

Anatomie d'une erreur de diagnostic
psychiatrique
Énième cas pratique



AVANT-PROPOS

Les conditions du travail de l'esprit ont, en effet, subi le même sort que tout le reste des choses humaines, c'est-à-dire qu'elles participent de l'intensité, de la hâte, de l'accélération générales des échanges, ainsi que tous les effets de l'incohérence, de la scintillation fantastique des événements.

Paul VALÉRY

Si l'avant-propos doit permettre de préparer le lecteur, alors ceci n'en sera pas un ; de bon avant-propos pour ce qui va suivre, il n'y en a guère.

... Ou plus justement dit, nous ne saurions en écrire un, en ce que nous nous refusons de préparer quiconque.

Cette page, loin de prédisposer au propos, n'est rien de plus qu'une invitation.

En ces lignes, nous invitons le lecteur à se mettre lui-même en condition.

... Ou plus exactement, non pas à se saisir d'un *avant*, mais à se laisser saisir par ce qui a suscité notre propos.

Dans cette logique, dans ce respect chronologique, réside sans doute l'avant-propos véritable : la lecture préliminaire des ANNEXES I & II donnera au lecteur l'occasion de suivre cette ardente recommandation.

Aussi, nous nous doutons que la véracité du titre — l'erreur de diagnostic — ne sera pas admise par nombre de personnes à l'amorce de ces annexes, ni après leur lecture ; et c'est très bien ainsi...

Ces rapports, que le lecteur s'y laisse prendre !

* Respectivement, le rapport de M^{mc} A***, et le rapport des docteurs L*** et S***. — Les ANNEXES : page 53.

UN BILAN PSYCHOLOGIQUE

Examinons tout d'abord l'introduction du rapport, qui tente de relater le bref échange que j'ai eu avec M^{me} A*** avant qu'elle ne me fasse passer les épreuves projectives.

La majorité des allégations y ont trait au domaine du langage, et du langage verbal plus particulièrement.

Premier point, les *particularités langagières*... Au préalable, considérons et ôtons tout doute quant à l'utilisation des guillemets dans la dernière phrase du paragraphe : en effet, dans ce discours rapporté indirect, les guillemets ont bien pour but de marquer le caractère textuel de la citation, de mettre en évidence une partie de mes propos. Sans guillemets — pour un seul mot —, la phrase garderait le même sens ; et cependant, l'ajout de guillemets ajoute un autre sens, faisant directement référence aux *particularités langagières*, et qui est indépendant du premier sens. Ainsi, M^{me} A*** veut signifier que le verbe *désapprendre* est une *particularité langagière* en tout temps et qu'une autre personne voulant exprimer la même idée se serait exprimée différemment ; en d'autres termes, nous aurions affaire à un néologisme, et vraisemblablement même, si l'on se réfère à la conclusion du rapport, à un néologisme schizophrénique. Mais *désapprendre* est-il un néologisme ? Il serait ici superflu d'expliquer le sens et le rôle du préfixe *dé*... Le verbe *désapprendre* est présent dans les dictionnaires ; point de néologisme de sens non plus, le sens avec lequel j'ai employé ce mot y est le premier sens¹. Alors, quel est ce sens qui semble avoir tant troublé M^{me} A*** ? Nul doute que le lecteur aura immédiatement saisi le sens exact ; je vais toutefois attendre le second point afin de l'explicitier, et de légitimer son emploi.

En ce qui concerne l'*apparente inactivité*, qu'elle a jugée bon de mettre entre guillemets, je préfère la placer dans le prochain point, car selon moi, cela relève plus de l'interprétation que de la pure *particularité langagière*. M^{me} A*** nous ayant fourni des exemples avec une grande parcimonie, nous en venons donc déjà au dernier exemple...

Et là, je dois bien dire qu'*aléatoire* est effectivement de nature à soulever quelques questions — je pourrais certes disserter sur la nature aléatoire de l'être humain, en ce qu'il est soumis à des aléas, mais je n'ai assurément point besoin de faire montre de mauvaise foi pour espérer se voir réaliser la finalité de mon texte. « J'étais aléatoire » aurais-je dit durant l'entretien, ou dans une tournure assez proche : je ne contesterais pas que cela est un bon exemple d'association de mots idiosyncrasique. J'ai cependant deux faits à exposer. Premièrement, bien que je croie me souvenir d'avoir prononcé le mot *aléatoire*, je ne me souviens pas de l'avoir employé de cette manière — sans doute devait-ce être au moment où je voulus exprimer un manque d'assiduité de ma part au cours de ces nombreuses dernières années, et lors même que la langue m'eût fourché, le *bénéfice du doute* est un droit dont je ne jouis plus. Bien entendu, je ne peux raisonnablement certifier que je n'aie prononcé une telle phrase par le seul fait de ne pas m'en souvenir. Mais secondement, et c'est peut-être le plus important, en lisant le rapport pour la première fois, je fus moi-même surpris à l'idée d'avoir pu dire une telle chose : cela nous amène à éventuellement reconsidérer le caractère idiosyncrasique de ces paroles supposées, selon que l'on estime qu'une association de mots se doit d'être nécessairement reproductible — durer dans le temps — ou non pour être considérée comme une *particularité langagière* — dans le sens d'*idiosyncrasie*. Par ailleurs, si l'on considère qu'une telle parole n'est qu'une occurrence unique, mais cependant le signe d'une difficulté cognitive d'un autre type, la question se pose de savoir si nous pouvons encore la comprendre dans la notion de *particularité langagière*, telle qu'elle est entendue dans cette discipline.

Nous arrivons au second point : le sens et l'interprétation de ce que j'ai dit ; mes dires étaient-ils vrais, et ont-ils été compris ?

1. Le *Dictionnaire historique de la langue française* indique que ce sens est apparu pour la première fois au XIII^e siècle, puis qu'il est réapparu au XIX^e. Cf. Alain Rey (dir.), *Dictionnaire historique de la langue française*, nouvelle édition, Paris, Le Robert, 2016.

Commençons par l'*apparente inactivité*... M^{me} A*** affirme que j'ai voulu dire que je « [faisais] des choses dans [ma] tête ». En prenant du recul et en tenant compte des circonstances de cet examen, et plus largement celles de l'investigation au département psychiatrique, on peut être à même de saisir le sens de cette expression — l'introduction du rapport psychiatrique illustre parfaitement ce qui nous intéresse ici. Ainsi, au moment de mon passage aux consultations de psychiatrie, un aspect de ma situation était alors très simple à appréhender : je n'avais pas d'activité professionnelle. Cela ne surprendra guère le lecteur si je dis que ma réponse était empreinte du sentiment que je ne *faisais rien dans la vie*, sentiment tout à fait justifié, et obligatoire, car insufflé à la société ; c'était principalement ce sentiment de « si l'on ne travaille pas, on ne fait rien » qui m'avait amené dans ces locaux, et le contenu du rapport psychiatrique est formidablement explicite sur son importance. Donc l'*apparente inactivité* signifiait simplement : « Malgré que je n'aie de situation conventionnelle — deux mois plus tôt, je n'avais même pas vraiment de statut administratif (pas de travail, pas d'aides, pas de subside) —, je ne fais pas *rien* ! ». Sortie de son contexte, cette expression peut sembler énigmatique, je le conçois, mais dans le dialogue d'alors, sa bonne compréhension était vraisemblablement acquise à toute personne ayant une écoute naturelle. Aussi, ces paroles, lorsqu'elles sont comprises correctement, révèlent certaines de mes connaissances du *réel environnant*.

