'à l'hôpital ça a pu arriver ce genre de choses ?

– Ici ?

Ici ou dans l'autre clinique où vous avez été... ?

– Ben en ce moment, j'ai... J'ai les oreilles qui sifflent.

D'accord. Et il y a eu des visions ?

– Non mais j'ai les oreilles qui sifflent.

D'accord. Y'a-t-il un moment dans la journée où ça survient plus facilement ?

– J'ai pas fait attention.

Oui ? Ça peut survenir le matin ? Le soir ?

– Oui ça peut venir le matin comme le soir, comme l'après-midi...

Ça peut survenir la nuit ?

– Oui.

D'accord il n'y a pas de moment particulier. OK. Selon vous, est-ce qu'il y a des choses qui peuvent déclencher les grésillements ou les voix dans les oreilles, ou les visions ?

– … Euh... Peut-être l'angoisse... Ou la fatigue. Sinon je sais pas...

Oui ? Vous avez peut-être remarqué que quand vous étiez plus angoissée ou plus fatiguée, que ça pouvait apparaître plus facilement ?

– Euh... Ouais...

Vous n'avez pas l'air très sûre mais peut-être.

– Voilà peut-être oui.

D'accord. Toujours selon vous, quelles sont les raisons qui amènent les visions à apparaître ? Quand vous avez vu ce monstre la nuit dans l'appartement ? Ou quand vous avez vu ces portes ? Pourquoi c'est apparu ?

– … C'est une très bonne question...

Après vous n'êtes pas obligée d'avoir une réponse, mais est-ce que selon vous il y a une raison particulière ?

– Non. Enfin je sais pas...

D'accord. Vous connaissez d'autres personnes à qui ce genre de choses est arrivé ?

– Non.

OK. Est-ce que les grésillements, les voix ou les visions, ont pu avoir un impact sur vos relations avec les autres personnes ?

– … Euh oui un peu parce que du coup je me mettais en retrait. Et ben du coup y'avait beaucoup de jugements.

Oui ? De la part de qui ?

– De la part des personnes avec qui j'étais. Du fait que je me mettais en retrait, ou des trucs comme ça.

D'accord...

– … Et qu'ils me croyaient pas sur le fait que... Enfin sur... Ils croyaient pas ce que je leur disais en gros ?

Vous leur en parliez de tout ça ?

– Des fois oui.

Ah oui d'accord. Et alors c'était plutôt une attitude d'incompréhension ?

– Oui.

OK. C'était des gens proches à qui vous en avez parlé ?

– C'était des amis...

Donc le fait d'en parler, et qu'ils ne vous croient pas, ça vous a conduite à vous mettre en retrait ?

– Oui.

OK. Alors une question pas évidente non plus : quelle explication peut-on donner au fait que quand vous, vous êtes fatiguée ou angoissée, vous pouvez avoir plus facilement les oreilles qui grésillent ou vous pouvez voir des choses, alors qu'une autre personne fatiguée ou angoissée elle ne perçoit pas ça ?

– … J'aimerais bien le savoir.

Oui. Vous y aviez déjà réfléchi ?

– Mmh... Oui mais j'ai jamais su pourquoi.

D'accord. Il y a eu des questions mais pas de réponse...

– Voilà.

Est-ce qu'à votre avis, le monstre que vous avez pu voir, ou les portes, ou Dieu, ou les sons dans les oreilles... ont une intention particulière à votre égard ? Est-ce qu'ils ont un but ?

– Ben je pense qu'ils ont voulu me faire mal.

Oui ? Qui ça ?

– Ben la personne en question qui voulait me tuer... Et voilà.

Les autres manifestations dont vous avez parlé, il y a un but particulier de leur part ?

– … Ben... J'avais l'impression que j'allais mourir en fait.

Ah. D'accord... Est-ce que vous sauriez vous souvenir de votre vie, du contexte dans lequel vous viviez, la première fois qu'il y a eu ce genre de manifestation ?

– … Euh... Pff... Je sais pas trop. Je dirais à la mer mais... Je pense que j'ai dû avoir des épisodes bien avant mais je dois pas m'en rappeler.

Oui ? Alors l'épisode le plus ancien dont vous vous souvenez... Vous pourriez me resituer quand c'était ? Où c'était ?

– Ben c'était à la mer. C'était... C'était où ? A Narbonne je crois... Bon bref à la mer...

Oui.

– … Et euh... On rentrait du marché de nuit. Et du coup j'étais un peu absente, et très loin devant mes parents...

Vous étiez seule ?

– Enfin ils étaient loin derrière moi.

Voilà d'accord, et vous vous étiez seule devant...

– J'étais en panique et... Ouais, comme je vous ai dit tout à l'heure, je pensais qu'on me suivait.

Oui d'accord. Et là qu'est-ce qui s'est passé alors ?

– Ben rien de spécial.

Il y a eu des visions ? Vous avez eu des manifestations auditives ? Est-ce qu'il s'est passé quelque chose sur ce plan-là ?

– Euh... Des visions. Et euh... Des trucs auditifs...

D'accord. OK. Selon vous, est-ce que les choses que vous pouvez entendre ou que vous pouvez voir peuvent être en rapport avec un événement de votre passé qui s'est réellement produit ?

– … Je sais pas...

D'accord. Il n'y pas de lien qui s'est fait spontanément avec un épisode de votre passé ?

– Non.

OK. Très bien.

Entretien 13

Lorsque l'on a fait le premier questionnaire ensemble, vous m'avez dit que par moment vous pouviez entendre des voix ou des sons que les autres n'entendaient pas...

– Oui.

… Ou que vous pouviez sentir des odeurs, ou encore qu'on vous touche. Est-ce que, pour chaque situation, vous pouvez me décrire un peu plus en détails ce qu'il se passe en pratique ?

– Qu'est-ce qu'il se passe en pratique ? J'ai l'impression que mon corps a été cabossé et fragilisé, et j'ai l'impression d'être très sensible en fait, et d'avoir des entités qui me rentrent à l'intérieur de mon corps, ou des modes de pensée qui font que je contracte des maux en fait...

D'accord. Les hallucinations, ce sont ces maux dont vous parlez ?

– Ben les hallucinations auditives c'est plus délicat, parce que c'est tellement violent en fait, et de toute façon j'ai eu des états très très euh... En gros je me sentais habitée en fait.

OK. Alors comment se manifestent ces hallucinations auditives ?

– Par des gens qui m'agacent violemment en fait. De par leur timbre de voix et de par la répétitivité, ou un acharnement... Un sentiment de persécution mentale en fait.

D'accord. Mais ça ce sont des gens qui sont avec vous ou ce sont seulement des choses que vous entendez ?

– Non ça c'est dans ma tête quand je suis isolée en fait.

D'accord, quand vous êtes isolée.

– … Pas quand je vis... Pas quand j'ai une hygiène de vie et que je vis en société, c'est... J'ai pas ces troubles hallucinatoires. Et quand je suis à l'extérieur je me suis souvent retrouvée isolée...

D'accord. Vous voulez dire à l'extérieur de l'hôpital ?

– A l'extérieur de l'hôpital, je me suis souvent retrouvée isolée avec la charge de mes problèmes, et euh... Ces hallucinations se sont manifestées en fait. Voilà.

D'accord... Donc ce sont des voix si j'ai bien compris qui sont... Qui vous ennuient ? Vous les connaissez ces voix ?

– J'entends plein de voix en fait, comme si c'était euh... Presqu'une radio en fait...

Une radio d'accord oui...

– … Euh... Je vous ai dit, quand c'est apparu, je croyais qu'on m'avait greffée une cellule, je comprenais pas l'origine de leurs apparitions, et euh... En fait elles arrivent absolument de partout et elles sont très très très très gênantes...

D'accord.

– Et la première fois que ça m'est arrivé, j'ai pris le bruit d'un frigo pour des euh... Pour des paroles en fait. Mais il m'est arrivé des événements choquants au préalable : j'ai eu un traumatisme, je suis tombée dans le mutisme, et la prise… Entre le choc et la prise de neuroleptiques avec les antécédents de toxiques... Et en plus j'ai pris le mur du son dans les oreilles... Et j'ai vécu de la violence physique ! Je me suis dit

que tout ça pouvait...

Ah, vous pensez que tous ces événements, tous ces traumatismes, ça peut en être à l'origine ?

– Ben tout ça oui ça m'a renfermée sur moi-même, et pour moi, tous s'est canalisé dans mon psychisme et ça... Ça...

C'est une conséquence, les voix que vous entendez, de ces événements ?

– Moi je le pense. Je le pense...

D'accord, très bien... Quand vous entendez ces voix, elles sont dans votre tête ? Ou elles rentrent dans vos oreilles comme si elles venaient de l'extérieur ?

– … Ben c'est souvent quand je suis toute seule donc c'est assez souvent dans ma tête en fait.

D'accord. OK.

– C'est assez souvent dans ma tête... Dans mes oreilles en fait. C'est dans mes oreilles, c'est pas dans ma tête, c'est pas une pensée. Ce sont de vraies voix que j'entends.

D'accord. Vous avez l'impression qu'elles viennent comme ma voix actuellement ?

– Oui oui. Mais euh à l'intérieur et c'est très très parasitant en fait.

Oui d'accord... Ensuite est-ce que vous pouvez me décrire brièvement les odeurs et les sensations tactiles que vous avez eues ?

– J'ai eu des douleurs dans mon corps, assez diffuses. Sous le sein, ou encore comme si quelqu'un me prenait tout mon lait maternel, ou comme si on m'arrachait le bras.

D'accord...

– J'ai eu des montées d'odeurs... D'hallucinations olfactives que j'avais déjà senties, ou des odeurs super nauséabondes qui m'ont mise dans des états pas possibles...

Alors qu'il n'y avait rien à l'origine de ces odeurs ?

– Il n'y avait rien non. Une fois j'ai eu l'impression... J'ai été obligée de sortir de chez moi en catastrophe parce que j'avais l'impression d'être dans une... Dans une déchetterie en fait...

Ah oui d'accord...

– Vous voyez ?

Oui oui.

– Ou alors... je suis moi-même fumeuse, mais une fois j'ai eu l'impression d'avoir à faire à quelqu'un qui était ultra-fumeur. J'étais ultra-perturbée alors qu'il n'y avait pas tout ça autour de moi en fait. Voilà.

D'accord, OK. Quand ces manifestations apparaissent, donc soit les hallucinations auditives, les odeurs ou les sensations tactiles, qu'est-ce que vous ressentez comme émotions ?

– … Euh moi je suis agacée.

Oui... De l'énervement ?

– Oui. Je suis agacée parce que j'aime bien les bases neutres en fait.

Oui...

– J'aime pas tout ça. Je suis agacée, je me sens pas du tout confortée dans ce genre de... Euh la problématique que ça me pose, c'est que je me pose au quotidien des questions existentielles, et qu'à un moment donné j'ai cru que ces voix pouvaient m'apporter une réponse en fait.

D'accord oui.

– Voilà. Et euh... C'est complètement faux en fait. Euh... C'est complètement faux parce que je ne sais absolument pas d'où elles débarquent, et euh... C'est comme si en fait j'avais été un peu... Si j'avais reçu une malédiction en fait.

Ah d'accord.

– Vous voyez on parlait de superstitions, c'est un peu comme si j'avais reçu une

malédiction en fait. En plus je viens de Babylone vous savez...

Ah bon ?

– Vous la connaissez la ville de Babylone ?

L'ancienne cité de Babylone ? Oui je la connais oui...

– Et l'Exorciste il a été... Enfin le film « l'Exorciste » vous l'avez déjà vu ?

Et non je ne l'ai pas vu...

– Avec la gosse... Je me sentais vraiment habitée pour de vrai. Mais je pense que j'ai été fracassée comme un véhicule qui a été cabossé et qui va mal quoi...

D'accord.

– Y'a pas longtemps j'ai cabossé mon véhicule, le radiateur, à 40km/h, a commencé à chauffer, il a... Il y a eu des réactions quoi...

Vous m'avez dit de l'agacement. Est-ce que ça peut générer d'autres choses parfois ?

– … Euh... De la parano.

D'accord.

– De la parano. Alors je suis déjà de nature pas « parano » mais quand j'ai, avec mon amoureux par exemple... Enfin j'ai quelqu'un que j'aime en fait, peu importe la relation que j'ai avec lui... Mais je peux être parano en fait. Je suis parano en permanence, c'est parasitant... Et d'ailleurs ça me fait contracter des troubles psychiatriques. On en parle beaucoup ensemble en fait, mais moi je lui dis qu'il pourrait être aussi la cause de ce qui pourrait être des déclencheurs de mon trouble borderline.

