

Quand un soignant **bas**

À 46 ans, cet infirmier expérimenté en psychiatrie est victime d'une décompensation psychotique brutale. Du début des troubles au rétablissement, ce récit « de l'intérieur » montre l'importance « d'accueillir » le délire.

Ancien infirmier en psychiatrie, et aujourd'hui consultant et pair-aidant dans le domaine de la santé, j'ai décompensé sur un mode psychotique à l'âge de 46 ans. Diagnostiqué comme personne schizophrène, j'ai souffert de délires, d'hallucinations et de paranoïa pendant plus de quatre ans. Actuellement en rétablissement, je porte un double regard sur la psychiatrie, celui d'un ex-professionnel de la santé mentale et celui d'un patient hospitalisé à plusieurs reprises contre sa volonté.

À L'ORIGINE, UNE SOUFFRANCE INTENSE

La schizophrénie est un terme générique, qui correspond à des réalités extrêmement différentes. Ce que j'évoque dans cet article traduit mon expérience singulière de cette maladie. Décrire un vécu hospitalier en psychiatrie reste délicat. Le fait de délirer sur un mode psychotique biaise notablement la perception du contexte dans lequel on est immergé.

Blaise ROCHAT

Pair-aidant en santé mentale, enseignant.



cule dans la psychose...



© Stocklib - Anna Nahabed

Je vais toutefois tenter l'exercice sans garantie d'objectivité, mais avec un souci d'honnêteté.

Jusqu'à l'âge de 46 ans, je n'avais jamais présenté de symptômes psychotiques. Si je tente de comprendre les causes du basculement dans la psychose, je dirai que j'ai été soumis à plusieurs stress très importants, en un temps relativement court : on a découvert que j'avais un cancer, à la suite d'une septicémie j'ai dû être hospitalisé en soins intensifs. J'ai vécu une rupture sentimentale particulièrement douloureuse. À l'origine de ma décompensation psychotique, se trouvent

d'abord comme au-dessus de ma tête, puis « glissait » ensuite à l'intérieur de mon crâne, pour se retrouver dans mon cerveau à la place habituelle. Cela faisait une forme d'écho. Assez rapidement, ces « deux temps » se sont différenciés et la pensée qui surgissait à « l'extérieur » est devenue une voix autonome. Progressivement, des dizaines de voix se sont imposées, avec lesquelles je me suis mis à dialoguer. J'observais ce qui se passait avec un mélange de crainte et de fascination, j'avais le sentiment de découvrir une réalité inconnue, qui recelait des subtilités au-delà du langage familier.

internes. Pendant les trois années qui ont suivi, j'ai tenté tant bien que mal de survivre à ce chaos intérieur. L'expertise médicale réalisée à cette époque a posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde. Il me semble important de mentionner qu'au moment où je me suis mis à entendre des voix, je n'étais pas délirant. Ce n'est que progressivement que ma perception du monde s'est modifiée et que des éléments inconnus ont surgi. J'avais l'impression de vivre une révélation, de découvrir la signification profonde de la réalité, tout prenait sens. Pour illustrer cela, imaginez que vous êtes dans un jeu vidéo en trois



À l'hôpital, l'admission a été le seul moment où il m'a été possible d'échanger quelque chose de significatif avec les soignants. (...) Par la suite, on observait mes attitudes et mes comportements, mais sur le plan relationnel, c'est un peu comme si, une fois l'adjectif "délirant" posé, on ne voyait plus l'intérêt d'explorer mon vécu.»

à mon sens deux éléments : l'intensité de la souffrance psychique liée à ces événements et le fait que je suis probablement porteur d'une fragilité.

Quand les troubles ont débuté, j'étais marié, nous avons un fils de 16 ans et j'étais professeur en soins infirmiers dans une école supérieure de santé en Suisse. Auparavant, j'avais travaillé plusieurs années en hôpital psychiatrique. Ces expériences professionnelles m'avaient permis d'acquérir de bonnes connaissances en psychopathologie, que j'enseignais. Contrairement à ce que l'on pourrait peut-être penser, ces différents savoirs ne m'ont pas permis de comprendre ce qui m'arrivait au moment de ma décompensation. Si, *a posteriori*, je tente de comprendre les raisons de cette incapacité, je dirai que mes hallucinations auditives (des voix) ont rapidement saturé ma pensée et ma capacité de raisonnement. Mes facultés réflexives ont été totalement débordées par une surabondance d'informations sensorielles et émotionnelles. J'étais continuellement en proie à une multitude d'interactions sur le plan intérieur, qui rendaient presque impossible toute distance ou réflexion critique.