Cette dernière réflexion nous amène à la véritable prouesse accomplie par M^{me} A*** : elle nous indique sans détour qu'elle a lu dans mes pensées. Son emploi de l'adverbe latin *sic*² témoigne de sa grande confusion entre ce qu'on lui dit et l'interprétation qu'elle peut en avoir ; intellectuellement, elle place sur le même plan l'objectif et le subjectif, mêlant ses attentes avec les faits. Outre ce manque de discernement conséquent, nous pouvons observer dans « signalant par là qu'il fait des choses dans sa tête » une tournure assez tendancieuse, à croire que selon elle, toute activité intellectuelle est pathologique ; et ses mots sont suffisamment ambigus pour laisser le contexte influencer sur l'interprétation du lecteur : ils seront pris en mauvaise part.

Poursuivons avec le verbe *désapprendre*, déjà abordé précédemment — le verbe existe, le sens aussi.

Je réitère ; et comme lorsque je l'ai dit de vive voix, je l'écris sans ambages : pendant mon projet de fin d'études — de seconde chance —, je m'étais bel et bien retrouvé dans la situation où je dus oublier un cours déjà appris pour en apprendre une version plus correcte, sans les erreurs plus ou moins profondes de la première.

Voici le détail : un jour, alors que j'étais en pleine besogne, mon chef de projet arriva avec une pile de pages fraîchement imprimées et m'expliqua qu'un certain cours avait été mal enseigné — cours ayant pourtant fait l'objet d'un examen spécifique pour toutes les classes concernées. Le message était sans équivoque : j'allais être jugé et noté d'après la théorie conforme, et non d'après celle erronée mais assimilée depuis une ou deux années. Ainsi devais-je *désapprendre*.

Mais que les choses soient claires : jamais cette simple mention ne fut présentée comme une explication totale ; ce n'était qu'un cours... mais ô combien important. Il est une évidence qu'il y a un temps pour apprendre les bases et un temps pour les appliquer ; lorsque le temps est limité, comme durant un projet de fin d'études, il vaut mieux ne pas avoir à tout reconsidérer — les deux cours étaient antinomiques à un certain degré. Quoi qu'il en soit, cet entretien préliminaire n'était pas le lieu pour tout raconter rigoureusement, et nous n'aurions pas eu le temps ; ayant eu expliqué les tenants et les aboutissants durant les entretiens psychiatriques, j'avais supposé qu'un bref rappel eût été suffisant.

En ce qui concerne l'idée que « [j'aurais] choisi d'interrompre [mes] études tout en n'ayant pas le choix », je fais remarquer avant toute chose que ce n'est pas une citation, néanmoins, j'ai sûrement dit quelque chose de très proche, car ces propos reflètent la réalité ; encore faut-il vouloir entendre le sens réel.

Malheureusement, M^{me} A*** ne se donne pas la peine d'énoncer clairement quel serait le problème avec une telle affirmation : elle laisse au lecteur le soin de deviner ce qu'il doit comprendre.

Sans doute veut-elle souligner l'apparente contradiction en l'idée du *choix dans le non-choix* ; mais toute contradiction ne participe pas nécessairement d'un non-sens.

L'explication débute par la distinction entre l'abandon et l'échec ; dans le cas d'une formation professionnelle, l'abandon mène à l'échec, par contre, l'inverse n'est pas toujours vrai : un élève qui échoue n'a pas forcément

2. Le *Trésor de la langue française* donne le sens suivant pour *sic* : « Ainsi dans le texte, aussi étrange et/ou incorrect qu'il paraisse. » Cf. ATILF — CNRS & Université de Lorraine, *TLFi : Trésor de la langue française informatisé*, <http://www.atilf.fr/tlfi>

abandonné. Et je suis moi-même un bon exemple de cet aphorisme : j'ai échoué deux fois, mais n'ai abandonné qu'une seule fois... L'échec ayant été inéluctable, je choisis seulement la manière de partir — le dernier jour du délai imparti, sans rendre le projet, et écartant l'idée d'une présentation quelques jours plus tard. La différence est ténue, certes — une heure plus tard, l'abandon eût été impossible —, mais parfois la forme a plus d'importance que le fond.

Ainsi, une écoute convenable, et donc non biaisée, aurait permis à quiconque de déceler intuitivement la figure de rhétorique qu'est l'antithèse (ou le paradoxe) ; et surtout, et c'est un rappel essentiel, ces propos sont lus hors de leur contexte : ils n'auraient certainement pas été mystérieux pour l'interlocuteur au sein d'un dialogue normal. Par ailleurs, nous pourrions discuter de la notion d'*abandon* et considérer que j'avais déjà abandonné plus ou moins inconsciemment depuis un certain temps ; je donnerai des éclaircissements dans la partie critiquant le rapport psychiatrique.

Un dernier vice de raisonnement est présent dans la même phrase du rapport : « [...] des éléments anamnétiques pourtant factuels [...] ». Elle ne peut pas déterminer les *éléments anamnétiques* et les comparer avec ma parole, parce qu'ils ne sont connus que grâce à ma parole. C'est bien le patient qui possède la clef de l'anamnèse — chez un patient amnésique, l'anamnèse est impossible. Il y aurait peut-être lieu de penser qu'elle s'est créé un art divinatoire ; ou sinon, elle savait déjà tout par les entretiens psychiatriques, mais là aussi, c'est bien moi qui ai apporté les *éléments anamnétiques*. Là encore, j'en parlerai plus loin, mais je peux déjà dire qu'elles ne se sont pas donné les moyens de l'anamnèse (mauvaise écoute, pas d'hétéro-anamnèse...). M^{me} A*** confond les *éléments anamnétiques* avec les *éléments biographiques* ; et comment serait-elle en mesure de juger du caractère *factuel* de ces éléments ? Les faits ne sont connus que parce que je les ai décrits.

Attendu que rien ne semble anodin dans ce rapport, terminons brièvement cette analyse de l'introduction en expliquant ce qui est abordé par les deux premières phrases du paragraphe...

Afin que mon médecin généraliste consentît à m'envoyer au centre du sommeil, je dus me résoudre à subir une investigation psychiatrique ; j'acceptai cela uniquement parce que l'investigation psychiatrique devait appartenir à une investigation pluridisciplinaire — et j'avais compris que bien souvent, dans le cas de plaintes liées au sommeil, la psychiatrie est la première étape...

M^{me} A*** fait ensuite une confusion chronologique et causale. Elle place le défaut d'assiduité à l'époque de la formation professionnelle tout en disant que c'est la raison pour laquelle je n'aurais jamais travaillé. Durant la formation professionnelle, ma motivation n'était pas en dents de scie : elle allait diminuant, jusqu'à être proche de zéro. De toute façon, le manque de diplômes n'a jamais été la raison — ou une des raisons — pour laquelle je n'ai jamais travaillé ; entre le moment de l'abandon de la formation et le moment de l'investigation psychiatrique, il s'était écoulé environ dix ans ! C'est une interprétation incohérente et simpliste à l'extrême. En prime, elle emmêle l'aspect social et l'aspect professionnel, et bien qu'ils puissent se retrouver sur le même plan et s'influencer mutuellement, la chose est plus complexe que cela. Puis il n'est même pas fait mention de la fatigue comme une des explications — sachant que le manque d'assiduité n'est qu'un constat et qu'il pourrait très bien être d'abord une conséquence de la fatigue avant d'être une des causes de cette *situation*.