Votre compagnon ?

– Ben moi j'accuse souvent les autres de ce qu'il m'arrive.

D'accord.

– De ce qu'il m'arrive... J'accuse souvent les autres...

Bon d'accord...

– Même si on m'a dit le contraire, mais moi j'accuse souvent les autres en fait.

Oui c'est ce que vous me disiez la dernière fois.

– Il paraît que je suis intolérante à la frustration.

C'est ce qu'on vous a dit ?

– C'est ce qui est noté quelque part en fait...

Ça va un peu dans le sens du trouble borderline. C'est un symptôme qui est fréquemment retrouvé aussi.

– D'accord. Et j'ai détruit beaucoup de matériel par colère et frustration.

Oui...

– Je suis allée voir sur Wikipédia° vite fait « borderline » en fait. Je sais pas si c'est fiable ?

On peut trouver de tout...

– … Et euh... Moi en fait mes affaires... J'étais nostalgique de mes affaires mais je les ai cassées quand même.

Ah. Bon.

– Et hier il y a des questions que vous m'avez posées...

Oui...

– … Et hier soir j'ai redouté dessus en fait. Je me disais : « J'ai dit 'non'. J'ai dit 'oui'... ».

Ah il ne faut pas que ça vous préoccupe l'esprit. Ne vous en faites pas. On essaie de rester sur la trame ?

D'accord ça marche !

Donc je reviens sur les hallucinations que vous avez. Alors vous m'avez dit que ça pouvait vous agacer, vous rendre un peu « parano ». Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête quand les voix apparaissent ou quand vous sentez des sensations tactiles... Qu'est-ce que vous avez comme pensées ?

– Ben j'ai peur. J'ai peur d'atterrir ici [NdR : à l'hôpital] et qu'on prenne des mesures horribles en fait.

D'accord.

– Euh... Il m'est arrivé des choses manifestement vraies et horribles. D'ailleurs les plus grands psychiatres, que je reconnais, ont dit que la manifestation de mes troubles venait de mon vécu en fait, même si je suis plus sensible que d'autres à ce qu'il m'est arrivé...

Oui...

– … Mais... Pardon c'était quoi l'objet de votre question ?

Alors là vous faites le lien avec votre passé traumatique. Moi ce que je demande, c'est plus sur le moment, quand ça apparaît, qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête ? Qu'est-ce que vous avez comme pensées ?

– Ben j'aimerais en être complètement détachée pour être libre. Voilà.

Oui d'accord, mais est-ce que vous vous dites quelque chose en particulier ? « Oh non ça revient ! », ou...

– Ouais. Je souffre. Je souffre physiquement. J'ai des douleurs physiques. Et des douleurs psychiques en fait quand ça revient.

D'accord. OK.

– Voilà. Mais là c'est stabilisé quand même.

Oui d'accord. Avez-vous remarqué s'il y avait des lieux préférentiels où ça survenait ?

– Ouais.

Où est-ce que c'est ?

– C'est souvent dans mes lieux d'habitation, quand je suis isolée. Ou dans ma chambre quand je suis toute seule.

Même ici ?

– Même ici ça m'est arrivé d'avoir mal... Ou alors même publiquement des fois j'ai eu des trucs, mais c'est quand même moins fréquent. C'est souvent quand je suis isolée en fait.

D'accord. Donc plutôt à la maison, plutôt dans votre chambre ?

– Plutôt à la maison et plutôt dans ma chambre. Plutôt quand je suis isolée toute seule dans ma chambre oui.

D'accord. Vous avez remarqué s'il y avait des moments dans la journée où les manifestations peuvent survenir plus facilement ?

– … Euh vous savez mes nuits étaient presque... J'avais pas de journée vraiment organisée, donc les manifestations pouvaient se présenter à n'importe quel moment de la journée. Mais je privilégierais plutôt le soir...

Plutôt le soir mmh...

– … Et il y a des périodes, quand c'était aigu, même dans mon sommeil profond, quand je dormais profondément, dans mon sommeil j'ai eu ces hallucinations auditives, mais je me suis rendue compte que plus on allégeait les traitements neuroleptiques et le stress, moins les manifestations hallucinatoires étaient présentes en fait.

D'accord, donc en temps normal vous diriez que ça survient surtout la journée, tout au long de la journée, et quand vous êtes en période de crise ça peut être aussi la nuit.

– Ben je l'ai connu. C'était il y a longtemps mais je l'ai connu.

D'accord, très bien.

– C'était atroce. Même dans mon sommeil profond, dans mes rêves, les voix... Enfin j'avais ces hallucinations qui venaient me perturber dans mes rêves en fait.

Dans votre sommeil... D'accord.

– … Dans mes cauchemars ou dans mes rêves, mais dans mon sommeil...

Mmh d'accord.

– Après je fais la part des choses. Vous savez j'ai déposé des choses à la Justice, et je fais la part des choses, je vous le répète d'hier, entre ce qui est réel, ce qui m'est réellement arrivé, et ce qui est hallucinatoire en fait.

Je comprends... Oui vous m'aviez bien expliqué hier je me souviens. D'accord. Selon vous, il y a des choses particulières qui peuvent déclencher les hallucinations ? Auditives, olfactives ou tactiles...

– Moi je vous dis, je me sens comme une voiture cabossée, donc je pense qu'on a comme des énergies dans le corps... Je pense que j'ai pris le mur du son dans les oreilles, mais ça tous les jeunes... Enfin tous les jeunes sont passés par là. Ils ont des concerts ou des choses comme ça.

Oui...

– … Moi j'ai pris des décibels, j'étais près des enceintes. Euh... J'ai eu des chocs émotionnels très violents...

Alors là c'est dans votre passé encore. Ce que je vous demande, c'est s'il y a quelque chose qui peut déclencher ? Par exemple il se passe un événement et juste après les hallucinations arrivent... ?

– Y'a aucun... Non. Non y'a aucun élément déclencheur. Si ce n'est le fait que je suis malade et continuellement stressée et angoissée. Et que quand je fais un constat de ma vie, je fais un constat d'échec...

D'accord.

– … Et que souvent j'ai été en situation de panique... C'est le stress, beaucoup, qui a été à l'origine... Pour moi, j'accuse le stress en fait.

D'accord. Selon vous le stress peut être à l'origine ? Qui peut déclencher les hallucinations ?

– Moi j'accuse le stress et la violence qui peuvent être à l'origine de ce genre de choses... Surtout le stress en fait et l'anxiété.

D'accord, OK. Très bien. Toujours selon vous, quelles raisons amènent les hallucinations à apparaître ? Pourquoi elles apparaissent chez vous ?

– Moi c'est un sentiment d'isolement, de ne pas pouvoir partager ou d'avoir trop d'interlocuteurs à qui j'ai dit des choses, et on me renvoie d'autres choses... Je sais pas, c'est sûrement peut-être une quête de réponses, peut-être j'attends mon sauveur, peut-être c'est mon imagination... Peut-être... En tout cas ce sont des troubles... Moi manifestement, je remets ça sur mes chocs traumatiques en fait.

Oui. Oui ça vous me l'avez bien expliqué... D'accord.

– Voilà.

OK. Quand elles surviennent, les hallucinations auditives, les odeurs, ou les sensations cutanées, est-ce que ça a un impact sur vos relations avec les autres personnes ?

– Oui.

Oui ? Qu'est-ce que ça peut faire ?

– Euh... Ça peut... Ça peut altérer mes relations avec autrui.

Dans quel sens ?

– Euh... Dans le sens où... Ah non ! Non non... Elles ont pas d'impact sur autrui en fait. Pardon. Elles ont pas d'impact sur autrui. Euh en fait, je vous dis je fais la part

des choses entre le réel où j'arrive bien à discerner la situation... Par exemple je vis une situation de crise sur le moment, j'arrive à la discerner ; et mes états de manifestations hallucinatoires, je les vis toute seule et je les encaisse toute seule en fait...

D'accord.

– … Et j'en souffre violemment, atrocement. Mais comme je vous dis, je remets ça sur le compte de mes chocs traumatiques en fait.

Oui d'accord... Quelle explication peut-on donner au fait que vous, vous perceviez ce genre de manifestations, et pas d'autres personnes dans les mêmes situations ?

– Ben moi j'ai rencontré beaucoup de gens à qui c'est arrivé quand même...

Mmh ? Alors, il y a certaines personnes qui peuvent être stressées ou angoissées, mais qui n'ont pas ça...

– Ben moi je suis super stressée, je me suis sentie... Moi je me suis sentie martyrisée et un peu... Je vous dis, mes chocs... J'ai beaucoup souffert, j'ai beaucoup encaissé, et j'ai une impression que tout s'est diffusé dans ma souffrance psychique en fait...

D'accord. Vous pensez que vous avez ce genre de manifestations parce que vous avez eu un passé traumatique et une souffrance accumulée pendant toutes ces années ?

– Ouais... Ouais je pense...

D'accord, vous pensez que ça ressort de cette façon ?

– Ouais je le pense.

OK.

– C'est comme ça que je le vois, que je le perçois.

Très bien. OK. Est-ce que selon vous, les voix que vous entendez, mais aussi les odeurs que vous sentez, ou les sensations cutanées, elles sont des intentions particulières par rapport à vous ?

– Elles peuvent être très... très mal intentionnées, comme très bien intentionnées mais dans tous les cas elles sont dérangeantes. Dans tous les cas elles sont dérangeantes...

Après sinon ça varie dans leur contenu ?

– Après ça varie oui.

D'accord.

– Mais elles sont très dérangeantes quoi. Moi j'aime le bruit mais quand... J'aime le bon son vous voyez ?

Oui je comprends...

– Même ma propre voix des fois je la supporte pas alors imaginez des voix à l'intérieur du cerveau quoi...

Oui c'est sûr... Est-ce que vous pourriez me parler de votre vie, du contexte dans lequel vous viviez, la première fois que les hallucinations sont apparues ?

– Juste après un choc émotionnel super violent et un accident de la route.

Ah. Il y a eu les deux en même temps ?

– Euh... A quelques mois d'écart, avec une hyperactivité physique et une hyperactivité mentale. Et euh... une hygiène de vie... Une mauvaise hygiène de vie, une mauvaise alimentation, une prise de toxiques dont de cannabis, très peu de sommeil... Euh donc très peu de sommeil, beaucoup d'hyperactivité et un choc émotionnel traumatique et un accident de voiture.

OK. Ça fait beaucoup de choses effectivement...

– … Et une accumulation... Une accumulation d'événements que je me traînais derrière moi, de casseroles, depuis l'enfance.

Ah oui c'est ce dont vous me parliez la dernière fois oui.

– Les casseroles de l'enfance oui.

D'accord. Une dernière question : est-ce que vous en parlez, de ces hallucinations, avec d'autres personnes ?

– Euh... J'arrive à en parler plus facilement aujourd'hui.

Oui ? Avec qui en parlez-vous ?

– J'en parle très peu... J'en parle avec celui que je considère pour le moment comme mon amoureux en fait...

D'accord.

– Enfin je sais pas comment on peut appeler ça...

Vous l'appelez comme vous voulez, il n'y a pas de problème.

– … Voilà. J'en parle avec lui. J'en ai parlé encore y'a pas longtemps. Enfin je l'ai eu au téléphone, je lui ai parlé des borderlines. Pour lui, il m'a dit que j'avais pas que du borderline en fait.

D'accord… OK merci beaucoup.

Entretien 14

Lors du premier questionnaire, vous m'avez parlé de choses que vous pouviez entendre, par exemple des voix, mais également que vous pouviez voir des choses que les autres n'entendaient ou ne voyaient pas. Il y avait également des sensations comme si l'on vous touchait... Pourriez-vous me décrire chaque situation un peu plus en détails quand ces phénomènes surviennent ?

– On commence par quoi ?

Par ce que vous entendez ?

– Ben j'entends le diable.

D'accord... Alors comment ça se passe quand ça arrive ? C'est une voix qui survient ? Comment ça se passe ?

– Oui c'est dans ma tête. C'est... C'est le diable, il s'appelle « Jun ».

« Jun ». D'accord oui. Et qu'est-ce qu'il vous dit ?

– Ben il me dit de faire du mal aux autres, de tuer, de faire... Du tuer des gens, de me venger de ceux qui m'ont fait du mal.

D'accord. Des choses plutôt négatives... ?

– Euh... Il m'insulte...

Ah il vous parle directement ?

– Oui. Il me dit : « C'est bien fait pour ta gueule ! », il me dit des insultes que j'ai même pas envie de vous dire... Voilà. Avant c'était une femme, maintenant c'est Jun...