DES ÉCHOS DANS LA TÊTE

Le début des troubles a été brutal. Soudain, j'ai constaté que mes pensées arrivaient en deux temps, chacune apparaissait

Toutefois, je sentais bien que quelque chose m'échappait, que j'étais en train de perdre le contrôle de ce qui arrivait. Comme pour un certain nombre « d'entendeurs de voix », les sons perçus étaient des hallucinations psychiques, c'est-à-dire que ces sons ne passaient pas à travers mes oreilles, mais agissaient par « transmission de pensée ». Le plus surprenant était que les propos s'accompagnaient de sens et d'émotions. À titre d'exemple, lorsqu'une voix disait : « *Nous souhaitons te rencontrer* », je savais « qui » englobait ce « nous » et dans quel état émotionnel se trouvaient « les êtres » en question.

Des difficultés très importantes sont apparues quand j'ai réalisé que je n'avais absolument pas de contrôle sur ce phénomène, les voix s'invitant de manière totalement imprévisible. Comme il m'était impossible de les ignorer, j'interagissais avec elles des heures durant. J'estime qu'environ 80 % de ces voix étaient agressives et leur charge « émotionnelle » pouvait rendre certains énoncés totalement insupportables (par exemple des injures). Sur le plan de l'intensité des agressions subies, cela s'apparentait au bruit d'un crissement de craie sur un tableau noir à la puissance dix.

Compte tenu de la prégnance de ces expériences, j'ai progressivement désinvesti les relations avec mon entourage pour me concentrer uniquement sur ces dialogues

dimensions : vous vous déplacez dans un contexte que vous connaissez, dans lequel vous évoluez avec aisance, puis petit à petit vous arrivez à un niveau de jeu où de nouveaux éléments apparaissent, où tout « un arrière-fond » jusqu'ici caché vous est révélé. Cela procure un sentiment de lucidité fascinant, mais en même temps de nouveaux dangers vous menacent et il devient nécessaire de rapidement s'adapter pour « survivre ». Dans ce contexte particulièrement incertain, mes délires étaient les fils rouges qui m'apportaient une certaine cohérence et me permettait de donner un peu « d'intelligibilité » à ce chaos psychique.

JE N'ÉTAIS PAS LE FILS DE MA MÈRE

L'un de mes premiers délires consistait à penser que je n'étais pas le fils de ma mère, que celle-ci avait simulé une grossesse et que je devais découvrir ma véritable mère biologique. Cette suspicion concernant mes origines était fondée sur plusieurs données en apparence anodines, mais qui reliées entre elles, prenaient pour moi toute leur signification.

– Tout d'abord, il n'existait aucune photo de ma mère enceinte, alors que mon père était photographe et que nous avions plusieurs albums de photographies de famille.
– Ensuite, j'avais demandé un extrait de naissance à l'office d'État civil de la commune dans laquelle je suis né, et le

document comportait une erreur : la date indiquée se situait dans le futur. Pour moi, cela signifiait implicitement que quelque chose n'allait pas du côté de mes origines. – On m'avait toujours dit que j'étais né par césarienne et que celle-ci avait été prévue longtemps à l'avance. Or mon heure de naissance se situe en début de soirée, ce qui était selon moi incompatible avec un programme opératoire.

Convaincu qu'un secret de famille dissimulait la vérité, je me suis confronté à mon père, exigeant la vérité. Il est resté triste et perplexe. Son incapacité à me fournir des explications satisfaisantes a renforcé ma conviction du complot.

Puis il m'a semblé logique qu'une telle falsification ne pouvait pas passer inaperçue. En plus de ma famille, les voisins, l'ensemble du village devaient donc être au courant... Cette évolution dans ma manière de percevoir les autres m'a fait passer du délire à la paranoïa. Je suspectais toutes mes connaissances de me dissimuler la vérité. Cette défiance a eu pour conséquence de m'isoler presque totalement.