Ainsi, par ces quelques lignes sur l'entretien préliminaire, M^{me} A*** nous a fait entrer dans le royaume du simplisme et de la fausseté ; c'est sous de tristes auspices que nous allons entamer la critique des *épreuves projectives*...

Les *épreuves projectives* constituent l'essentiel de son examen psychologique ; ainsi, mis à part le bref entretien préliminaire, tout le matériel provient de l'*épreuve de Rorschach* et du *TAT*³. Il est dès lors difficile de ne pas attirer l'attention sur le fait qu'il n'y a pas un seul exemple concret — plus de citations, adieu les guillemets ; mais, de toute façon, les rares exemples de l'introduction ne brillaient pas par leur pertinence. Ce défaut est très fâcheux, parce qu'il ne fait qu'exacerber le caractère péremptoire des assertions de M^{me} A***. Ainsi, je me trouverais presque dans la position, très inconfortable, où je ne pourrais que démentir sans avoir la possibilité d'étayer... Il n'en est rien.

3. Ces deux *épreuves projectives* ne sont même pas nommées dans ce rapport ; elles le sont par contre dans le rapport psychiatrique.

Je suis en mesure de donner quelques lumières sur différents aspects des deux *passations*, et plus généralement, de cette rencontre.

En premier lieu, il convient de régler la question de ce qui ne relève pas purement de l'*analyse projective*, à savoir l'*expression peu compréhensible*, les « phrases absconses », l'utilisation de « termes de vocabulaire de manière très personnelle et erronée », les « particularités langagières impropres en français » et mes « méconnaissances [...] du réel environnant ». Il est virtuellement de la compétence de tout un chacun de se faire une opinion sur mon expression orale ; quant à ériger cette opinion en sentence, cela dépendra du sens de la réserve et de la prétention de chacun. D'autre part, il m'eût sans doute été profitable que l'on me communique tout ce qui avait été impropre à la langue française dans mon discours — tant pis !

Une partie de son incompréhension tire apparemment son origine du vocabulaire ; j'ai à ce sujet un exemple parlant, probablement un des tout premiers mots incriminés que j'ai prononcés durant les *épreuves projectives* : à la première planche du *Rorschach*, voyant deux personnages se faisant face et levant légèrement chacun une main devant une sorte de boule, et m'imaginant une cérémonie, j'ai ainsi dit, afin de désigner ces boules, que je voyais « une orbe »⁴ de chaque côté. M^{me} A*** m'a alors fait répéter ce mot, ne semblant le connaître ou comprendre son emploi. Je ne puis, bien entendu, certifier que cet exemple fasse partie de ce qu'elle pense avoir découvert, mais cela me semble très vraisemblable — les réponses doivent être quelque part, enfermées à double tour. Il y a une ironie certaine, lorsque l'on sait que quelques instants auparavant, elle m'avait annoncé : « Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses »⁵.

À l'égard du « réel environnant », je puis seulement dire que M^{me} A*** et moi sommes bien dans le même monde, mais ne vivons assurément pas dans la même réalité.

Un autre obstacle rencontré à la lecture du rapport provient du fait que les éléments respectifs du *Rorschach* et du *TAT* y sont emmêlés. Il ne fait cependant guère de doute que les *propos bachelés* et « les débuts de phrases souvent laissés en suspens » appartiennent aux observations du *TAT*, étant donné que la fluidité de l'expression orale est surtout éprouvée dans cet exercice, comparé à celui du *Rorschach* où la nécessité des phrases est bien moindre et où l'énumération est le mode de communication privilégié par l'examiné.

M^{me} A*** paraît méconnaître le fait que toute observation lors d'une *passation* n'est pas infailliblement explicable par la *théorie projective* et que plus généralement un même phénomène — en tant que simple observation — peut avoir diverses causes, souvent exclusives ; en d'autres termes, une observation comportementale donnée, supposé qu'elle soit anormale, n'est pas nécessairement une manifestation psychopathologique, ou même le reflet d'une structure psychique. Cet axiome étant immanent à la *théorie projective*, il y a des règles, plus ou moins flexibles, des recommandations censées déterminer la méthode, afin d'éviter certains écueils — mais les pratiques semblent assez disparates. Mais avant les règles, passons sur le plan pratique avec ce qui pourrait bien s'avérer une illustration d'un de ces écueils...

Ainsi, en lisant la description et le développement de M^{me} A***, une autre explication transparaît qui, sans invalider entièrement la sienne, est totalement incompatible avec cette dernière.

En effet, certains éléments donnent à penser que j'étais dans un tout autre exercice : le fait d'être « attentif aux expressions des personnages représentés », de « [prêter une] attention [...] aux regards », de ne pouvoir « [m']envisager comme l'auteur d'un récit possible parmi d'autres », mais aussi les « émotions différentes à partir d'une seule expression » et l'« impossibilité à pouvoir maintenir une seule version dans les histoires qu[e je] propose » sont autant d'indices que je m'appliquais à interpréter ces images comme l'on interprète des peintures.

Avec cette nouvelle grille de lecture, on peut présumer de mes divagations qu'elles n'avaient possiblement rien d'absurde : lorsqu'il y a des personnages suffisamment proches, il est évidemment fondamental de porter une grande attention à leurs expressions ; celui qui interprète ne se veut pas l'auteur d'un récit — récit qui est déjà dans l'image

4. *Orbe*, tantôt masculin, tantôt féminin, selon les dictionnaires, peut transcrire l'idée de *sphéricité*. On retrouve beaucoup ce mot dans le genre fantastique (littérature, cinéma, jeu vidéo...), mais également, et en premier lieu, dans l'iconographie occidentale ; il désigne alors un objet particulier, un symbole chrétien et de royauté : je n'aurais pu trouver meilleur mot pour désigner ce que je voyais.

5. Apparemment, certains psychologues ne prononcent plus cette fameuse phrase, probablement soit par honnêteté intellectuelle, soit parce qu'ils sont encore capables de distinguer le vrai du faux. Et l'*enquête aux limites*, la recherche de la réponse *banale*, n'est-elle pas la preuve que les bonnes réponses existent ?

—, bien qu'il puisse finir par l'être ; le va-et-vient, le tâtonnement et l'indécision sont le moyen, et les différentes interprétations qui cohabitent sont le résultat implacable de cet exercice.

Là où M^{me} A*** perçoit un *mode cognitif*, je sais qu'il y avait un *mode interprétatif*, mais simplement dans un tout autre registre.

Aussi, les « débuts de phrases souvent laissés en suspens » sont tout à fait concordants avec mon *mode interprétatif* : si j'avais pu, je me serais tu un long moment pour *interpréter*, mais j'ai dû parler de manière prématurée, afin de répondre à la sollicitation ; je réfléchissais à haute voix pour le mauvais exercice.

Si l'on considère mon explication, l'idée d'une « perplexité face au matériel projectif » n'a alors plus de sens, car les prémisses ne sont plus valables ; étant dans un tout autre exercice, le *matériel projectif* n'est plus. Même phénomène, différentes causes...

Voici l'écueil qui a opéré : la *non-compréhension d'une consigne par le patient*.

Ainsi, en ce qui concerne le *TAT*, tout a été faussé, de la prise de notes aux conclusions qui en découlent. Ces écueils étant reconnus par la *théorie projective*, ce qui s'est passé fait sens au sein de cette dernière ; il n'y a pas de contradiction qui mettrait en question la validité de cette théorie, l'erreur et la *passation* ratée y étant reconnues comme éventualités : le travail a été mal fait.