D'accord... Cette voix de femme, ou cette autre voix que vous entendez, vous les connaissez ?

– Non.

OK ça ne vous dit rien... Quand vous l'entendez, elle rentre par vos oreilles comme quand je vous parle ou c'est plus dans votre tête ?

– Dans ma tête je crois.

Dans votre tête... OK. Donc ça c'était ce que vous entendez. Par rapport à ce que votre médecin appelle des visions, ou... Comment appelait-il ça ? Des illusions ?...

– Oui c'est ça !

… Est-ce que vous pouvez me décrire ce que vous voyez et que les autres ne voient pas ?

– Je vois des... Avant que j'aille à l'Hôpital Marchant, j'ai vu deux démons, chez moi, en train de danser... Et avec un ami à moi il m'est arrivé une bricole : on était garé

dans un garage souterrain, et on discutait, on discutait... D'un coup la porte arrière droite, la poignée faisait comme ça : « Clac ! Clac ! Clac ! (…) Clac ! Clac ! » La voiture elle bougeait... Et euh... On est resté choqué, on s'est retourné tous les deux, on est resté choqué, on ne parlait pas.

Ah votre ami aussi il l'a perçu ?

– Ah ben oui ! Et... Ah oui lui aussi ! Et lui il est pas psychiatrique hein ! Et depuis il veut plus marcher avec moi...

Ah bon ? Il penserait que c'est lié à vous ?

– [NdR : Hochements de tête du patient]

Ah oui d'accord... Et vous, vous en pensez quoi ?

– Je pense que oui... On m'a fait de la sorcellerie !

D'accord. Vous pensez que c'est pour ça que vous avez ces choses qui vous arrivent ?

– Ben toute ma vie elle est détruite de A à Z. Plus ça va, plus ça se détruit... Alors c'est qu'on m'a fait de la sorcellerie.

D'accord. Et juste la dernière partie dont vous parliez tout à l'heure : vous me disiez que dans votre lit on pouvait vous tirer, ou vous pousser ? Pouvez-vous me décrire un peu ?

– Ben comme si quelqu'un il vous touchait ! Tout simplement !

Et qu'est-ce que ?... Ça vous fait du mal, ou c'est juste un toucher et ça s'en va ?

– Pour me faire peur je crois. Y'a pas longtemps je dormais, et la couverture, elle s'est enlevée de sur moi ! Alors que j'étais allongé et que je dormais !

D'accord.

– … Et la couverture elle a bougé comme si quelqu'un l'avait tirée quoi !

Alors qu'il n'y avait personne à priori... ?

- Non j'étais tout seul dans la maison.

Ça c'était chez vous, d'accord. Quand cela vous arrive, soit la voix du diable, soit les démons que vous voyez, ou encore les sensations cutanées, qu'est-ce que ça génère chez vous comme émotion ?

– La peur. J'ai peur.

Vous avez peur, oui. D'autres sentiments ?

– Non la peur.

OK. Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête quand ça arrive ?

- …

Comment vous raisonnez ? Est-ce que vous vous dites, je ne sais pas : « Ça revient ! », ou « Vas t'en ! », ou...

– Ouais : « Encore ! », je me dis : « Encore ! Ça revient ! ».

D'accord. Vous pouvez vous dire autre chose ?

– Non non j'ai peur !

D'accord c'est surtout la peur qui est au premier plan. OK. Avez-vous remarqué s'il y avait des lieux où ça survient plus facilement ?

– Oui : les lieux noirs, ou les lieux abandonnés... Les lieux où personne n'habite... Et voilà.

D'accord...

– Et en isolement aussi ! J'ai vu le diable en isolement. Il me regardait à travers la fenêtre. J'ai eu peur, je me suis caché sous la couverture et j'ai essayé de me rendormir.

Oui. Ça n'a pas dû être évident j'imagine ce moment...

– Ah oui...

D'accord... Donc ça survient plutôt dans des lieux où vous êtes isolé. C'est pas spécialement à la maison ou...

– Quand je suis tout seul.

Quand vous êtes tout seul. C'est vraiment ça qui est déterminant d'accord. Est-ce que vous avez eu l'impression qu'il y avait des moments dans la journée où ça survenait plus facilement ?

– Ça arrive le soir en général.

Plutôt le soir... Ça peut être la nuit également ?

– Oui la nuit ouais. Ou la journée. Les voix c'est la journée. Tout le temps les voix...

Les voix tout le temps.

– … Mais le toucher c'est la nuit. Et quand je vois le diable c'est la nuit aussi...

D'accord. Donc plutôt le soir et la nuit, sauf les voix qui surviennent un peu tout le temps.

– Oui.

D'accord. Y'a-t-il des choses particulières qui pourraient déclencher l'apparition des voix, ou des autres phénomènes ?

– Non...

Vous n'avez jamais remarqué qu'à chaque fois qu'il se passe quelque chose en particulier, juste après ça arrivait ?

– Je sais pas. Il m'arrive tellement de bricoles que je sais plus.

D'accord. Selon vous, quelles raisons amènent les manifestations à apparaître ? Vous me parliez de sorcellerie tout à l'heure... C'est lié uniquement à ça, ou il peut y avoir une autre raison ?

– J'ai heurté le diable, et il m'a tapé.

Oui c'est-à-dire ?

– … Je sais pas. Je comprends rien.

Vous êtes un peu dépassé par tout ça.

– Ben oui !

D'accord. Mais qui vous aurait jeté un sort ?

– Quelqu'un de ma famille. Mon beau-frère, ou ma mère, ou... Ou des gens au Maroc, je sais pas...

D'accord. Vous avez des idées mais vous n'êtes sûr de rien, oui. Toujours selon vous, est-ce que ces voix, ces visions que vous avez, ou encore les sensations sur la peau, ont des intentions particulières envers vous ?

– Ben pour me faire du mal.

D'accord, mais ça serait vous faire du mal pour quoi ? Qu'est-ce qu'elles y gagneraient ?

– Que je meure. Que je souffre d'abord et que je meure ensuite. Une mort lente...

OK. C'est encore des choses très négatives. Alors vous m'avez déjà un peu répondu tout à l'heure, mais est-ce que les visions que vous avez pu avoir, ou les voix que vous entendez, ont pu avoir un impact sur vos relations avec les autres personnes ?

– Oui !

Vous m'avez parlé de cet ami dans la voiture qui ne voulait plus être avec vous depuis cet épisode de la portière. Il y a d'autres exemples comme ça ?

- …

… De relations avec d'autres personnes qui ont été perturbées à cause des hallucinations ?

– La mère de mes enfants.

Qu'est-ce qu'il s'est passé ?

– Ils nous ont fait de la sorcellerie pour qu'on se sépare.

Mais c'est lié aux hallucinations elles-mêmes vous pensez ?

– Non...

Ah d'accord. Non moi je parle des hallucinations. Je veux dire qu'à cause de ces hallucinations, vous avez perdu cet ami dans la voiture. Est-ce qu'il y a eu d'autres relations perturbées comme ça ?

– Non. Je sais pas...

D'accord. Bon ce n'est pas facile d'y réfléchir comme ça, rapidement... Est-ce qu'à votre avis, toutes les personnes à qui on a jeté un sort elles ont ce genre de perceptions ?

– … Je sais pas.

Mmh. Avez-vous une idée de pourquoi vous vous percevez ces hallucinations, et pas une autre personne dans une situation qui peut être proche de la vôtre ?

– C'est à cause de la sorcellerie.

D'accord. Sauriez-vous vous souvenir votre contexte de vie dans lequel vous étiez la première fois que c'est arrivé ?

– … J'étais bien. Non j'étais bien : j'avais ma famille, j'avais mes enfants... Tout allait bien ?

Oui ? Qu'est-ce qui est arrivé en premier ?

– … C'est le truc de la voiture... Le diable qui nous a attaqués dans la voiture... Et... Vous auriez été là vous auriez vu pareil hein ! Mon copain il prend pas de drogues... Mon collègue là...

Oui oui.

– Il prend pas de drogues, il boit pas, il fait la prière...

Mmh... Et vous ? Vous aviez pris des toxiques à cet épisode-là ?

– J'étais en train de fumer un joint je crois... Mais bon la portière elle a bougé, la voiture elle a bougé, on s'est retourné tous les deux... On est resté très... Vingt secondes dans le silence parce qu'on comprenait pas ce qui était arrivé. On était choqué. Nous on croyait que c'était quelqu'un. On a allumé la lumière dans le garage parce qu'on croyait qu'il y avait quelqu'un mais il n'y avait personne dans le garage...

Y'avait personne. D'accord. Les premières fois où ces hallucinations sont apparues c'était dans un contexte de consommation de toxiques si j'ai bien compris ?

– [NdR : Hochements de tête du patient]

Mais maintenant il peut y avoir ces phénomènes sans cannabis, sans alcool ? Ça peut arriver sans ?

– Oui.

D'accord.

– Ça arrive avec et sans.

Avec et sans. OK. A votre avis, y'a-t-il un rapport avec les hallucinations que vous percevez maintenant et un événement de votre passé qui a eu lieu dans la réalité ?

– Je sais pas... Je sais pas du tout...

Vous y aviez déjà réfléchi ?

– Non.

D'accord OK. Une dernière question : vous en parlez avec d'autres personnes ?

– Non. J'en parle aux gens que je sais qu'ils vont me croire, mais... Aux docteurs ici, aux infirmières.

Donc plutôt à l'hôpital, après vous n'en parlez pas ?

– Et à part à un ami ou deux. Parce que la photo dont je vous parlais et où on voit ma tête avec le diable derrière, c'est un ami qui m'a envoyé la photo parce que c'est lui qui a trouvé la photo. C'est même pas moi qui... Il me dit : « Regarde les têtes ! » et tout. Et quand j'ai vu j'ai dit : « Ouais effectivement. » Et à tous les gens à qui on l'a montrée, quatre-vingts pour cent ils disaient que oui. Ils voyaient la même chose

que nous.

Oui effectivement ça pose question.

– Mais oui.

Très bien merci.

Entretien 15

La dernière fois, vous avez pu me dire que vous aviez pu entendre des voix qui vous parlaient dans votre tête, mais également d'odeurs que vous pouviez sentir alors que les autres autour de vous ne les sentaient pas forcément. Est-ce que vous pouvez me décrire pour chaque situation ce qu'il se passe en pratique quand ça arrive ?

– Ça survient surtout quand je suis anxieuse... Euh je dis les différentes voix que j'ai ?

Oui si ça ne vous dérange pas.

– Alors j'ai des voix qui, en fait... Ça fait comme... Ça prend le rythme, je sais pas si vous voyez, de l'alarme incendie.

Oui.

– « Ta tata, tata, tata, tata... ». Et mon corps, du moins mes pensées, sont toutes ralenties. Mon corps aussi. Et ça répète tout ce que je pense. C'est-à-dire que j'ai mes pensées en double.

D'accord.

– … Et ça me ralentie tout le corps, et euh... Ça dure genre une dizaine de minutes où parfois j'étais... Je pouvais même plus écrire... J'étais en plein examen et j'ai pas pu... Et après j'ai des voix qui surviennent tout le long de la vie courante, et ça dit... Ça a commencé à dire que j'étais enceinte. Tout le temps. Ça survenait, c'était des pensées qui me disaient : « T'es enceinte ! T'es enceinte ! »... Du moins : « Je suis enceinte ! » quoi. Et à une certaine période ça s'est... Ça s'est... Ça a basculé en : « J'ai envie de me suicider. » en fait...

D'accord.

– Et ces pensées de « Je suis enceinte. » ou « J'ai envie de me suicider. » je les ai plus maintenant. C'est celles qui me ralentissent le corps que j'ai encore.

Ah oui d'accord. Il y a deux catégories : il y a les voix qui ont le rythme de l'alarme incendie...

– Oui celles qui me ralentissent, et celles avec les pensées qui me disaient que je suis enceinte ou que j'ai besoin de me suicider...

Et c'était juste votre pensée qui était répétée ? Ou les voix s'adressaient à vous ?

– Non. Je les appelle « les voix » parce que c'est compliqué à mettre des mots dessus en fait. Mais c'est ma pensée qui redit ma pensée en double quoi. Avec une... Comment dire ? Comme si j'étais... C'est lent. Ça me rend lente. J'arrive plus à réfléchir de la même vitesse que normalement... C'est très compliqué à décrire !

OK. Oui j'imagine oui !

– Donc oui c'est les deux trucs... Et après les odeurs, c'est de mon père...

D'accord. L'odeur du parfum de votre père vous me disiez... ?