DES SITUATIONS SURRÉALISTES

Les combinaisons entre des hallucinations visuelles, auditives, cénesthésiques et les délires m'ont amené à vivre des situations surréalistes.

Un jour, observant la circulation en ville, j'ai constaté que seules deux marques de voitures roulaient. J'avais beau être attentif, je ne voyais que deux types de véhicules, des Renault et des Opel. Je savais parfaitement que cela était totalement improbable. À ce moment-là, j'ai pris acte que le monde que j'avais connu jusqu'ici n'était plus celui qui défilait sous mes yeux. J'avais l'impression d'être dans un film de science-fiction ou dans une dimension parallèle. Pour moi, il devenait très clair que mes difficultés ne relevaient pas de mon psychisme, mais d'une transformation de la réalité qui m'échappait totalement.

Compte tenu de mes connaissances en psychopathologie, je savais comment faire pour éviter une hospitalisation. L'idée que je puisse avoir besoin de soins ne me venait pas à l'esprit, les problèmes que je rencontrais étaient de nature purement ésotérique. L'impossibilité de m'hospitaliser et la prégnance de mes délires ont eu pour conséquence que la situation est devenue intenable pour ma femme et mon fils qui ont été contraints de quitter notre domicile.

TOUCHER LE FOND

À la suite du départ de mes proches, je me suis retrouvé dans un isolement presque complet. Avec la perte des liens sociaux, mes hallucinations, mes délires et ma paranoïa n'ont fait qu'empirer. C'est à cette extrémité et à contrecœur que j'ai accepté d'être hospitalisé. Il faut bien se rendre compte que pour moi, à ce moment-là, les soignants faisaient partie intégrante du complot à l'origine de mes tourments. En acceptant d'être « interné », j'avais donc le sentiment de me jeter dans la gueule du loup. En même temps, je devais avoir une certaine conscience que ce choix était probablement ma seule planche de salut.

« DÉLIRANT »

Ma situation devenait incompatible avec la vie « ordinaire », j'étais en danger. Dans ces conditions, l'hôpital était le seul lieu susceptible de casser ce cercle vicieux, de rompre cet isolement pathologique. Le cadre institutionnel en tant que tel a ainsi eu une fonction salvatrice.

Sur le plan psychique, j'étais dans un monde clos : je ne partageais plus la même langue et les mêmes croyances que les personnes qui m'entouraient, j'étais suspicieux, sur la défensive. L'intensité des souffrances vécues les derniers jours m'amenait toutefois à être soulagé par cette hospitalisation. Mes premières impressions furent clairement positives. Lors de l'admission, j'ai eu le sentiment que les soignants cherchaient véritablement à comprendre ce que je vivais. J'ai pu faire part de mes convictions délirantes et partager une partie de mon vécu traumatique. Après des mois d'isolement social, la possibilité de retrouver des relations humaines, une écoute, a été un très grand soulagement.

Malheureusement, au cours de ce séjour, c'est le seul moment où il a été possible pour moi d'échanger quelque chose de véritablement significatif avec les soignants. Une fois l'admission réalisée et le diagnostic plus ou moins posé, c'est comme si ce que je vivais sur le plan intérieur n'intéressait plus les professionnels. À partir de là, j'ai eu le sentiment de croiser des médecins, des infirmières... mais sans véritablement pouvoir partager avec eux. J'étais dans mes raisonnements et mes délires et eux dans leurs pratiques plus ou moins normatives. On observait mes attitudes et mes comportements, mais sur le plan relationnel, c'est un peu comme

si, une fois l'adjectif « délirant » posé, on ne voyait plus l'intérêt d'explorer ce que je vivais.

« TROUBLE LA TRANQUILLITÉ »

Cette absence de lien significatif a provoqué un épisode violent. Aux prises avec mes voix, j'ai haussé le ton, je me suis montré vindicatif. En quelques minutes, j'ai été conduit de force dans une chambre d'isolement, sans que personne ne me donne véritablement d'explication. Je n'ai absolument pas compris ce qui motivait cette décision à mon sens totalement disproportionnée. Les soignants n'ont pas cherché à savoir ce qui se passait pour moi, ils ont sanctionné un comportement. Par la suite, en consultant mon dossier médical, j'ai relevé les propos suivants : « A été conduit à l'isolement, car élève la voix, trouble la tranquillité du service et devient agressif verbalement envers le personnel soignant. Médication donnée. » Cette situation montre bien qu'à défaut de parvenir à gérer les choses sur le plan symbolique, on en est réduit à réguler les comportements par la contrainte physique et cela ne se fait pas sans violence et donc traumatismes. J'avais le sentiment que les soignants avaient renoncé à comprendre ou négocier quelque chose avec des mots. Ils se situaient dans une perspective quasiment éthologique. Après cet événement, il n'y a pas eu de « débriefing » et j'en garde un sentiment de honte et d'humiliation. Cela dit, les soignants ne paraissent pas à l'aise, et je sais bien que ce type de situations est également une source d'insatisfaction importante pour eux.