Mes connaissances sur le sujet sont sans conteste limitées, cependant il me semble acceptable de croire qu'elle aurait pu — aurait dû — me redonner la consigne⁶, tandis qu'elle était en train de remarquer tout ce qui serait plus tard interprété comme phénomènes pathologiques. De plus, la *non-compréhension d'une consigne* n'est pas nécessairement un signe pathologique, loin de là ; et quand bien même le serait-elle, l'interprétation des paroles qui s'ensuivraient serait, par principe, compromise.

Continuons avec un exemple du *TAT*, la *planche 2*, qui illustre plusieurs points du rapport...

À un moment donné, j'eus la bonne idée de dire que cette image me faisait un peu penser à la série télévisée *La Petite Maison dans la prairie*. Or, faire part de cette évocation fut, à n'en point douter, une bévue lourde de conséquences...

À la suite de cette évocation, M^{me} A*** nota « TV » sur sa feuille de papier : nous tenons probablement là l'origine de son raisonnement consistant à dire que je « ne p[eux] [m']envisager comme l'auteur d'un récit possible parmi d'autres ».

Dès lors que l'on greffe arbitrairement du sens à l'insignifiant — au sens propre du terme —, on s'expose au courroux de la raison.

« Pas de mauvaises réponses », qu'elle disait...

J'eus en outre la remarquable idée de prononcer le mot *Übermenschen*, en expliquant que l'image me faisait penser à l'iconographie nazie — par le décor, le dos nu de l'homme et le style graphique ; la messe était dite.

Mon commentaire était pourtant assez pertinent dans *mon* exercice, sachant que la plupart des images utilisées dans le *TAT* datent des années 1930... même l'histoire de *La Petite Maison dans la prairie* est temporellement plus proche de ces images que nous d'elles⁷. Et sans doute que dans sa pratique consciencieuse aura-t-elle veillé à retenir ce mot allemand comme une *particularité langagière impropre au français*.

Revenons au contenu du rapport...

La « production » serait « énoncée à un rythme soutenu » ; ne serait-ce cependant pas une contradiction avec les *propos bachelés* ? Certes, elle précise que c'est « sur un autre plan » ; mais quel est ce plan ? Tout cela est bien ambigu... Par quel détour peut-elle ainsi scinder en deux la question de la fluidité du discours ? Pourquoi faire l'économie d'une explication convenable ?

6. « Le but du *TAT* n'étant pas de faire deviner aux patients l'origine des images, mais bien de leur faire apporter un matériel psychique projectif à l'occasion de leur rencontre avec les images, il est parfois nécessaire de reprendre clairement la consigne. » Cf. Marianne Baudin, *Clinique projective : Rorschach et TAT*, Paris, Hermann (Psychanalyse), 2008, p. 136-137.

7. L'âge de ces images est un défaut selon certains ; d'autres y voient une qualité, prétextant que le décalage temporel crée une distanciation bienvenue chez le sujet permettant de stimuler le travail imaginaire — justification anachronique au demeurant. D'autres encore interpréteront une référence au passé comme une distanciation défensive, donc prise en mauvaise part la plupart du temps.

Nous pouvons également remarquer que ce « rythme soutenu », qui est a priori une bonne chose, n'est là que pour amener le lecteur à croire que je souffre de désordre mental — puisque je ne serais pas « toujours capable de garder distinctes [mes] diverses perceptions les unes des autres ».

Et que penser de cette enfilade d'assertions gratuites : mes « déductions arbitraires », mes « liaisons causales absurdes », mes « confusions [...] entre dedans et dehors et entre animé et inanimé », mes « allusions aux sensations », mes « réponses grandioses », mes « références au feu »⁸, les « contenus réputés pour porter chance », mon « vécu de persécution », le fait que je « retire vie et mouvement aux contenus lorsqu'ils sont spatialement trop proches », le « bestiaire particulier », mes « allusions à des positions de relâchement de tonus » — la planche III du Rorschach ? — et « les thèmes en lien avec la transgression et les histoires mettant en scène des domestiques » ?

Que je suis démuné, et que je me retrouve dans la délicate position où je ne peux que m'inscrire en faux tandis que je n'ai pas le détail qui me permettrait une réflexion et une remise en question totales.

À présent que nous sommes arrivés au bout de ces inepties, retournons aux règles et aux recommandations.

Un élément fondamental des *épreuves projectives* est le fait de mettre le sujet dans les meilleures conditions, dans un environnement propice à ladite *projection*. C'est la raison pour laquelle l'interaction entre le sujet et le psychologue doit être minimale et que ce dernier doit s'évertuer à être dans une sorte de *bienveillance neutre*.

La *projection* peut être perturbée par des paroles, des gestes ou une attitude du praticien ; c'est pourquoi, généralement, le contact visuel doit être évité. Les pratiques peuvent varier grandement entre les professionnels et entre les établissements ; il semble cependant que bien souvent un certain soin soit apporté sur ce point. Il y a plusieurs manières de procéder, certains praticiens se mettent à angle droit, afin d'éviter le contact visuel tout en pouvant observer le patient et lui donner les planches, d'autres se mettent dans une position intermédiaire, entre le côté à côté et le dos à dos ; la possibilité de se garder même d'écrire quoi que ce soit et d'utiliser un système d'enregistrement sonore témoigne du caractère crucial de cette question.

Mais assurément, tous les praticiens ne font pas bénéficier leurs patients de la même rigueur, leur imposant une sorte de face-à-face, *théoriquement* malvenu. Il n'aura point échappé au lecteur attentif que c'est dans cette dernière situation que je me suis retrouvé : si j'ai pu lire ce que la psychologue écrivait, c'est parce que j'étais directement face à elle. En outre, j'ai été dérangé, dans une mesure inconnue, par son tas de feuilles, qu'elle agitait pour en tourner les pages ; c'était une page par planche. J'ai par ailleurs été dès le début dérangé en ce qu'elle avait commencé de griffonner sur la première feuille, alors que je ne savais même pas que quelque chose avait été commencé.

Bien que je n'aie probablement pas été à ce point perturbé, si ces *bonnes pratiques* existent, c'est qu'il y a une raison ; ce sont les psychologues qui considèrent la *passation* comme un moment très particulier, ce n'est pas moi. Quoi que le patient puisse penser, de ce que normalement il ne connaît pas, c'est au praticien de respecter les règles et les recommandations.

Cette prise de notes n'aura certainement pas favorisé la *projection*...

Tout ceci a été amplifié par le non-respect de ce que d'aucuns considèrent comme une règle absolue : l'épreuve projective est un *moment à deux*.

Du début à la fin, une troisième personne fut présente dans la pièce : une étudiante en stage, sans doute, et elle aussi avec son tas de feuilles. Certes était-elle éloignée de la table où nous étions, à l'écart sur une chaise vers la porte d'entrée, mais elle était bien dans mon champ visuel.

Que penser de ces circonstances ?

Avant de parler de ce qui a suivi, ou plutôt, de ce qui n'a pas suivi cette rencontre, voici une anecdote :

8. Il est à noter que, par exemple, la simple présence de réponses *grandioses* ou de références au *feu* ne suffit pas à entrer dans l'interprétation négative ; une analyse soignée, qui passe entre autres par une pondération — au moyen d'un psychogramme ou d'une feuille de dépouillement... —, est nécessaire. Énumérer de tels éléments, de surcroît, sans illustrations, accable le patient et impressionne le lecteur, mais n'indique que bien peu de choses de l'analyse et du contenu de mon discours.