– Oui.

… Et ça survient... ?

– Ben c'est survenu une fois, quand c'était la une de la date d'anniversaire de sa mort quoi. Et euh... Ouais avec ma sœur on a senti le parfum de mon père dans toute la maison. On a demandé à notre famille d'accueil si elle le sentait et tout, les autres... Mais personne !

Personne ne le sentait.

– Il n'y avait que toutes les deux qui le sentaient.

Et il n'y avait pas le fameux parfum qui était quelque part... ?

– Non ! Non... On était que toutes les deux à le sentir...

D'accord. Vous me disiez tout à l'heure que ça apparaissait surtout quand vous étiez anxieuse.

– Oui.

Avez-vous remarqué s'il y avait d'autres facteurs qui pouvaient déclencher l'apparition des voix, ou des odeurs ? Même si vous m'avez dit que les odeurs c'était peu fréquent...

– Ce qui déclenche les voix à part l'anxiété ?

Oui ?

– Non... C'est surtout... Ouais y'a que l'anxiété ou quand je suis débordée... Ouais...

Quand vous êtes en tension ?

– Oui. Y'a que là que j'ai ces voix.

D'accord. Ça c'est plutôt avant que les voix apparaissent. Et une fois que les voix sont apparues, qu'est-ce que ça génère chez vous comme émotions ?

– Ah par exemple, et ben comme cette semaine : je parle pas. Je suis dans une bulle où j'ai du mal à m'exprimer. C'est... J'attends qu'elles passent. C'est-à-dire que je subis. En fait je subis jusqu'à ce qu'elles partent. Je peux rien faire. Je sais pas exactement comment ça se déclenche, je sais pas comment ça part... J'attends.

Est-ce que ça vous énerve ? Est-ce que ça vous angoisse ? Est-ce que ça vous rend... joyeuse ?

– Non. Avant oui ça m'angoissait et tout parce que j'y étais pas habituée. Et quand on y est habitué on apprivoise. On se dit : « Allez, c'est un mauvais moment à passer. », et voilà.

Vous vous êtes un peu résignée...

– Ouais. Je laisse faire la chose quoi.

D'accord. Avez-vous remarqué s'il y a des pensées particulières qui arrivent quand les voix arrivent ? Vous me disiez tout à l'heure que vous étiez plutôt repliée sur vous-même, que vous attendiez que ça passe ?

– Oui c'est ça. Quand je vous dis, que ça répète, je... Je suis... Même avec mon copain, quand je réponds pas, il me fait : « Les voix ? », je réponds : « Oui. » et il me laisse tranquille, il attend que ça parte... Et quand j'en reparle c'est qu'elles sont parties. Parce que la plupart du temps, sinon j'arrive pas... Je fais signe. Je lui fais signe qu'elles sont là et j'attends qu'elles partent...

Ah d'accord. OK. C'est une sorte de code entre vous que vous avez établi.

– Ouais... Ben de toute façon, comme j'arrive pas trop à parler, on est obligé de mettre un code pour qu'il sache ce qui ne va pas quoi. Parce qu'en plus y'a plusieurs trucs en ce moment qui vont pas, faut faire la distinction entre tout quoi.

Oui d'accord. OK. Quand vous entendez ces voix, vous avez l'impression qu'elles sont plutôt dans votre tête, ou qu'elles entrent par vos oreilles comme une voix extérieure ?

– Dans ma tête.

Dans votre tête... Vous me disiez vraiment que c'était votre pensée qui est soit dédoublée, soit...

– Voilà. C'est ma pensée quoi.

D'accord. Avez-vous eu l'impression qu'il y a des lieux particuliers où ça survient ? Plus facilement ?

– Non. Ben comme ça m'arrive chez moi, comme ça m'arrive chez ma famille d'accueil, ou au lycée quand j'étais encore au lycée ouais. A la fac' ça m'est pas encore arrivé. Mais ouais mais y'a pas de lieu qui déclenche ou des trucs comme ça.

Oui d'accord. Très bien. Une question un peu dans le même genre : est-ce que vous avez remarqué s'il y avait des moments particuliers dans la journée où ça survient plus facilement ?

– … En fin d'aprèm... En fait quand je suis super anxieuse, où je me tape mes crises de panique c'est surtout le soir, ouais.

D'accord.

– … Toute chose qui va pas quoi : mes crises de panique où j'ai mes spasmes, ou où je bouge dans tous les sens ou quoi que ce soit... Mes voix c'est tout le temps en fait à partir de la fin d'après-midi et le soir...

Oui.

– … Comme je peux taper des crises à vingt-trois heures... Ouais... C'est en fin de journée quoi.

Ça peut être la nuit aussi ?

– Non faut quand même que je sois réveillée. Ça m'arrive que quand je suis réveillée.

Selon vous, quelles raisons amènent ces voix à apparaître ?

– Suite à l'anxiété.

Oui ?

– Oui.

Mais comment vous expliqueriez que quand vous, vous êtes anxieuse, les voix apparaissent, et pas chez une autre personne qui peut être anxieuse ?

– Je sais pas. Je sais pas d'où ça vient ces trucs.

Une hypothèse peut-être ?

– Je sais pas... Ma maladie ?

Je sais pas non plus, je n'ai pas la réponse.

– Je sais pas. Pour l'instant... Je fais des recherches sur ça parce que quand je voulais en parler au psy et tout, je voulais essayer de trouver : « Tiens c'est ça ! », comme un symptôme, ou quoi que ce soit. Mais... J'arrive pas... Y'a pas... Y'a des personnes qui ont des trucs similaires, mais on n'a pas tous la même chose en fait donc y'a pas de diagnostic à poser sur ça quoi... Voilà c'est compliqué.

D'accord. Je vois que vous vous êtes impliquée.

– Ouais j'essaie de savoir. Mais même par rapport à ma bipolarité. J'ai un livre sur le trouble bipolaire, sur la psychologie, sur la psychiatrie... C'est... Comme ça m'entoure quotidiennement, j'adore me renseigner sur ça.

Très bien. Alors vous avez déjà commencé à répondre à cette question tout à l'heure, mais avez-vous remarqué si ces manifestations, auditives ou olfactives, ont pu avoir un impact sur vos relations avec d'autres personnes ?

– Ben c'est surtout le fait que j'arrive pas à communiquer.

C'est-à-dire ?

– C'est... C'est pas que je peux plus du tout communiquer, c'est que pour les faire partir et pour que ce soit plus rapide, il faut plus que je parle. C'est... C'est compliqué. Je peux dire quelques mots, mais... Mais si je veux qu'elles partent le plus vite possible, il faut que je sois dans ma bulle et que ça parte quoi. Comme elles sont venues quoi.

Oui, donc si ça survient au milieu d'une conversation avec quelqu'un, ça va la perturber.

– Je vais stopper. Je vais stopper. Je fais signe comme quoi il y a, et on attend.

D'accord.

– … Y'a que ça à faire de toute façon.

OK, d'accord. Toujours selon vous, est-ce que les voix que vous entendez ont une intention particulière envers vous ?

– Je sais pas... Non. A part me dire : « T'es trop anxieuse ! »...

Je ne sais pas, est-ce que ça pourrait être pour vous faire du mal, ou...

– Non !

… Ou pour vous nuire d'une quelconque façon ?

– Non parce qu'elles sont pas... Du moins... Quand j'avais les voix : « J'ai envie de me suicider ! », je pense que j'allais trop mal dans ma tête. Et c'était pour me faire des signaux : « Tu vas pas bien ! Il faut que tu trouves une solution ! »...

Mmh mmh.

– … Par contre celles qui me ralentissent le corps, j'ai pas trouvé la raison, ni à quoi ça sert, ni... Mais bon. Je sais pas.

OK. Est-ce que vous pourriez me resituer votre contexte de vie la première fois que les voix sont apparues ?

– Où j'ai un moment frappant des voix, c'est la fois où ça m'a le plus marquée : j'étais en plein examen de brevet blanc, c'était un examen de maths. Et en plein milieu de l'examen les voix sont arrivées en fait quoi. Et j'étais ralentie... Mais si elles m'ont marquée c'est qu'elles étaient tellement intenses que là vraiment je ne pouvais plus rien faire. Ni écrire, ni penser, ni réfléchir... Je pouvais plus rien faire en fait.

Oui.

– Donc là elles ont duré beaucoup plus longtemps que dix minutes. Je sais pas si c'était plus longtemps que dix minutes mais elles étaient très compliquées à gérer. C'était long. C'était pénible quoi.

C'était un moment d'anxiété justement ?

– Oui.

Ah vous étiez anxieuse.

– Ouais ben un brevet blanc ça amène quand même beaucoup de stress. Surtout les maths c'est une matière que je ne supporte pas et que j'ai beaucoup de difficultés. Donc je pense qu'il y a plusieurs choses qui ont fait que ça les a déclenchées quoi.

D'accord. Et comment ça s'est terminé ?

– Comme elles sont arrivées : toutes seules, elles sont parties. Et voilà. C'est... C'est arrivé plusieurs fois et voilà. Ça vient comme ça part quoi. Mais je sais pas. C'est le stress mais pourquoi elles viennent ? Pourquoi ? D'où ça vient ? Je sais pas... Où ça se passe ? Je sais pas du tout... Voilà.

D'accord. Est-ce que selon vous, ces manifestations (alors les voix, mais également l'odeur que vous avez pu sentir) sont en rapport avec un événement qui s'est passé dans la réalité ?

– C'est-à-dire ?

Est-ce que pour vous, quand vous avez une des manifestations, c'est quelque part lié à un événement qui s'est produit dans votre passé ?

– Ben que... Des voix qui avaient avant ? Ou euh...

Peut-être ou... Est-ce qu'il y a quelque chose dans votre passé qui peut expliquer ça, ou qui fait en quelque sorte un renvoi ou un rappel ?

– Non. Je vois pas. Je vois pas du tout... Je sais pas. Comme je disais, je sais pas comment les expliquer en fait. C'est un truc qui m'arrive et je sais pas pourquoi, mais non... Y'a rien qui me dirait...

Il n'y a rien qui vous a frappée en tout cas.

– Non non.

D'accord. Une dernière question à laquelle vous avez déjà aussi un peu répondu tout à l'heure : est-ce que vous en parlez ?

– Ah oui !... Enfin la première personne qui a été au courant c'était ma famille d'accueil. J'avais peur un peu de lui en parler, j'avais peur qu'elle me prenne pour une folle. Et... Euh... Ma sœur est au courant... Ben mon entourage est au courant, pas tous. Et euh... Ben récemment, j'ai avoué, quand ça m'est arrivé il y a deux

semaines, pour la première fois quand j'étais en couple avec mon copain, et je lui en ai parlé. C'est dur à faire comprendre... Il sait que je suis bipolaire. De rajouter : « Ouais j'ai des voix. », on a peur en fait. On a peur qu'on nous prenne pour un taré et tout et... Ouais, soit ça passe, soit ça casse. Et moi c'est passé, il comprend. Ça peut faire peur, mais après... C'est pas à eux que ça arrive en fait, c'est à nous. Ça a aucune conséquence dramatique sur l'entourage, donc non ils n'y prêtent pas trop attention en fait...

D'accord.

– … Ça arrive, ça arrive et voilà on attend...

OK...

Entretien 16

La dernière fois, lors du premier entretien, vous m'avez parlé de phénomènes que vous pouviez entendre, mais également comme si quelque chose touchait votre peau...

– Oui.

… Est-ce que vous pourriez me décrire brièvement ces deux phénomènes lorsque cela arrive ?

– Alors en fait, pour ce qui est des trucs auditifs, je sépare un peu en deux catégories.

D'accord.

– Il y a la catégorie on va dire « flippante », et la catégorie « ça va »...

OK.

– … Et euh... Dans la première catégorie ben c'est littéralement quand j'entends des voix. Et... dont j'ai conscience qu'elles ne sont pas réelles et qu'elles sont hors de ma tête mais il n'empêche que je les entends quand même et que je sais pas faire arrêter le phénomène.

D'accord.

– Généralement c'est des... Ça me prend euh... dans des moments où je vais être seul ou dans des moments un peu de faiblesse, des moments où je suis vulnérable. Souvent c'est quand je vais avoir des moments de flash-backs, et ben ça va souvent être là qu'elles vont se déclencher et tout ça... Et souvent c'est pour me dire des trucs pas très très sympas, et appuyer un peu sur mes points faibles et me... M'attaquer un peu de cette façon.

Elles s'adressent à vous directement ?

– Ouais.

D'accord. OK.