LA MÉDICATION, L'IMPOSSIBLE NÉGOCIATION

Dès le début de mon hospitalisation, j'ai bénéficié d'un important traitement neuroleptique. J'avais tellement souffert que je ne remettais pas en question ce choix thérapeutique. Après tout, il m'apporterait peut-être un répit. Au bout de quelques jours, j'ai commencé à percevoir des effets secondaires, je souffrais d'impatiences dans les bras, très difficiles à supporter. Pour diminuer leur impact, j'ai demandé à plusieurs reprises une diminution de ma médication ou un changement de molécules, mais l'équipe infirmière et les médecins ne m'ont pas entendu. De guerre lasse, j'ai fini par arrêter toute prise de médicaments et cela, jusqu'à la fin de mon hospitalisation. Je faisais semblant d'ingérer les comprimés que je recrachais

juste après dans le lavabo de ma chambre. En consultant mon dossier médical, j'ai pu lire : « *En raison de la fluctuation de la symptomatologie décrite par le patient sous forme d'impatience non objectivable des membres supérieurs sous Risperidone, nous n'avons pas jugé nécessaire de faire un changement médicamenteux ou adaptation du dosage.* »

Cette note du médecin confirme bien le problème du statut donné à la parole du patient. Ce qu'il dit n'est pas considéré comme vrai, et cela tant que ses propos ne sont pas confirmés par un comportement observable. Cela pose la question du lien, mais ici tout particulièrement, de l'alliance thérapeutique.

Après ma sortie de l'hôpital, lors de mon premier rendez-vous chez un psychiatre, celui-ci a abordé la médication en se positionnant d'une manière très différente : « *Je passe une grande partie de mon temps avec des personnes qui disent prendre des neuroleptiques, mais qui en fait ne le font pas. J'ai l'impression de perdre mon temps. Je vous propose donc d'être honnête, de dire ce que vous prenez vraiment et qu'ensuite on regarde ensemble, on adapte ou on change, et cela, en fonction de comment vous supportez le traitement.* »

D'emblée, j'ai été touché par sa franchise et par le fait d'être considéré comme un véritable interlocuteur. À la suite de cette consultation, j'ai accepté de reprendre un traitement neuroleptique. Le dosage prescrit ne correspondait certainement pas à ce qui aurait été considéré comme optimal sur le plan psychopharmacologique, mais il existait une véritable alliance thérapeutique, qui impliquait une bonne compliance de ma part.

ACCUEILLIR LE DÉLIRE

Si l'hospitalisation et la médication sont incontestablement des éléments centraux pour désamorcer une crise psychotique, un enjeu éthique essentiel consiste à établir une relation significative. Ce n'est que sur cette base qu'il est possible d'instaurer une véritable alliance thérapeutique. Cela nécessite d'accueillir la souffrance psychique, d'aller à sa rencontre, de permettre son expression, même délirante. Certaines représentations « professionnelles » font obstacle à cette démarche, je pense en particulier à l'idée que les soignants commettraient une faute en « validant » un délire psychotique, qu'ils risqueraient de le renforcer, de le faire

« flamber ». Or, il ne s'agit pas de se prononcer sur la véracité du discours délirant, mais d'accepter que celui-ci paraisse être vrai à ce moment-là pour la personne qui l'énonce. On se rapproche ici d'attitudes développées par exemple dans le cadre de la méthode appelée Validation® de Naomi Feil (1), qui a pour objectif de maintenir la communication avec les personnes âgées désorientées. À mon sens, une relation soignante de qualité exige d'être fondée sur une prise en compte de ce que vit l'autre. De ce point de vue, le délire n'a pas à être envisagé comme une menace à annihiler à tout prix, mais plutôt comme une passerelle pour rejoindre la personne dans sa souffrance. Cette idée de permettre l'expression de ce qui est éprouvé dans le délire psychotique n'est pas nouvelle. On se rapproche ici de ce que Lacan proposait quand il incitait l'analyste à être « le secrétaire » (2) de la personne délirante. Cela ne consiste pas à poser des interprétations ou à délirer avec le patient, mais à prendre ses mots avec la plus grande considération et à lui permettre de construire sa solution à travers sa parole.