Juste après l'épreuve projective de Rorschach, M^{mc} A^{***} me demanda si je voulais faire une pause avant de passer à la prochaine épreuve — peut-être pensait-elle que je venais de faire un effort particulier... Je lui répondis que je n'en avais besoin, expliquant ne pas avoir assez dormi et qu'étant de toute façon fatigué, il valait mieux continuer — d'ailleurs, ce jour-là, je retournai probablement au lit dans la journée.

À cela, elle acquiesça et ajouta même qu'elle allait tenir compte de ce que je venais d'expliquer ; et ainsi nous poursuivîmes...

De cette anecdote, ce n'est guère ma fatigue qu'il faut retenir, j'en ai toujours parlé, mais durant cette investigation, je ne l'aurai jamais mise en avant pour justifier des paroles ou un comportement — d'ailleurs, pour quelles raisons l'aurais-je fait ? Pour moi, tout se passait bien...

Non, ce qu'il faut retenir, c'est la réponse de M^{mc} A^{***}... Rien n'indique en effet dans le rapport qu'elle en a tenu compte ; et vraisemblablement qu'elle n'aurait pas pu le faire : les outils à sa disposition ne semblent pas permettre d'apprécier une fatigue due au sommeil, et de l'incorporer à une observation et une analyse psychologiques telles que les *épreuves projectives* — me pardonner une certaine lenteur ne suffirait pas.

Je me sentais bien, mais je ne saurais dire qu'elle a été l'influence de mon sommeil dans ces *projections* ; de toute façon, y a-t-il eu *projection* ?

Mais pourquoi diable m'annoncer quelque chose de faux ? Je n'avais pourtant rien demandé.

À toute passation, il y a une suite...

Le travail de l'épreuve projective, selon les règles de l'art, prend du temps ; normalement, après plusieurs jours, le praticien explique oralement ses conclusions : c'est ce que l'on appelle l'*entretien de restitution* ; lors de cet entretien, le psychologue, seul, fait un retour face au patient ; cette nouvelle rencontre permet la rédaction du rapport principal, qui sera remis par la suite au patient.

Toujours selon les règles de l'art, la *restitution*, irremplaçable, peut néanmoins ne pas avoir lieu lorsque certaines circonstances bien particulières ne le permettent pas, notamment lorsque le patient ne vient plus aux rendez-vous.

Or, je n'ai pas eu droit à cet *entretien de restitution*.

De plus, ce ne fut que lors de l'*entretien de réseau*, trois mois plus tard, que l'on me proposa pour la première fois de revoir M^{mc} A^{***}, et ce, uniquement parce que je venais de dire que je voulais recevoir le rapport psychologique ; la psychologue n'étant pas présente lors de cet *entretien de réseau*, le docteur S^{***} me dit qu'elle préférerait d'habitude donner le rapport au patient en mains propres, et que je devais par conséquent prendre un rendez-vous avec elle.

Seulement, peut-on encore considérer un tel rendez-vous — que je n'ai pas pris — comme un *entretien de restitution* ? Clairement, non : l'*entretien de restitution* ne se fait pas à la demande du patient ; M^{mc} A^{***} avait depuis longtemps estimé que je n'aurais eu aucun bénéfice à retirer d'une telle rencontre et qu'elle savait déjà tout ce qu'il y avait à savoir — le rapport et ses conclusions définitives ayant été rédigés près de trois mois auparavant.

Loin de la *restitution*, la rétention...

Dans les semaines qui suivirent l'*entretien de réseau*, je fis en sorte que mon médecin traitant, le docteur M^{***}, reçût le rapport psychologique. Mais plusieurs échanges téléphoniques avec M^{mc} A^{***} ou le docteur S^{***} avaient persuadé mon médecin qu'il y avait un risque élevé que je réagisse mal si la psychologue ne m'accompagnait dans la découverte du document.

Ainsi sommes-nous en droit de trouver fort déconcertante et contradictoire une telle précaution de la part d'une personne qui n'avait point jugé nécessaire de me convier à un *entretien de restitution* — les grands principes sont invoqués à point !

La loi de certains cantons autorise le professionnel de la santé à imposer sa présence ou celle d'un autre professionnel lors de la consultation du dossier par le patient s'il est considéré que ce dernier est susceptible d'avoir une réaction délétère pour lui-même à la suite de ladite consultation⁹.

Ce n'est qu'au prix d'une dramatisation outrancière que l'on pouvait m'inclure dans la situation décrite par la loi et aller jusqu'à m'empêcher de désigner un autre professionnel.

Elle a en outre proposé plus tard de me rédiger un rapport que j'aurais pu comprendre...

Il y a donc des raisons de croire que même si j'avais accepté un rendez-vous, très tardif, elle ne m'en aurait donné qu'une version édulcorée.

Une demande officielle à la direction médicale du centre hospitalier m'a cependant permis d'obtenir son rapport ; sans doute les craintes de M^{me} A*** n'étaient-elles que passagères... fuyantes et pas très assumées¹⁰.

Le manque de transparence est flagrant ; ce rapport ne m'était pas destiné — rien ne m'était destiné —, ce n'est qu'un document interne, et au vu de sa qualité, un document pour la forme, pour la facturation, et qui, bien loin du patient, ne sert qu'un diagnostic de même aloi.

À n'en point douter, de telles défaillances sont multifactorielles, et le praticien y a un rôle de premier plan.

(La lecture de l'ANNEXE IV devrait faire sentir ces règles de l'art bien à propos.)



9. Sont des exemples, les cantons de Berne (*LSP*, art. 39, al. 3), de Fribourg (*LSan*, art. 60, al. 3), du Valais (*LS*, art. 29, al. 3) et de Vaud (*LSP*, art. 24, al. 3).

10. M^{me} A*** a d'ailleurs refusé de donner le *protocole* à d'autres professionnels (psychologue et psychiatre). Il y aurait beaucoup à dire sur les notes personnelles, mais je ne dirai qu'une chose : le verbatim m'appartient.

UN EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Bien que le rapport psychiatrique ait été signé par deux personnes, seuls le docteur L^{***}, médecin assistant, et moi-même étions présents durant les entretiens psychiatriques ; précision importante afin d'appréhender justement le rapport.

Commençons par quelques remarques secondaires et néanmoins indispensables...

Comme on le comprend à sa lecture, le premier paragraphe ne fait que répéter le contenu de la lettre d'introduction rédigée et envoyée par mon médecin généraliste, et, en conséquence, reprend les mêmes imprécisions et inexactitudes : c'est un regrettable raccourci que de dire que « ce sont les difficultés financières actuelles qui [me] poussent à demander de l'aide ». Cette interprétation peut être lourde de conséquences, mais on peut raisonnablement penser que lors d'une investigation psychiatrique sur plusieurs entretiens, la vérité pourra être rétablie par le patient et que tout discours contraire ne sera pas retourné contre lui ; n'est-ce pas ?

D'autre part, disséminées à travers le rapport, des erreurs biographiques témoignent d'un certain manque de rigueur quant à l'écoute et la prise de notes...

Attaquons-nous désormais à la matière cardinale de toute cette histoire, source de tant de contrevérités, et autour de laquelle tournent nombre d'ennuis ; heurtons-nous à ce *travail* psychiatrique en en disséquant son rapport.