– … Et du coup c'est jamais très agréable, mais euh... J'ai conscience que c'est pas quelqu'un dans la pièce ou que c'est pas quelque chose comme ça, mais je peux quand même pas les arrêter.

D'accord.

– Et après y'a la catégorie pas flippante, mais pénible, où je vais juste entendre des bruits aléatoires mais que je suis le seul à entendre. Et du coup parfois je suis pas au courant que c'est des hallucinations, mais euh... ça m'arrive parfois d'entendre... J'en sais rien un truc qui toque par exemple à répétition, et je vais être avec des amis ou quoi, je vais dire : « C'est pénible ce bruit ! », et ils vont me dire : « Mais y'a pas de bruit... ».

Ah oui d'accord !

– Donc c'est pas spécialement flippant, mais c'est pénible.

Et vous pouvez... Est-ce que quand vous entendez ce genre de bruit, vous vous dites directement que vous hallucinez ou vous cherchez l'origine potentielle du bruit avant ?

– Ben y'a des moments oui, parce qu'il y a des moments où je capte pas que c'est moi qui hallucine, et je me dis juste : « Tiens, y'a un bruit bizarre, ça doit être mes voisins ! » ou un truc comme ça. Et y'a des fois où je percute que c'est une hallucination mais c'est des trucs très stupides. Par exemple une fois, euh... J'étais au lit, j'essayais de dormir, et j'ai pas pu dormir parce que pendant vingt minutes j'entendais des bruits de papier froissé dans mes oreilles...

Ah oui...

– … Donc c'est pas très intéressant mais ça arrive aussi. Disons juste que quand ça arrive je suis un peu blasé et je me dis que si ça pouvait me laisser tranquille ça serait sympa. Donc voilà dans les trucs auditifs y'a ces deux catégories.

Donc il y a des voix et il y a des bruits.

– Et des bruits complètement aléatoires. Parfois, quand je peux pas identifier, juste des bruits, et je sais pas ce que c'est. Et puis ça reste quelques minutes puis ça passe...

D'accord. Vous me disiez que les voix vous les entendiez à l'extérieur de votre tête ?

– Derrière ma tête très précisément. C'est toujours quelque chose qui vient de derrière moi.

OK. C'est pareil pour les bruits ?

– Non les bruits ça vient d'un peu n'importe où. C'est pas spécialement ciblé dans l'espace.

Est-ce que vous avez l'impression que ça peut venir de dans votre tête parfois ?

– Parfois mais pas toujours. Parfois ouais.

OK. Donc ça c'était les hallucinations auditives. Et vous m'aviez également parlé de sensations cutanées...

– Oui... Et ça c'est pareil c'est un peu aléatoire. Souvent voilà ça va plus être dans des moments où je vais être seul, et parfois quand j'ai des souvenirs douloureux qui reviennent, des trucs comme ça, ben je vais souvent revivre un peu des sensations physiques dont je sais qu'elles sont pas réelles, mais euh... Que je vais quand même ressentir, donc des gestes que des gens ont eu envers moi, des choses comme ça...

D'accord oui.

– … Et ça va revenir de manière très... Très réelle et très perturbante, mais c'est pareil ça dure jamais très longtemps mais quand ça arrive c'est jamais très agréable. Et euh ça arrive aussi quand j'entends les voix, ça m'arrive souvent d'avoir la sensation de quelque chose qui me tient par les épaules ou qui me tient par le cou, et du coup j'ai des espèces de réflexes bizarres de chasser les choses derrière moi !... Et donc voilà c'est surtout des choses comme ça.

Vous pouvez avoir les deux types d'hallucinations en même temps...

– Ouais.

D'accord, OK. Vous me disiez que ça survient plus dans les moments de solitude, les moments de vulnérabilité...

– Ça arrive rarement quand je suis avec des gens parce que quand je suis avec des gens, ça me distrait. Alors que quand je suis seul c'est comme si je me sentais obligé de me concentrer sur... Sur ces choses-là. C'est comme si euh... C'est comme si... Enfin c'est comme si quand j'étais en présence d'autres personnes, ça me distrait de ça et du coup j'arrive un peu à en faire abstraction.

D'accord. Qu'est-ce que ça peut générer chez vous comme émotions quand les voix arrivent ? Ou quand vous avez les sensations cutanées ? Vous disiez être un peu « blasé » tout à l'heure...

– Ça, quand je suis blasé c'est surtout quand j'entends des bruits aléatoires comme ça parce que je me dis que c'est juste nul, que ça n'a aucun intérêt.

Je vois...

– Par contre quand j'entends des voix ou des trucs comme ça, là ça m'angoisse beaucoup. Et... Ben disons que comme ça arrive dans des moments où je suis pas forcément déjà très bien, ça rajoute encore à l'angoisse et ça ajoute encore au... Disons que c'est un truc qui me tire vers le bas vraiment... Parce que quand je vais commencer à me sentir mal, si je commence à avoir des flash-backs ou à avoir des mauvais souvenirs qui reviennent et qu'il y a ça en plus qui s'ajoute, ça fait que généralement j'arrive pas à m'en sortir seul, et euh... C'est... C'est là que j'ai besoin d'aide et que... Que j'essaie soit de trouver de l'aide, soit que après j'ai fait ces choses-là (NdR : montre ses scarifications)...

Ah oui d'accord. OK.

– Et là moins. Beaucoup moins maintenant... Mais enfin voilà c'est souvent à cause de ça que c'est arrivé.

D'accord... OK. Ça c'était plus sur le plan émotionnel, je veux dire l'angoisse qui peut être à l'origine mais également qui peut être générée par ces manifestations...

– C'est vraiment un cercle vicieux en fait.

C'est ce que j'allais vous demander. Effectivement vous l'avez bien expliqué. Est-ce que vous pourriez me dire ce que vous vous dites quand ça arrive ?

– Euh quand j'entends des voix je dis : « Taisez-vous ! » ou « Tais-toi ! », parce que ça m'insupporte et que... C'est... Ça me met en même temps... Ça me met en colère en fait, donc ça me donne envie de... Les pensées que j'ai c'est généralement des pensées assez violentes. J'ai besoin d'extérioriser tout ça parce que... Parce que ça me bouffe en fait et... Et du coup voilà donc c'est généralement dans ces moments-là que je fais des crises de colère ou que je fais des gestes violents... Voilà.

D'accord. Vous essayez de lutter un peu contre ces phénomènes... ? Alors comme vous pouvez mais...

– Oui ! Vraiment j'essaie ! Ça marche pas toujours très bien mais j'essaie de lutter contre parce que... Parce que ça me met dans des états vraiment déplorables quoi.

Oui OK... Avez-vous remarqué s'il y a des endroits particuliers où ça survient préférentiellement ?

– Euh... En fait ça dépend... Alors ça arrive plus à des périodes précises de la journée que dans des lieux précis.

Oui, d'accord.

– Mais après les lieux... Si c'est... Ben quand je vais par exemple repasser à côté d'un endroit ou repasser dans un endroit où j'ai eu des souvenirs particuliers que j'aimerais éviter, c'est aussi là que ça peut se déclencher.

Ça peut être en lien avec des événements qui vous sont arrivés dans le passé ?

– Ouais très souvent c'est en lien avec des événements. Ça arrive pas souvent tout seul quand même.

D'accord, OK... Vous me parliez de moments dans la journée aussi où ça peut survenir plus facilement... ?

– Ben c'est les moments où on est un peu tout seul et où on se retrouve un petit peu obligé de penser, c'est-à-dire le matin quand on se réveille et le soir quand on va se coucher. Où on n'a pas grand-chose d'autre à faire que penser, et du coup c'est les moments où j'arrive pas à contrôler mes pensées, où il y a tout qui resurgit un petit peu... Et c'est là où je vais être le plus vulnérable et donc c'est là que je vais commencer à péter des câbles un petit peu... Et c'est souvent là que les hallucinations se déclenchent facilement.

D'accord : plutôt le matin au réveil ou plutôt le soir au coucher.

– Ouais. Surtout le soir au coucher...

Très bien. Hormis l'angoisse dont vous parliez tout à l'heure, est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des choses qui déclenchent les hallucinations auditives ou sensitives ?

- Euh... Parfois des mots ou des gestes qu'ont les gens si... Il suffit que ça me rappelle un petit quelque chose, que je fasse un lien de cause à effet dans ce qu'ils disent ou dans ce qu'ils font, et ça peut déclencher ce genre de chose.

D'accord.

- Alors j'ai pas forcément repéré les mots ou les gestes en question, mais je sais que parfois, voilà, y'a... Y'a quelqu'un qui va faire quelque chose et je sais que ça va déclencher ce genre de truc. Et j'en ai pas conscience sur le moment mais je m'en rends compte après coup.

D'accord, vous remarquez a posteriori que c'est telle chose qui a pu déclencher...

- C'est ça. Je réfléchis un peu et je me dis : « Ah oui ! Ben ça, ça doit être lié à ça, qui doit être lié à ça... ». Et du coup je capte le schéma qui s'est passé dans ma tête. Mais comme c'est des choses qui vont très très vite, sur le coup, j'ai pas le temps de réaliser.

Et oui oui j'imagine. C'est déjà bien d'avoir réussi à l'analyser.

- Ben je sais que mon cerveau fait beaucoup de liens entre les choses, et du coup ben voilà il suffit qu'il y ait quelque chose qui se relit à d'autres trucs et que ça déclenche... Ça déclenche ça quoi...

Oui d'accord. OK. Selon vous, quelles raisons font que ces manifestations apparaissent ?

- Euh selon moi ?

Oui.

- Ben je pense que je me paye de sacrés traumatismes. Concrètement, je pense que j'ai vécu des choses qui m'ont marqué et que j'ai pas... Et où j'ai pas réussi à traiter l'information de façon correcte sur ce qui m'est arrivé. Et du coup je pense que c'est une façon d'essayer de traiter l'info comme une autre sauf que c'est pas une façon qui est très saine et qui fonctionne très bien. Euh... Je pense que c'est... Je sais pas, ce doit être une espèce de moyen de protection pour pas que j'ai à faire face à ces informations que j'arrive pas du tout à gérer quoi.

Mmh d'accord. Mais ça, c'est une question en plus que je me permets de vous poser comme vous m'avez dit la dernière fois que vous vous étiez beaucoup documenté sur la psychologie et la psychiatrie, est-ce que c'est une réflexion que vous avez mené seul ou est-ce que c'est à force de vous documenter que vous avez pu faire des liens ?

- Les deux en fait. Parce que ça fait un moment que j'y réfléchissais par moi-même, donc je me disais : « De manière assez évidente, il y a des événements dans ta vie qui t'ont marqué, et ton comportement aujourd'hui est sans doute lié à ses événements. » Et après j'ai entendu parler de ce que c'était un trauma, de ce que c'était un stress post-traumatique et tout ça, donc je me suis un peu renseigné sur la question. Mais disons qu'avant d'en apprendre un peu plus là-dessus, oui je me rendais compte qu'il y avait des événements plus importants que d'autres qui avaient dû déclencher mes habitudes aujourd'hui, mes comportements et mes réactions.

D'accord... Est-ce que vous sauriez, très brièvement là encore, m'évoquer ces événements qui pourraient être à l'origine de ces voix ?

- La plupart c'est des abandons très violents que j'ai vécu dans ma vie. Donc comme en plus le trouble borderline est lié très fortement à la peur de l'abandon... Quand j'ai appris l'existence de ce trouble je me suis dit : « Ben oui ! De manière assez évidente : oui ! ».

Vous vous êtes sentie concerné...

- Assez oui.

D'accord. Vous avez déjà commencé à répondre à cette question tout à l'heure : est-ce que ces phénomènes peuvent avoir un retentissement sur vos relations avec les autres personnes ?

- Oui complètement, parce que dans ces moments-là, euh... Mon premier réflexe c'est de m'isoler complètement...

D'accord.

- … Et... Sauf que je sais que c'est pas un réflexe qui est sain parce qu'on sait jamais à quel point je peux péter un câble en étant seul. Je sais que je peux me faire du mal et je sais pas combien de temps ça va durer. Donc voilà, donc j'essaie de demander de l'aide quand j'en ai vraiment besoin et quand je suis vraiment en état de détresse mais c'est pas du tout évident. Et je sais aussi que dans ces moments-là je peux me mettre très en colère et que ça peut resurgir sur les personnes autour de moi.

Ah oui d'accord. OK.

- … Et même si la colère n'est pas du tout liée à eux à la base, mais juste ça sort et du coup ça tombe sur le premier qui est là et... Et voilà. Donc oui.