UN ACCOMPAGNEMENT PARTICULIÈREMENT EXIGEANT

Je suis conscient que les attentes posées par rapport aux professionnels sont très importantes et qu'elles peuvent même paraître contradictoires. Le soignant devrait être en capacité d'« entendre », de comprendre les éprouvés de la personne qui délire, mais elle le considère le plus souvent comme inexistant ou persécuteur. Le thérapeute doit être particulièrement attentif pour « supporter » ce type d'interaction. Formulé de manière différente, on pourrait dire que l'accompagnement de personnes qui présentent un délire psychotique nécessite une analyse poussée des contre-attitudes, et que ce type de suivi est souvent peu valorisant sur le plan narcissique.

Au cours de ma décompensation, j'ai rencontré des professionnels très différents. Les personnes qui m'ont le plus aidé sont celles qui ont accepté (supporté) d'accueillir mon vécu délirant et par conséquent, de réellement investir la relation. J'ai pu constater que cette alliance était possible quel que soit le contexte. Reste toutefois qu'en fonction de leurs missions et leurs cultures, les institutions favorisent plus ou moins une telle approche.

QUOTIDIEN ENTRE RÉFLEXIVITÉ ET DÉCISIONS ARBITRAIRES

L'hôpital, compétent pour la prise en charge de la phase aiguë, a tendance à s'attaquer de front à la symptomatologie psychotique. J'ai pu constater que l'institution laisse peu de place à l'expression du vécu, une partie des activités de la vie quotidienne étant gérée à travers des rapports de force. Sur le plan éthique, la notion de « bienfaisance » (savoir ce qui est bien pour le patient) domine assez largement celle du respect de l'autonomie de la personne (respecter les choix du patient, obtenir son consentement « éclairé » pour agir). Dans les soins psychiatriques, les tensions entre ces deux principes éthiques sont quotidiennes. La question n'est pas tant de déterminer a priori ce qui serait ou non à privilégier, mais bien de savoir quels moyens se donnent les équipes pour créer des espaces réflexifs permettant de penser ce type de dilemmes. L'éthique clinique, par exemple, propose des outils très concrets pour aborder les conflits de valeurs rencontrés par les soignants. Sur le plan déontologique, les professionnels doivent développer de tels outils, en particulier quand il s'agit de prendre des décisions qui vont à l'encontre de l'autonomie de la personne.

À défaut, le risque est d'être confronté à une forme de prêt-à-porter qui brise les singularités et empêche la création d'une véritable alliance thérapeutique. Les patients ont très souvent l'impression que certaines décisions ne relèvent pas d'une démarche réflexive professionnelle, mais plutôt d'éléments arbitraires (3), comme l'humeur du jour, la charge de travail, un certain nombre de préjugés... Mettre en place des espaces réflexifs, inclure les patients dans les processus décisionnels, puis les informer des raisons des choix opérés sont à mon sens des éléments déterminants de la qualité des soins en psychiatrie.

LES ASSOCIATIONS DE PATIENTS

Les associations de patients n'ont pas véritablement d'objectifs de soin. Dans ces lieux de vie et d'activités diverses, chacun est accepté avec son discours et ses symptômes. Pour ma part, c'est dans ce type de structure que j'ai pu recréer des liens significatifs et progressivement, retrouver une partie des compétences mises à mal par la psychose. Le paradoxe de ces espaces réside dans le fait que

l'absence de visées thérapeutiques se révèle parfois extrêmement thérapeutique. Avoir peu d'exigences, accepter l'autre tel qu'il est, amène la personne souffrant de troubles psychiques à aller à son rythme, à reprendre progressivement confiance en elle. Après plusieurs années durant lesquelles mes relations se limitaient presque exclusivement à la rencontre de soignants, la fréquentation de ces associations m'a permis de m'éloigner d'une identité de patient. J'ai pu progressivement me considérer à nouveau comme une personne, un citoyen.