Premièrement, nous pouvons accepter le terme *hypersomnie* dans son acception la plus générale lorsqu'elle parle d'une « tendance à l'hypersomnie », il faut cependant savoir que lorsqu'elle indique que je dormirais « entre 6 et 16 heures », elle apporte une imprécision importune ; en effet, lors d'une de ces entretiens, j'ai très clairement expliqué que les seize heures de sommeil — mais discontinues — étaient un maximum rarement atteint : il n'y a aucune équivalence avec des durées de sommeil plus ordinaires. Quant au minimum indiqué, il est faux ; il tend vers zéro, et il m'est arrivé bien plus souvent de dormir moins de quatre heures que seize heures. Certes, en lisant correctement cette phrase du rapport, on comprend que cette fourchette n'est là que pour indiquer que je suis fatigué indépendamment de la durée de mon sommeil, mais elle peut également donner l'impression d'une répartition égale entre ces deux valeurs ; or ce n'est pas le cas.

Le raisonnement captieux du docteur L^{***} commence véritablement par son emploi des guillemets pour le terme *privation* ; par ce moyen, elle veut signaler que je n'aurais dû évoquer la *privation de sommeil*. Ce syntagme est pourtant usité dans plusieurs domaines, et en particulier dans la littérature scientifique ; et il est aussi bien présent dans le chapitre V de la *CIM* que dans le *DSM*. Mais sans doute n'essaye-t-elle pas de faire croire que la *privation de sommeil* n'existe point. Alors pourquoi ces guillemets ? Pour signifier que ce n'est pas la réalité dans mon cas et que j'ai prononcé une absurdité ?

Inutiles sont ces guillemets : elle dit bien que j'en ai parlé comme d'une impression...

Mais alors, peut-être veut-elle insinuer au lecteur que cette impression est injustifiée...

N'importe qui ayant passé une apparente bonne nuit de sommeil, mais se sentant fatigué dès le réveil, peut se dire qu'il a l'impression de ne pas avoir assez dormi, ou même de ne pas avoir dormi du tout ; une personne qui, périodiquement, est autant épuisée à son réveil qu'à son coucher, voire plus, a le droit d'évoquer une *privation du sommeil* sans que cela soit pris en mauvaise part, et ce, qu'elle souffre de problèmes physiques ou psychiques.

Nous avons en outre de bonnes raisons de penser qu'elle doute, dans une certaine mesure, de la vraisemblance qu'un sommeil, si long soit-il, puisse ne pas être réparateur, ou en tous les cas, de la normalité d'une telle plainte ; ce fait est reconnu¹¹.

Probablement ignore-t-elle la complexité du sommeil, et les deux aspects de la récupération qui en procède : physique et psychique. Naturellement, le psychiatre engourdi cédera à un certain tropisme, et penchera fermement vers l'un des aspects... mais de là à perdre l'équilibre et sombrer !

Ce captieux raisonnement s'exalte avec l'emploi des guillemets pour le mot *mécanique* ; une des observations-phares du docteur L***, puisque reprise dans la conclusion du rapport afin d'attester ma « manière particulière et bizarre de voir la réalité ».

Bien au delà de la simple *association de mots idiosyncrasique*, ce serait le témoignage de ma perception anormale de la réalité. Voyons ce qu'il en est...

... avec d'abord quelques vérités d'évidence...

De multiples mécanismes opèrent dans le corps humain, de sa superficie à son plus profond ; à bien des égards, le corps humain est une machine. Et que dire de l'esprit humain... Il nous permet de rendre compte de la polysémie du mot *mécanique* et de plusieurs de ses dérivés : on peut bien parler de *mécanique de l'esprit* ou de *mécanismes psychiques* sans pour autant inférer que l'esprit humain est une machine.

Ainsi, le terme *mécanique* peut se rapporter à l'être humain et recouvrir son entièreté, car son emploi est très libre et peut se rattacher à des concepts de tout ordre. Pour nous décrire, ce terme va bien au delà du dualisme cartésien de *l'Âme et du Corps* — et pourtant la conception mécaniste est toujours agissante.

Mais qu'en est-il dans le domaine du sommeil ? Le terme *mécanique* et plusieurs de ses dérivés ont-ils leur place dans le champ sémantique du sommeil ? Et y sont-ils usités ?

Répondons à ces questions en commençant par mentionner les troubles du sommeil liés à la respiration.

Dans la description de ces troubles, y sont bien souvent employés les termes *obstruction*, *hypopnée* (réduction du flux aérien) et *apnée* : ce sont des troubles d'ordre *mécanique* ; certains de leurs traitements consistent à insuffler de l'air à l'aide d'une machine ou à pratiquer une opération chirurgicale : ce sont des traitements *mécaniques*. Cet adjectif y est couramment usité.

Bien que ce cas atteste l'usage du terme *mécanique* dans ce domaine, il est probablement trop limité pour infirmer l'assertion du docteur L*** : j'ai très bien pu l'avoir employé pour exprimer une représentation de mon esprit trop éloignée de la *norme*.

La *norme* est un terrain glissant... Nous pouvons néanmoins essayer de savoir si cette perception *mécanique*, cette idée qu'un trouble du sommeil puisse être le signe d'un rouage défaillant faisant pécloter la complexe machine du sommeil, est trop extravagante pour être admise par *les gens*.

En premier lieu, une recherche sur Internet avec les mots-clefs *mécanique* et *sommeil* — ou même *mécanique du sommeil* — montre que cette idée est loin d'être inédite.

Ensuite, si nous regardons plus précisément dans la littérature sur le sujet, dans un souci de s'approcher de la *norme*, nous pouvons constater que cette idée y est bien présente. Par exemple, dans le livre *Bienfaits et troubles du sommeil*¹², on pourra y lire, à commencer par le titre du premier chapitre, les choses suivantes : « Le sommeil, fonction cérébrale complexe, mais réglée comme une horloge », « les mécanismes physiologiques généraux, mais aussi et surtout individuels du sommeil », « reconnaître le sommeil comme une horloge interne d'excellente qualité » et « Il s'agit d'une machinerie, d'une horloge extrêmement peaufinée par l'évolution biologique ».

11. Nul besoin d'aller plus loin que le *DSM-5* (sur l'hypersomnolence considérée comme une forme d'hypersomnie) : « Environ 80 % des individus présentant de l'hypersomnolence signalent un sommeil non réparateur [...] » et « L'hypersomnolence doit aussi être distinguée de la somnolence excessive en rapport avec une quantité ou une qualité de sommeil insuffisante et de la fatigue (p. ex. fatigue non forcément soulagée par le sommeil et sans rapport avec la quantité ou la qualité du sommeil). La somnolence excessive et la fatigue se différencient difficilement et peuvent se superposer considérablement. » Cf. M.-A. Crocq, J.D. Guelfi (dir.), *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, p. 434, 436 [éd. orig. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Arlington, APA Publishing, 2013].

12. Jean-Émile Vanderheyden, Stéphane Noël (dir.), *Bienfaits et troubles du sommeil : Comprendre pour mieux prendre en charge*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2016, p. 29-30.

Nous avons ainsi dans cet ouvrage un mot — *machinerie* — qui va encore plus explicitement dans cette idée, tout en étant associé à l'objet biologique ; l'esprit *mécanique* est dans notre machine biologique du sommeil.

J'ai par ailleurs explicitement parlé de mon bruxisme, un phénomène *mécanique* aux effets bien visibles.

Mais afin de comprendre la raison pour laquelle j'avais supposé de vive voix que mon trouble du sommeil était *mécanique*, et ce, face à un psychiatre, il est temps d'expliquer mon état d'esprit durant la période de l'investigation psychiatrique... Alors bien naïf quant à la question psychiatrique, ne sachant que je devais me justifier de mon passé, de ce que je suis et de mes paroles, mon discours était malgré tout légèrement orienté. Il est impossible de ne pas adopter une position face à un interlocuteur qui vous dit être persuadé que vous avez un problème psychologique, ou face à un interlocuteur qui est là pour déterminer si vous avez ou non un tel problème ; l'un étant mon médecin traitant¹³, l'autre, le docteur L***. Ma principale plainte d'alors était une fatigue générale et un sommeil particulier, ce qui, aussi bien pour la population générale que pour les médecins, suggère habituellement une dépression, avant toute autre supposition ; ainsi pensais-je qu'aux yeux de l'un et de l'autre, je pouvais être dépressif.