D'accord ça peut avoir un retentissement dans les deux sens : soit vous vous éloignez soit vous « explosez ».

- C'est ça. Ça... Ça dépend vraiment des fois. Je crois pas qu'il y ait de schéma particulier à ce niveau-là. Ça dépend des fois. Y'a des fois où j'arrive à prendre sur moi suffisamment pour... Pour ne pas faire mal aux autres, mais y'a des fois où juste j'explose... Et voilà.

D'accord. Vous me disiez tout à l'heure que les voix pouvaient s'adresser à vous directement ?...

- Ouais.

… Qu'elles disaient des choses pas très sympathiques. Est-ce que ce sont des voix que vous connaissez ? Est-ce qu'elles ont des intentions particulières à votre encontre ?

- C'est pas des voix que je connais. C'est pas des voix de personnes. C'est justes des voix comme ça, et assez... Et assez déshumanisées on va dire.

Ah oui.

- … Donc c'est pas... C'est pas les voix de personnes que je connais dans la vraie vie, et... Pardon c'était quoi la deuxième partie de votre question ?

Selon vous, est-ce que ces voix ont des intentions particulières ?

- Ah oui. Pff... Je... Je me pose la question. Je sais pas si leur intention première c'est de blesser uniquement, ou si d'une certaine manière c'est de me faire faire face à des choses, de me faire assumer des choses et de me mettre un peu en face de la réalité... Sauf que c'est fait de manière tellement cruelle et violente que j'ai pas du tout envie de suivre ça.

D'accord oui.

- Donc le problème c'est ça, c'est que souvent elles disent des choses qui sont très cruelles, mais des fois elles disent des choses qui sont aussi très vraies et qui sont très dures à avaler... Donc ça dépend des fois, et... Et voilà des fois j'ai l'impression que c'est purement gratuit quand même comme acte...

D'accord. Oui... Sauriez-vous me recontextualiser votre vie, aussi loin que vous vous souvenez, la première fois que ces manifestations vous sont arrivées ?

- … J'imagine que c'était pendant mon adolescence...

Oui...

- Je pense que ça a commencé vers l'époque où j'ai commencé à avoir mes premières pensées suicidaires, donc j'avais douze ou treize ans.

OK.

- Et ouais. Je crois que ça a commencé à peu près à ce moment-là, où j'ai commencé à entendre des trucs derrière moi, et qui me suivaient un peu tout le temps. Et c'était

vraiment l'image que je m'en faisais, de quelque chose qui me suivait derrière moi, qui était toujours là derrière, qui parlait pas tout le temps, mais quand ça parlait ça disait jamais des trucs très agréables.

Ça a toujours été le même thème, les mêmes choses ?

– Oui ça s'est toujours passé à peu près de la même façon.

OK, OK. Les sensations cutanées, vous vous en souvenez aussi ?

– Euh... Pas vraiment. Je crois que ça, ce doit être un petit peu plus récent. Mais je saurais pas dire la première fois que ça m'est arrivé... Je pense que c'était plus récent que ça, mais ça doit faire euh... Ça doit faire plus cinq, six ans plutôt que dix ans quoi.

D'accord, donc oui ça commence à faire quelques années déjà.

– Ouais.

Une dernière question : vous arrivez à en parler ?

– Euh pas à tout le monde. Je peux en parler à mes amis parce que j'ai une de mes amies qui a le même problème, donc je sais que je peux lui en parler ouvertement.

D'accord.

– Mais elle, elle est carrément sous antipsychotiques et tout ça donc... Donc elle a été plus diagnostiquée que moi à ce niveau-là. Que moi j'ai l'impression que pour l'instant c'est un aspect de mes symptômes qui est passé un petit peu à la trappe niveau médical. Mais donc une des premières personnes à qui j'en ai parlé c'était elle. Et j'ai été un peu obligé d'en parler quand j'étais à l'hôpital aussi.

D'accord...

– … Mais sinon par exemple j'en ai pas parlé à ma famille... Y'a juste mes amis qui sont au courant, et les médecins, et c'est tout... Donc c'est pas évident d'en parler, et puis surtout j'en parle de manière assez vague, et je dis jamais ce que les voix me disent, ou je le dis de façon très vague parce que c'est pas agréable et c'est très dur de dire ce genre de choses... Donc voilà.

OK. Très bien.

Entretien 17

La dernière fois, lors du premier entretien, vous m'avez parlé de sons ou de voix que vous pouviez entendre, mais que les autres autour de vous n'entendaient pas. Il y avait également des choses au niveau de la vue, mais tout à l'heure vous me parliez surtout du toucher.

– Oui c'est plus ça.

D'accord. Est-ce que vous pourriez me décrire brièvement chaque type de manifestation ? Qu'est-ce qu'il se passe quand ça arrive ?

– Je fais rien en fait...

Mmh ?

– Je fais rien et puis... Enfin j'ai une sensation qu'on me touche, qu'on me tire vers l'arr... Enfin qu'on me tire légèrement vers l'arrière, ou c'est plutôt les vêtements...

D'accord.

– Parfois je me demande si c'est le vent mais... Y'a rien ! Donc...

Oui ? Donc c'est comme si quelqu'un vous touchait au final ?

– Oui.

Oui d'accord. OK. Ça c'était au niveau du toucher. En ce qui concerne les autres points, comment ça se passe ?

– Ben... Au niveau de la vue c'est surtout quand... Quand... Comment dire ? C'est pas... C'est pas très fréquent. C'est surtout quand... Ouais c'est souvent quand je suis plus

seule en fait.

D'accord.

– Donc euh... C'est... C'est pas des... C'est pas tout à fait... C'est pas des gens, c'est des sortes d'ombres qui arrivent et qui repartent en fait.

D'accord. Des ombres de personnes ? Des ombres de...

– Oui. Enfin après c'est parfois des ombres d'animaux aussi. [Rires]

Non non, mais après c'est important. Si je vous pose la question c'est que vous n'êtes pas la seule dans ce cas-là...

– Oui oui.

… Donc plutôt des ombres que vous devinez ou que vous voyez très brièvement. D'accord. Au niveau de l'audition vous me disiez ?

– Euh... Du coup j'ai souvent des... Des acouphènes. Déjà.

D'accord, oui.

– Et... Donc c'est pas... Comme des sensations où on m'appelle en fait. Et... en fait non ! [Rires]

D'accord. Vous entendez votre prénom ?

– Oui. Ou : « Hé ! Viens là ! »... Enfin je sais pas ! [Rires]

Oui. D'accord.

– C'est des... Enfin qu'on m'interpelle quoi.

D'accord. Et c'est votre voix ou c'est la voix de quelqu'un d'autre ?

– Non non... C'est pas tout le temps audible.

D'accord...

– Donc c'est... Je sais pas, c'est... Après c'est pas ma voix à moi !

C'est pas votre voix. C'est déjà important de l'avoir repéré.

– [Rires]

D'accord. Après vous m'avez parlé des odeurs mais ça c'était plutôt rare... ?

– Ouais ça c'est rare. Mais après disons que les odeurs, je peux pas... J'en parle pas tout le temps à mes amis, s'ils la sentent ou pas quoi. Donc c'est pas quelque chose dont je peux être sûre à 100%.

D'accord. Oui vous sentez une odeur mais vous ne vérifiez pas s'il y a effectivement la chose qui sent ou si c'est juste votre cerveau qui interprète une odeur.

– Mmh...

D'accord. OK. Si vous voulez bien on va plus parler donc des sensations cutanées, visuelles et auditives car ce sont celles qui sont les plus présentes chez vous. Qu'est-ce que vous ressentez comme émotions quand ça apparaît ?

– … Alors ça... [Rires]

Qu'est-ce que ça peut générer chez vous ?

– Euh... Ça me fait stresser en fait.

Oui...

– … Déjà que je suis tout le temps stressée on va dire... Ça... Je sais pas ça... Mmmh comme c'est des moments particulièrement où je suis seule c'est... Ben déjà c'est assez dérangeant en fait. Je sais pas comment dire. C'est... C'est comme si on voulait me réveiller.

D'accord oui.

– C'est... C'est quand je suis dans mon monde en fait. Et vu que je suis seule dans mon monde, enfin... Ou à trop réfléchir, d'un coup y'a des trucs qui... Enfin j'ai des sensations que... on me bouge ! Je sais pas ! [Rires] C'est ça...

Oui. Oui oui. Qu'on vous tire par derrière, c'est ce que vous me disiez oui.

– Oui.

D'accord. Donc ça, ça vous stresse. Mais si j'ai bien compris vous n'êtes pas stressée à la base, ça survient plus dans les moments de calme vous me disiez...

– Ben... Enfin c'est les moments où je suis en train de réfléchir en fait. Enfin après je réfléchis tout le temps. [Rires] Mais ouais c'est quand... je suis seule en train de réfléchir ouais je pense.

D'accord. Ça peut générer du stress. Qu'est-ce que vous vous dites ? Pas sur le plan émotionnel, mais sur le plan « intellectuel » on va dire. Quand voilà, vous avez ces sensations qui vous touchent, ou quand vous voyez ces ombres, qu'est-ce que vous vous dites ?

– Je sais pas, je me dis que je me fais des films en fait.

Oui ?

– C'est tout. Après... Non là-dessus j'ai rien de plus quoi...

D'accord. Vous vous dites que c'est... un film. Enfin... Une impression ?

– Enfin je me fais... Oui c'est une impression voilà oui ! Pour moi c'est pas réel...

Pour vous c'est pas réel... OK... Je reviens juste sur la voix qui vous interpelle dont vous me parliez tout à l'heure. Quand vous l'entendez, c'est dans votre tête, ou ça vient de l'extérieur comme quand moi je vous parle ?

– Non. Plus dans la tête.

Plus dans la tête.

– Oui.

D'accord. Est-ce que ça peut venir d'autre part ?

– … Euh...

Une autre partie de votre corps, je sais pas... ?

– Non ! Non. Comme ça serait pas logique, je pense... que ça se fait pas. [Rires]

D'accord. Avez-vous remarqué s'il y avait des lieux où ce genre de manifestations survient préférentiellement ?

– Mmh j'ai pas fait attention...

… Ça a pu survenir où, jusqu'à maintenant ?

– Euh... Ça m'arrive au lycée, chez moi, dans la rue... Je sais pas. Ça peut arriver partout en fait ! Y'a pas de lieu précis, je sais pas... Ça dépend plus de mon état d'esprit en fait.

D'accord. De l'état d'esprit, c'est-à-dire si vous êtes en train de réfléchir, si vous êtes occupée, si vous êtes seule ?

– Oui. Oui voilà.

D'accord. J'ai une question semblable avec le moment : avez-vous l'impression que ça survient plus facilement à un certain moment de la journée ?

– … Non.

Le matin, le soir ? La nuit ?

– Non non... Enfin après c'est plus dans la journée. La nuit non. Enfin je fais pas attention après... La nuit dans mon lit euh... [Rires] Je m'amuse pas à réfléchir s'il y a telle ou telle sensation. C'est quelque chose ou quoi...

D'accord.

– Quand je suis chez moi je suis crevée donc... Donc plus à l'extérieur on va dire...

Plus la journée et plus à l'extérieur oui d'accord. C'est déjà bien d'arriver à percevoir tout ça ! Une question mois évidente : qu'est-ce qui, selon vous, quelles sont les raisons qui amènent ces manifestations à apparaître ?

– Mmmh... Souvent quand j'ai des soucis ça a des... C'est des choses qui me tracassent donc euh... Ça m'est déjà arrivé quand je me suis énervée aussi.

Ah.

– C'est pas... [Rires]

Allez-y c'est intéressant !

– Je réfléchis. Je réfléchis à comment formuler en fait.

D'accord.

– C'est euh... C'est des fois, quand je suis dans une espèce d'état de détresse on va dire, c'est... Où j'ai besoin d'en sortir, et du coup, p't-être que... On va dire... Peut-être que ça agit pour me sortir de là et penser à autre chose tout d'un coup, je sais pas...

D'accord.

– C'est une supposition après...

Ah oui ! Mais c'est très subjectif ! C'est votre avis...

– Je sais pas. C'est ce que j'en pense pour moi...

OK. Donc ça peut être soit dans des moments où vous êtes en grande réflexion, où vous avez l'esprit occupé, soit ça peut être dans un moment de détresse aussi.

– Ouais voilà.

Ça peut survenir... Ça peut favoriser l'apparition quelque part vous pensez ?

– … Je sais pas. Enfin ce que je sais, c'est que par exemple, quand je fais des espèces de crises d'angoisse, aussi j'ai des... J'entends plus rien en fait.

Ah ?