Par ailleurs, compte tenu de l'importante stigmatisation sociale des troubles psychotiques et des éprouvés induits par les hallucinations, échanger entre personnes concernées est essentiel. Les groupes d'entendeurs de voix (4) offrent ainsi la possibilité d'exprimer des choses parfois très difficiles à évoquer et qui peuvent être mal comprises. Il faut beaucoup de confiance pour dépasser la honte, la culpabilité, l'autostigmatisation...

POUR NE PAS CONCLURE...

Dans le contexte actuel, toujours plus orienté vers des explications biomédicales des troubles psychiques, n'oublions jamais qu'accéder à la parole de la personne qui souffre fait partie intégrante du traitement. Le sens que le patient donne à ses

symptômes a une influence déterminante sur sa compliance et l'évolution de la maladie. Les responsabilités éthique et déontologique des soignants consistent donc, en premier lieu, à créer un lien significatif avec l'utilisateur. Dans le domaine des psychoses, cela nécessite d'accueillir le délire.

Compte tenu de la fréquence des conflits de valeurs rencontrés dans l'accompagnement des patients en psychiatrie, il est primordial de mettre en place des espaces réflexifs, permettant d'analyser les situations, de prendre des décisions « éclairées », d'éviter à tout prix l'arbitraire. Cela ne se fait pas « naturellement », mais demande de se référer à des procédures et des cadres conceptuels adaptés. La mise en place de tels dispositifs n'est pas synonyme de réussite ou d'absence de violence, mais correspond à ce que la société est en droit d'attendre des professionnels des soins, à savoir qu'ils se donnent véritablement les moyens de faire au mieux.

Pour ma part, j'ai remonté la pente. J'ai renoué avec mon fils et certains amis. J'ai une pratique de pair-aidant et je suis engagé dans la défense des intérêts des personnes concernées par la maladie psychique. Les traces de cette expérience, je les garde à jamais gravées, inscrites dans mon corps et mon esprit, tentant

aussi par mes engagements et mon site internet (5) d'aider à leur tour ceux qui traversent le miroir.

1– Basée sur des hypothèses issues de théories de psychologie comportementale, analytique et humaniste, la Validation® est une méthode élaborée par Naomi Feil pour maintenir la communication avec les grands vieillards désorientés, afin de les accompagner dans une relation respectueuse de leur identité tout en reconnaissant dans leur comportement, la manifestation de leur besoin d'exister en tant qu'individu et d'être entendus. La mise en pratique passe par la maîtrise de plusieurs techniques de communication verbales et non verbales, pour permettre l'expression des émotions et peut-être la résolution d'anciens conflits. Les objectifs sont de réduire les risques de contention physique ou chimique, de repli sur soi et d'évolution vers l'état végétatif, pour permettre au sujet de continuer à s'inscrire dans une vie qui a un sens. <https://vvalidation.fr>

2– Lacan J., *Le Séminaire, livre III, Les Psychoses*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, p. 233.

3– André Ferragne, secrétaire général du contrôle général des lieux de privation de liberté. Conférence, Journée d'étude "Droits et libertés des patients" AdESM Paris 2019.

4– Les groupes d'entendeurs de voix ont pour objet de « promouvoir une approche des voix et des autres perceptions, expériences ou vécus inhabituels, respectueuse des personnes et de leur expertise ». <https://revfrance.org/>

5– <https://experience-schizophrenique.ch/>

Résumé : Ancien infirmier en psychiatrie et personne diagnostiquée comme schizophrène, l'auteur témoigne de sa décompensation psychotique, à l'âge de 46 ans, au cours de laquelle il a souffert de délires, d'hallucinations et de paranoïa. En rétablissement, il porte un double regard sur la psychiatrie, et propose des pistes éthiques pour établir une relation réellement thérapeutique avec le sujet. Dans le domaine des psychoses, cela nécessite d'accueillir/soutenir le délire.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Décompensation psychotique – Délire paranoïaque – Écoute – Hallucination – Infirmier de secteur psychiatrique – Neuroleptique – Observance – Pair-aidant – Relation thérapeutique – Rétablissement – Schizophrénie – Témoignage – Vécu.