Dès lors, bien que le plus libre possible en ma parole, il m'arriva parfois de présenter d'une certaine manière telle ou telle chose afin de faire comprendre qu'elle ne procédait pas d'une dépression¹⁴ — consciencieusement, j'essayai de répondre à ce que je croyais être ses interrogations.

Ce fait jettera un jour nouveau sur d'autres points du rapport...

À cette époque-là, jamais encore n'avais-je ouvert un livre relatif au sommeil, moins encore à la psychiatrie ou à la psychologie ; je n'eus en conséquence que les termes de mon intuition pour pénétrer et essayer d'expliquer ce que je pensais alors de mon sommeil. Dans ma conception du sommeil, une dépression était un agent externe, et plus largement, toute pathologie psychiatrique qui eût perturbé le sommeil n'était cependant pas intime à son fonctionnement — outre une fatigue diurne, une dépression pouvait avoir diverses conséquences comportementales sur le sommeil, telles que la clinophilie — ; au contraire, certains troubles physiques pouvant perturber le sommeil devaient être intimes à son fonctionnement, agents internes.

C'est donc tout naturellement que lorsqu'elle me demanda ce que je pensais de mes problèmes de sommeil, je dis ce qu'il en était... Or, je ne fus pas entendu ; certes, elle aura écouté et repris certains éléments dans le rapport, mais elle en aura également écartés — à l'écoute ou par la suite — ou mal interprétés — voire pas interprétés du tout — d'autres.

D'aucuns pourraient objecter que de parler d'un trouble du sommeil qui serait *mécanique* n'est tout de même *pas très normal* ; mais ce serait ignorer l'effet que peuvent avoir les guillemets, et ce serait surtout oublier que cette expression a été isolée de son contexte, à savoir ce que j'ai prononcé avant et après — le tout formant un discours cohérent. Mais ce n'est pas tout... Il faut savoir que je m'étais bien gardé de tenter l'auto-diagnostic d'un trouble du sommeil, ayant toujours eu de la circonspection quant à ces ennuis ; cependant, et c'est un truisme que de le dire, j'ai une expérience inégalable de moi-même et j'ai des sensations inexprimables qui me sont propres, comme tout un chacun — et c'est là que réside la véritable anamnèse. Le sommeil tient du mystère, et la plupart des troubles qui en relèvent ont une part d'impénétrable, pour la science et pour les personnes qui en souffrent : une explication parfois un peu obscure en est un corollaire ; d'autant plus si l'interlocuteur cherche totalement autre chose et ne demande aucune clarification. Jamais le docteur L*** ne me demanda véritablement d'expliquer mon emploi du qualificatif *mécanique* ; elle se contenta de le noter — alors qu'une autre personne eût très bien pu reconnaître toute l'étendue sémantique de ce terme sans autre développement de ma part.

Ainsi ne fis-je que donner un sentiment, qui, par définition peut ne pas être très clair et, qui ne saurait être comparé avec et mis sur le même plan intellectuel que la dénomination plus formelle d'un trouble, telle qu'un diagnostic. Cela aura pourtant été, en substance, la manière de procéder du docteur L*** en ce qu'elle oppose catégoriquement mon intuition à une catégorie nosographique dans la conclusion du rapport pour mettre « en évidence une manière particulière et bizarre de voir la réalité ».

13. Ce serait une erreur de penser que mon médecin traitant avait des raisons valables, autres que l'inactivité professionnelle et un certain isolement social, pour se persuader que les causes de ma *situation* étaient essentiellement psychiques...

14. Rétrospectivement, en me basant sur le *DSM-5*, je dirais que c'était une idée assez proche du *trouble dépressif persistant (dysthymie)*.

De plus, elle précise bien : « [...] une hypersomnie pouvant expliquer toutes ses difficultés [...] »¹⁵. Elle crée de ce fait presque une impasse dialectique... car deux obstacles majeurs sont engendrés par cette assertion.

Premièrement, si je m'étais hasardé sur le même plan qu'elle, je ne serais peut-être pas tombé sur la catégorie des hypersomnies, et sans doute aurait-elle eu quelque chose à redire, à plus forte raison si j'avais pensé deviner un trouble avec une plus faible prévalence, voire considéré comme rare ; et étant donné mes symptômes, le choix eût somme toute été assez restreint.

Deuxièmement, quand bien même aurais-je avancé l'hypothèse d'une hypersomnie¹⁶, je n'aurais certainement pas employé ce terme, parce qu'il n'appartenait pas à mon vocabulaire ; j'aurais dès lors usé de périphrases, telles que « une maladie qui fait beaucoup dormir », très quelconques et insuffisantes pour se risquer à un diagnostic précis ; on peut faire ce qu'on veut avec de telles banalités, par exemple faire croire que le patient a une mauvaise introspection, ou s'évertuer à présenter le trouble du sommeil comme l'épiphénomène d'une maladie mentale — ce qu'elle se sera permis de faire malgré tout.

Une distinction doit par ailleurs être établie entre le plan formel du rapport et le plan du raisonnement qui l'a précédé ; le docteur L*** n'a certes pas posé formellement un diagnostic d'hypersomnie — seule la formulation d'un diagnostic principal l'intéresse —, et néanmoins, au vu de sa conclusion, ce trouble supposé aura indéniablement et entièrement participé au raisonnement qui a conduit au diagnostic psychiatrique.

Il eût été une tâche bien ardue que de fournir une explication trouvant grâce à ses yeux. La question se pose de savoir si je pouvais avancer même une hypothèse somatique d'un trouble du sommeil sans être critiqué ; tout au long du rapport, il y a ce refrain qui procède d'une pétition de principe.

Ainsi n'aurai-je fait que dire, très honnêtement, ce que je pensais de mes problèmes de sommeil : une cause physique, et même inhérente au fonctionnement du sommeil. J'ai le droit de supposer et d'éventuellement me tromper.

Nous avons donc d'une part un patient avec une certaine réserve quant à un hypothétique diagnostic, et d'autre part, nous avons une professionnelle de la santé qui choisit un certain diagnostic, avec peu d'éléments en sa possession, à cause d'un intérêt limité et d'une écoute biaisée, et une compétence assez nulle sur le sujet.

Aussi, il est ironique qu'elle oppose l'idée d'un trouble *mécanique* à l'hypersomnie, parce qu'à bien des égards, l'hypersomnie peut être considérée comme un trouble d'ordre *mécanique*¹⁷, et ce, qu'elle soit *organique* ou *non organique*.

Le jugement porté sur mon emploi du terme *mécanique* s'avère non seulement excessif, mais totalement infondé.

Mais finalement, la véritable nature de mon trouble du sommeil n'a que peu d'importance dans mon argumentation... et néanmoins, je n'ai aucune raison de ne pas faire connaître ce que j'ai appris depuis lors quant à mes interrogations.

Des mois après cette investigation psychiatrique, je suis allé au centre du sommeil du centre hospitalier, comme convenu depuis le début avec mon médecin : on m'y a diagnostiqué un syndrome hypernycthémeral¹⁸.