– Justement au contraire j'entends plus rien et j'ai un acouphène qui vient mais euh... Vraiment insomniant...

Oui d'accord.

– Et là c'est pas une voix que j'entends c'est... C'est vraiment le son qui est... Vraiment pour me mettre dans une bulle en fait. Pour essayer de me calmer.

Mais ça c'est votre acouphène ou c'est autre chose ?

– … Non c'est vraiment... Hein ?

Ce n'est pas facile comme question !

– Acouphène ou autre chose... Je sais pas, c'est juste que quand... Justement quand je suis vraiment en crise de nerfs, enfin... Vraiment quand je suis en train de faire une crise d'angoisse mais en... Je sais pas, des fois... Des fois j'entends vraiment plus rien et après c'est ce son. Enfin j'ai un son qui reste mais... C'est pas le son extérieur en fait. C'est ça qu'il faut entendre.

Oui oui d'accord. Ça ne doit pas être évident. Déjà si vous n'êtes pas bien mais qu'en plus il y a ce son qui se surajoute ça ne doit pas être évident.

– Ouais c'est... Oui. Mais en fait en soi ça me calme puisque j'entends plus rien à côté...

Ah oui d'accord.

– … Si c'est pas en plus en fait...

Ça coupe la situation difficile ?

– Oui c'est ça.

D'accord. Avez-vous remarqué si ces manifestations, le toucher, les visions, les voix ou les sons, ont un retentissement sur vos relations avec les autres personnes ?

– … Non. [Rires] Ça c'est plus mes pensées ! [Rires]

Oui ? D'accord... Donc ça ne vous a pas perturbée ? Ça ne vous a pas isolée ?

– … Non. Que je sache non.

D'accord... Vous en parlez, de ces manifestations ?

– De ça non. Mais après y'a eu un moment quand j'ai eu... Au début de l'année... Enfin non pas au début de l'année... Il y a trois, quatre mois j'ai eu un problème au niveau de la vue... Enfin du coup j'ai l'impression de faire des hallucinations, mais vraiment plus persistantes. C'est-à-dire que, par exemple je conduisais, et j'ai vraiment vu une feuille qui arrivait, mais j'ai l'impression qu'elle passait à travers le pare-brise...

Ah oui d'accord.

– … Et qui me venait vraiment dessus. Mais c'était... J'ai l'impression que c'est un problème entre l'éloignement, en fait, et la proximité. J'arrive plus à faire la différence. Mais je sais pas si ça à voir ou quoi que ce soit... Mais c'était... Ça me faisait flipper ! [Rires]

Ça doit être impressionnant oui.

– Et ça j'en ai parlé parce que c'était assez stressant, donc j'avais besoin d'en parler.

Et au final cela a donné quoi ?

– … On sait pas. Là ça s'est calmé un peu mais... ça m'arrive toujours. D'avoir l'impression qu'il y ait des choses en fait qui sont... Mais c'est assez souvent quand les choses sont loin en fait, et j'ai l'impression qu'elles sont plus proches qu'elles le sont. Par exemple j'ai des voitures qui sont... Les voitures qui passent à côté j'ai l'impression qu'elles vont me rentrer dedans. Quand elles passent...

D'accord.

– … Du coup ça me fait flipper et j'ai... J'ai un...

Vous avez un geste d'évitement ?

– Oui voilà. Par contre la fois où y'a eu la feuille qui me tombe sur le pare-brise, j'ai vraiment flippé ! [Rires] J'ai freiné d'un coup.

Oui j'imagine que ça doit être impressionnant...

– J'étais en train de conduire donc euh... Ouais ça c'était flippant.

D'accord. Est-ce que vous avez une explication sur le fait que vous avez ces sensations ?

– … Mmmh non. Je sais pas... Non sincèrement non je sais pas.

D'accord ce n'est pas grave. Vous avez le droit de ne pas savoir. Une autre question, ça s'adresse peut-être plus aux sensations cutanées que vous avez et aussi aux voix qui vous interpellent : ont-elles une intention particulière à votre égard ?

– J'en sais rien... Hormis me réveiller on va dire, je sais pas.

Je ne sais pas, est-ce que ça peut être pour vous embêter, pour vous aider, pour... ?

– Non... Non je me fais pas des... Je me fais pas des films comme ça non plus ! [Rires]

Oui ?

– Non. Ça arrive mais après j'y réfléchis pas pendant trois cents ans quoi. C'est... Ça m'arrive sur le coup, je dis : « Ah... OK. Ben voilà. » J'y ai jamais réfléchi.

Ce n'est pas spécialement dirigé contre vous ? Ça survient puis...

– Oui, ça survient et ça repart, c'est tout.

D'accord. OK. Est-ce que vous sauriez me raconter un peu votre vie, le contexte dans lequel vous étiez la première fois que c'est apparu ?

– Alors je m'en souviens même pas donc euh...

Oui ? C'était il y a plusieurs années ?

– Ben euh... Je saurais pas dire. Je saurais pas dire si c'était... y'a deux ans ou quand j'étais gamine, j'en sais rien ! Franchement.

D'accord vous ne vous rappelez pas...

– Du tout du tout.

OK...

– C'est pas quelque chose auquel je faisais vraiment attention donc euh... Je peux pas... Et puis je vérifiais pas si c'était vrai ou pas. Donc je peux pas savoir.

Oui je comprends. Oui vous n'avez pas cherché à comprendre car ça ne vous préoccupait pas plus que ça.

– Non.

D'accord très bien. A votre avis, est-ce que le fait que vous ayez ces manifestations maintenant peut être en rapport avec un événement de votre passé ?

– … C'est possible... Mais...

Vous avez une idée de quel événement ça pourrait être ?

- [Rires] Y'en aurait pas mal hein, mais euh !... Je sais pas. Enfin duquel précisément j'en sais rien du tout...

D'accord mais déjà ce sont des événements plutôt positifs ? Des événements qui vous ont choquée ?

- Non ! Non non... C'est... C'est dans le style de... Mmh... Disons que j'avais... Que j'ai un père. Auquel maintenant je parle plus du tout mais... Maintenant depuis un an. En fait quand j'étais petite, donc quand j'avais six ans, mes parents se sont séparés, et mon père, en fait, il s'est mis avec ma belle-mère actuelle...

Mmh.

- … Et ça s'est pas du tout bien passé en fait. Et ma belle-mère s'amusait à nous manipuler, ma sœur et moi. Pour qu'on ne vienne plus à la maison carrément.

Ah OK.

- Mmh déjà je me suis jamais sentie chez moi. Euh... Et vraiment le fait que... Ce qui aurait pu déclencher c'est que... P't-être le sentiment d'abandon quoi... Quand mon père il a eu son premier enfant avec elle je pense... Après euh... Je sais pas trop. Franchement je sais pas trop.

Oui après ce n'est pas évident comme question, vous devez y réfléchir comme ça...

- Je sais même pas si ce serait dû par rapport à ça. Ça pourrait être dû à d'autres choses aussi, je sais pas.

D'accord.

- A un moment aussi je me suis fait renversée par une voiture, donc euh... Étant donné que je sais même pas de quand ça date...

Oui ça ne vous a pas frappée au point de vous marquer un moment. OK très bien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Stern A. Investigation psychanalytique sur le groupe borderline des névroses. Quelle thérapie engager ?, Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen. *Rev Fr Psychanal*. 30 mai 2011;75(2):331-48.

2. Pichot P. [DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association]. *Rev Neurol (Paris)*. 1986;142(5):489-99.

3. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. avr 2008;69(4):533-45.

4. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 15 sept 2007;62(6):553-64.

5. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet Lond Engl*. 31 août 2004;364(9432):453-61.

6. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. juin 2001;58(6):590-6.

7. Walter M, Gunderson JG, Zanarini MC, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, et al. New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addict Abingdon Engl*. janv 2009;104(1):97-103.

8. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community. *J Personal Disord*. 1 sept 1990;4(3):257-72.

9. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry*. oct 1991;42(10):1015-21.

10. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. févr 2011;10(1):45-51.

11. Zimmerman M, Morgan TA. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. juin 2013;15(2):155-69.

12. Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Tohen M. An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. nov 1985;142(11):1285-90.

13. Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B. [Trauma-related disorders in patients with borderline personality disorders. Results of a multicenter study]. *Nervenarzt*. mai 2013;84(5):608-14.

14. Sack M, Sachsse U, Overkamp B, Dulz B. Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*. 1 mai 2013;84(5):608-14.

15. Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry*. oct 2006;67(10):1583-90.

16. Links PS, Steiner M, Mitton J. Characteristics of psychosis in borderline personality disorder. *Psychopathology*. 1989;22(4):188-93.

17. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. janv 1975;132(1):1-10.

18. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Cognitive features of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. janv 1990;147(1):57-63.

19. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. août 1989;46(8):682-9.

20. Gras A, Amad A, Thomas P, Jardri R. [Hallucinations and borderline personality disorder: a review]. *L'Encephale*. déc 2014;40(6):431-8.

21. Franck N.; Thibault F. Hallucinations [Internet]. *EM-Consulte*. 2003 [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: http://www.em-consulte.com/article/15434/hallucinations

22. Rosen C, Grossman LS, Harrow M, Bonner-Jackson A, Faull R. Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first-rank symptoms: a 20-year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. avr 2011;52(2):126-31.

23. Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Ffytche DH, Hugdahl K, et al. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull*. juin 2012;38(4):724-33.

24. Braakman MH, Kortmann F a. M, van den Brink W. Validity of « post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features »: a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2009;119(1):15-24.

25. Norredam M, Jensen M, Ekstrøm M. Psychotic symptoms in refugees diagnosed with PTSD: a series of case reports. *Nord J Psychiatry*. sept 2011;65(4):283-8.

26. Ross CA, Joshi S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Compr Psychiatry*. août 1992;33(4):269-73.

27. Boksa P. On the neurobiology of hallucinations. *J Psychiatry Neurosci JPN*. juill 2009;34(4):260-2.

28. Nayani TH, David AS. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med*. janv 1996;26(1):177-89.

29. Thomas P, Mathur P, Gottesman II, Nagpal R, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. *Schizophr Res*. mai 2007;92(1-3):41-9.

30. Upthegrove R, Chard C, Jones L, Gordon-Smith K, Forty L, Jones I, et al. Adverse childhood events and psychosis in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mars 2015;206(3):191-7.

31. Scott J, Martin G, Bor W, Sawyer M, Clark J, McGrath J. The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: results from a national survey. *Schizophr Res*. févr 2009;107(2-3):179-85.

32. Slotema CW, Niemantsverdriet MBA, Blom JD, van der Gaag M, Hoek HW, Sommer IEC. Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2017;41:47-52.

33. George A, Soloff PH. Schizotypal symptoms in patients with borderline personality disorders. *Am J Psychiatry*. févr 1986;143(2):212-5.

34. Chopra HD, Beatson JA. Psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. déc 1986;143(12):1605-7.

35. Yee L, Yee L, Korner AJ, McSwiggan S, Meares RA, Stevenson J. Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. avr 2005;46(2):147-54.

36. Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, Gleeson S, Warikoo N, Symons M, et al. Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis*. juin 2010;198(6):399-403.

37. Pearse LJ, Dibben C, Ziauddeen H, Denman C, McKenna PJ. A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. mai 2014;202(5):368-71.

38. Kelleher I, DeVylder JE. Hallucinations in borderline personality disorder and common mental disorders. *Br J Psychiatry*. mars 2017;210(3):230-1.

39. Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, Franken IH, Hoek HW, Sommer IEC, et al. Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Sci Rep* [Internet]. 24 oct 2017 [cité 9 août 2018];7. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5654997/

40. Zonnenberg C, Niemantsverdriet MBA, Blom JD, Slotema CW. [Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder]. *Tijdschr Voor Psychiatr*. 2016;58(2):122-9.

41. Miller FT, Abrams T, Dulit R, Fyer M. Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder and concurrent axis I disorder. *Hosp Community Psychiatry*. janv 1993;44(1):59-61.

42. Suzuki H, Tsukamoto C, Nakano Y, Aoki S, Kuroda S. Delusions and hallucinations in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. déc 1998;52(6):605-10.

43. Tschoeke S, Steinert T, Flammer E, Uhlmann C. Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *J Nerv Ment Dis*. juill 2014;202(7):544-9.

44. Hepworth CR, Ashcroft K, Kingdon D. Auditory hallucinations: a comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother*. juin 2013;20(3):239-45.

45. Merrett Z, Rossell SL, Castle DJ. Comparing the experience of voices in borderline personality disorder with the experience of voices in a psychotic disorder: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. juill 2016;50(7):640-8.

46. Védère M. Hallucinations dans le trouble de personnalité borderline: revue de la littérature et étude sur une population de patients en détention. [Toulouse]: *Toulouse III Paul Sabatier*; 2016.

47. Adams B, Sanders T. Experiences of psychosis in borderline personality disorder: a qualitative analysis. *J Ment Health Abingdon Engl*. août 2011;20(4):381-91.

48. de Chazeron I, Pereira B, Chereau-Boudet I, Brousse G, Misdrahi D, Fénelon G, et al. Validation of a Psycho-Sensory hAllucinations Scale (PSAS) in schizophrenia and Parkinson's disease. *Schizophr Res*. févr 2015;161(2-3):269-76.

49. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*. juill 1999;29(4):879-89.

50. Hatton C, Haddock G, Taylor JL, Coldwell J, Crossley R, Peckham N. The reliability and validity of general psychotic rating scales with people with mild and moderate intellectual disabilities: an empirical investigation. *J Intellect Disabil Res JIDR*. juill 2005;49(Pt 7):490-500.

51. Goetz CG, Leurgans S, Pappert EJ, Raman R, Stemer AB. Prospective longitudinal assessment of hallucinations in Parkinson's disease. *Neurology*. 11 déc 2001;57(11):2078-82.

52. Wada-Isoe K, Ohta K, Imamura K, Kitayama M, Nomura T, Yasui K, et al. Assessment of hallucinations in Parkinson's disease using a novel scale. *Acta Neurol Scand*. janv 2008;117(1):35-40.

53. Paillé P.: Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd.* [Internet]. 2016 [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=9hN6DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=paill%C3%A9+mucchielli+analyse+qualitative+sciences&ots=NsAVyWyS7i&sig=T6lQfWy2tgYlLthxl0nlnv6CGsI#v=onepage&q=paill%C3%A9%20mucchielli%20analyse%20qualitative%20sciences&f=false

54. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry*. juill 1981;138(7):896-903.

55. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry*. févr 1990;147(2):161-7.

56. [Clinical diagnosis and standardized evaluation of borderline personality: preliminary report]. - *PubMed - NCBI* [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.gate2.inist.fr/pubmed/?term=Clinical+diagnosis+and+standardized+evaluation+of+borderline+personality%3A+preliminary+report

57. Carlson, Putnam. An update on the dissociative experiences scale [Internet]. 1986 [cité 6 mai 2018]. Disponible sur: http://psycnet.apa.org/record/1994-27927-001

58. Ellason JW, Ross CA, Mayran LW, Sainton K. CONVERGENT VALIDITY OF THE NEW FORM OF THE DES. :4.

59. Darves-Bornoz JM, Degiovanni A, Gaillard P. Validation of a French version of the Dissociative Experiences Scale in a rape-victim population. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. avr 1999;44(3):271-5.

60. Hooper LM, Stockton P, Krupnick JL, Green BL. Development, Use, and Psychometric Properties of the Trauma History Questionnaire. *J Loss Trauma*. 1 mai 2011;16(3):258-83.

61. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther*. août 1996;34(8):669-73.

62. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In: *annual convention of the international society for traumatic stress studies*, San Antonio, TX. San Antonio, TX.; 1993.

63. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: validation of a measure, the PCLS]. *L'Encephale*. juin 2003;29(3 Pt 1):232-8.

64. Bouvard M; Cottraux J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie* [Internet]. 2010 [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: https://www.elsevier-masson.fr/protocoles-et-echelles-devaluation-en-psychiatrie-et-psychologie-9782294710414.html

65. Slotema CW, Blom JD, Niemantsverdriet MBA, Sommer IEC. Auditory Verbal Hallucinations in Borderline Personality Disorder and the Efficacy of Antipsychotics: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2018;9:347.

66. Van Der Vleugel BM, Van Den Berg DPG, Staring ABP. Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR. *Riv Psichiatr*. avr 2012;47(2 Suppl):33-8.

67. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br J Clin Psychol*. nov 2003;42(Pt 4):331-53.

68. Slotema CW, Blom JD, Deen M, Niemantsverdriet MBA, van der Gaag M, Hoek HW, et al. Negative Beliefs about Voices in Patients with Borderline Personality Disorder Are Associated with Distress: A Plea for Cognitive-Behavioural Therapy? *Psychopathology*. 2017;50(4):255-61.

69. Daniel C, Lovatt A, Mason OJ. Psychotic-Like Experiences and Their Cognitive Appraisal Under Short-Term Sensory Deprivation. *Front Psychiatry* [Internet]. 15 août 2014 [cité 19 août 2018];5. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133754/

70. Arrigo BA, Bullock JL. The psychological effects of solitary confinement on prisoners in supermax units: reviewing what we know and recommending what should change. I*nt J Offender Ther Comp Criminol*. déc 2008;52(6):622-40.

71. Smith MJ, Thirthalli J, Abdallah AB, Murray RM, Cottler LB. Prevalence of psychotic symptoms in substance users: a comparison across substances. *Compr Psychiatry*. juin 2009;50(3):245-50.

72. McAuley JH, Gregory S. Prevalence and clinical course of olfactory hallucinations in idiopathic Parkinson's disease. *J Park Dis*. 2012;2(3):199-205.

73. Glaser J-P, Van Os J, Thewissen V, Myin-Germeys I. Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* févr 2010;121(2):125-34.

74. Guerini R, Marraffa M, Paloscia C. Mentalization, attachment, and subjective identity. *Front Psychol* [Internet]. 21 juill 2015 [cité 24 août 2018];6. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508755/

75. Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. mars 1998;21(1):27-42.

76. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull*. nov 2007;33(6):1324-42.

77. Romme M, Escher S. Hearing voices. *BMJ*. 10 sept 1994;309(6955):670.

78. Honig A, Romme MA, Ensink BJ, Escher SD, Pennings MH, deVries MW. Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis*. oct 1998;186(10):646-51.

79. Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J. Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *J Personal Disord*. août 2011;25(4):448-62.

80. Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J, Ostacher M, et al. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry*. août 1993;34(4):254-7.

81. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. août 1997;154(8):1101-6.

82. Shevlin M, Murphy J, Read J, Mallett J, Adamson G, Houston JE. Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. déc 2011;46(12):1203-10.

83. Korzekwa MI, Dell PF, Pain C. Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Curr Psychiatry Rep*. févr 2009;11(1):82-8.

84. Varese F, Barkus E, Bentall RP. Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychol Med*. mai 2012;42(5):1025-36.

85. MD CAR, PhD BK. Dissociation and Schizophrenia. *J Trauma Dissociation*. 4 oct 2004;5(3):69-83.

86. Barnow S, Herpertz SC, Spitzer C, Stopsack M, Preuss UW, Grabe HJ, et al. Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*. 2007;40(6):369-78.

87. Nicol K, Pope M, Romaniuk L, Hall J. Childhood trauma, midbrain activation and psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Transl Psychiatry*. 5 mai 2015;5:e559.

88. Ivezić S, Bagarić A, Oruc L, Mimica N, Ljubin T. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients. *Croat Med J*. juin 2000;41(2):179-83.

89. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *Br J Clin Psychol*. mars 2000;39 (Pt 1):67-78.

90. Slotema CW, Daalman K, Blom JD, Diederen KM, Hoek HW, Sommer IEC. Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychol Med*. sept 2012;42(9):1873-8.

91. Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 2010;196(1):4-12.

92. Linehan MM, McDavid JD, Brown MZ, Sayrs JHR, Gallop RJ. Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. juin 2008;69(6):999-1005.

93. Shafti SS, Shahveisi B. Olanzapine versus haloperidol in the management of borderline personality disorder: a randomized double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol*. févr 2010;30(1):44-7.

94. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. juin 2005;162(6):1221-4.

95. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Personal Disord*. avr 2009;23(2):156-74.

96. Ingenhoven TJM, Duivenvoorden HJ. Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *J Clin Psychopharmacol*. août 2011;31(4):489-96.

97. Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* juin 2015;25(6):763-72.

98. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry*. août 2003;44(4):284-92.

99. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. déc 1998;155(12):1733-9.

100. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Personal Disord*. oct 2014;28(5):734-50.

101. Slotema CW, Blom JD, Niemantsverdriet MBA, Deen M, Sommer IEC. Comorbid Diagnosis of Psychotic Disorders in Borderline Personality Disorder: Prevalence and Influence on Outcome. *Front Psychiatry* [Internet]. 14 mars 2018 [cité 9 août 2018];9. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5861147/

102. Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. mars 2005;20(2):145-51.

103. Morrison P, Meehan T, Stomski NJ. Living with antipsychotic medication side-effects: the experience of Australian mental health consumers. *Int J Ment Health Nurs*. juin 2015;24(3):253-61.

104. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. - *PubMed - NCBI* [Internet]. [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.gate2.inist.fr/pubmed/?term=Outpatient+psychotherapy+for+borderline+personality+disorder%3A+randomized+trial+of+schema-focused+therapy+vs+transference-focused+psychotherapy

105. Allilaire J-F. [Borderline personality disorders: diagnosis and treatment]. *Bull Acad Natl Med*. oct 2012;196(7):1349-58; discussion 1358-1360.

106. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, et al. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juill 2007;42(7):513-21.

107. Weston SN. Comparison of the assessment by doctors and nurses of deliberate self-harm. *The Psychiatrist*. 1 févr 2003;27(2):57-60.

108. McMain SF, Fitzpatrick S, Boritz T, Barnhart R, Links P, Streiner DL. Outcome Trajectories and Prognostic Factors for Suicide and Self-Harm Behaviors in Patients With Borderline Personality Disorder Following One Year of Outpatient Psychotherapy. *J Personal Disord*. août 2018;32(4):497-512.

109. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Ferrer M, Andión O, Aragonès E, Casas M, et al. Cost of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. oct 2014;29(8):490-7.

110. Wunsch E-M, Kliem S, Kröger C. Population-based cost-offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: projected costs in a currently running, ideal health system. *Behav Res Ther*. sept 2014;60:1-7.

111. Kjelby E, Sinkeviciute I, Gjestad R, Kroken RA, Løberg E-M, Jørgensen HA, et al. Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to hallucinations and persecutory delusions. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. oct 2015;30(7):830-6.

AMIEL Philippe 2018 TOU3 1566

STUDY OF THE PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF HALLUCINATORY EVENTS IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

ABSTRACT : Hallucinations in patients with borderline personality disorder, wich are more and more studied, stay underevaluated in clinical pratice and can point to inappropriate diagnosic and management. The aims of this study were to estimate the prevalence of hallucinations in this population, to characterize them and to highlight correlations with levels of dissociation and post-traumatic stress. The recruited sample was representative of the targeted clinical population. The prevalence of hallucinations has been estimated at 53%. Of predominant auditory type, but also visual, sensitive and olfactive, they are generally brief, with an important negative content, a poor control and a correct critic. Positive correlations with dissociation and post-traumatic symptoms were found.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : Psychiatry

KEY-WORDS : Hallucination, Borderline personality disorder, Prevalence, Dissociation, Post-traumatic stress disorder, Qualitative

TITLE AND ADDRESS OF THE LABORATORY :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

SUPERVISORS : Dr Maxime VEDERE et Dr Anne-Hélène MONCANY

AMIEL Philippe 2018 TOU3 1566

ETUDE DE LA PREVALENCE ET DES CARACTERISTIQUES DES MANIFESTATIONS HALLUCINATOIRES CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE

RESUME EN FRANÇAIS : Les hallucinations chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline, de plus en plus étudiées, restent encore méconnues en pratique clinique courante et peuvent orienter vers des diagnostics et des prises en charge inadaptées. Les objectifs de l'étude étaient d'estimer la prévalence des hallucinations dans cette population, de les caractériser et de mettre en évidence des corrélations avec les niveaux de dissociation et de stress post-traumatique. L'échantillon recruté était représentatif de la population clinique ciblée. La prévalence des hallucinations a été estimée à 53%. De type auditif prédominant, mais aussi visuel, sensitif et olfactif, elles sont généralement brèves, de contenu négatif important, avec un contrôle médiocre et une critique correcte. Des corrélations positives avec les symptômes dissociatifs et post-traumatiques ont été retrouvées.

TITRE EN ANGLAIS : Study of the prevalence and characteristics of hallucinatory events in patients with borderline personality disorder

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique - Psychiatrie

MOTS-CLÉS : Hallucination, Trouble de la personnalité borderline, Prévalence, Dissociation, Stress post-traumatique, Qualitatif

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

DIRECTEURS DE THESE : Dr Maxime VEDERE et Dr Anne-Hélène MONCANY