Ce syndrome fait partie des troubles du rythme circadien (rythme veille-sommeil). Le rythme veille-sommeil est régulé par deux *mécanismes* biologiques internes : le *mécanisme* homéostatique et le *mécanisme* circadien¹⁹. Sans entrer dans les détails, il y a dans ce trouble un défaut de synchronisation entre l'horloge biologique endogène, qui règle les rythmes circadiens, et le cycle du jour et de la nuit, autrement appelé rythme nycthémeral ; ce dysfonctionnement se situe au cœur d'un des mécanismes régissant le sommeil.

15. Par surcroît, la tournure ambiguë laisse entendre qu'une hypersomnie pourrait expliquer toutes mes difficultés, au delà du sommeil... ne rêvons pas.

16. Ce terme ne fait pas partie de la langue la plus courante : la majorité des patients non diagnostiqués pour un trouble du sommeil s'exprimeraient vraisemblablement différemment. De plus, l'hypersomnie n'a pas réellement valeur d'explication, car son étiologie peut être aussi bien dans le domaine psychique que dans le domaine physique, alors que l'idée *mécanique* est au moins un début d'explication qui peut cerner le domaine étiologique — selon ma conception d'alors.

17. Par exemple, le *DSM-5* indique : « Certains individus présentant une hypersomnolence ont une augmentation de la quantité du sommeil à ondes lentes. », *DSM-5*, ouvr. cité, p. 435 ; et *l'inertie du sommeil*.

18. Ce trouble du sommeil a d'autres noms, dont : *syndrome libre-cours* et *syndrome du rythme différent de 24 h*.

19. On parle aussi de *processus*, un synonyme dans ce contexte ; l'emploi de son adjectif (*processuel*), bien que correct, n'appartient, lui, pas au langage courant.

Ainsi, si vague que fût l'expression de mon sentiment, car m'étant refusé à l'auto-diagnostic, ce sentiment était cependant juste : ce trouble du sommeil est d'ordre *mécanique*²⁰.

Qu'en penser ? Mon discours n'était pourtant pas restreint à la sphère de l'intuitif, plusieurs indices y méritaient d'être reconnus comme tels ; pourquoi donc avoir écrit dans le rapport que j'« explique avoir des horaires irréguliers et être souvent en décalage horaire » ?

Ces deux faits devraient suggérer un trouble du rythme circadien à quiconque a la prétention de se forger une opinion sur mon sommeil ; alors si elle est destinée à un raisonnement psychiatrique...

Passons à la suite.

Il y a lieu de se demander s'il est pertinent de mentionner mes rêves lucides et mes paralysies dans ce contexte ; ce n'était probablement pas par souci d'exhaustivité.

Ensuite, jamais je n'ai dit que les deux périodes d'environ six mois où je ne sortais pas étaient dues à ma fatigue, ce serait une explication absurde²¹. Je lui ai dit de manière très explicite que ces deux périodes dataient de plusieurs années et que c'était ce qui pouvait le plus faire penser à des épisodes dépressifs — puisque je pensais que c'était son interrogation —, tout en l'informant que j'avais toujours eu plaisir à faire des choses durant ces temps-là ; mais jamais je n'ai dit que la fatigue en était la cause. J'ai dû avoir des hauts et des bas en ce qui concerne ma fatigue ; globalement, ni plus ni moins fatigué que le reste du temps. J'ai d'ailleurs connu des épisodes de fatigue bien plus forte au cours de périodes où je sortais assez régulièrement ; cela dit, il m'arrive fréquemment de ne pas sortir pendant quelques jours à cause d'une fatigue, le plus souvent due à un décalage horaire, car bien souvent, *sortir de jour* est synonyme de *nuit blanche*.

Il est écrit que je « [vois] ce symptôme comme le principal obstacle à une activité professionnelle » : ce n'est pas vraiment une opinion, ce n'est pas seulement *moi qui vois cela*, c'est une réalité — je n'aime pas être si affirmatif, je n'ai cependant le choix devant tant d'assurance obtuse. Où est passé mon quotidien ? Où sont passées mes bien courtes journées ? Où est passé le temps perdu ? Non ! « ce symptôme »²² est le « principal obstacle » à toute activité, quelle qu'elle soit ; le temps, je n'ai nul le besoin d'un passe-temps pour le perdre : mon éveil est un contre-temps.

« [...] mais [je] signale également qu'il [me] manque de la motivation pour faire des recherches d'emploi. » : il est vain de s'évertuer à retourner mon honnêteté contre moi, cette affirmation ne s'oppose aucunement à tout ce que j'ai expliqué. Il est primordial d'appréhender ma situation pour savoir que faire d'une telle affirmation.

La confusion se propage...

Que de fois aurai-je été naïf ! comme lorsque je parlai d'avoir « toujours la tête ailleurs ».

Encore une fois, la citation a été isolée de son contexte ; je crois me souvenir d'avoir dit cela en racontant ma scolarité et l'ennui que, fréquemment, j'éprouvais lors des cours. Mais évocation du passé ou esquisse du présent, la vraie question n'est pas là. Mes propos n'étaient pas prémâchés, et devaient être digérés : brute, cette expression que tout le monde emploie n'a que peu de valeur dans une interprétation psychiatrique ; pour se risquer à en avoir une, il convient de développer l'hypothèse, d'entrer dans le détail des propos ; toute parole d'un patient n'est pas immédiatement transposable à la compréhension psychiatrique.

20. Il va sans dire que le mot *mécanique* est usité, entre autres, en tant qu'adjectif de *mécanisme*. Une autre citation : « Tout comme une horloge mécanique qui ne serait pas remise à l'heure de temps en temps, en l'absence de synchronisation par l'environnement l'horloge biologique circadienne prend un peu de retard ou un peu d'avance, selon les individus (selon la période de leur horloge). On dit dans ces conditions que l'horloge est en "libre cours". » Cf. Claude Gronfier, « Physiologie de l'horloge circadienne endogène : des gènes horloges aux applications cliniques », *Médecine du sommeil*, vol. 6, n° 1, 2009, p. 6.

21. Si cela avait été si simple, j'aurais agi en conséquence.

22. Je pense avoir dit qu'il y avait probablement plusieurs fatigues, qu'il y avait peut-être une fatigue qui ne résultait pas du sommeil.

Puis elle parle de *se perdre facilement dans ses pensées*, sans me citer toutefois. Elle donne deux exemples cette fois... mais quelle misère ! je dois tout démêler.

Dans le premier exemple, elle confond le passé avec le présent, puis la lassitude avec l'écriture. J'ai, d'une part, expliqué qu'à l'école j'avais tendance à regarder par la fenêtre, m'imaginant des paysages par delà les montagnes ; à cela, le docteur L*** me demanda des exemples précis : de tous mes passages au centre hospitalier, ce fut la seule fois où je ne répondis pas à une demande. Or ce n'était pas un refus de ma part : je ne pouvais pas véritablement apporter de précisions sur des songeries aussi floues — d'il y a plus d'une décennie — tenant plus de la nature du sentiment que d'une vision claire et descriptible dans ses moindres détails. J'ai pourtant dit qu'il n'y avait pas grand-chose à dire de plus, et j'ai bien senti qu'elle n'était pas satisfaite ; à n'en pas douter, elle voulait du spectaculaire, une description de ce qu'elle s'imaginait ; de cette contrariété est très probablement né le discours sur mon refus de dire certaines choses²³.

D'autre part, j'ai parlé de ce que j'appelais alors sobrement mon *projet d'écriture*. Nous en avons peu parlé ; j'ai exprimé le sérieux de ce projet, mais elle ne m'a pour ainsi dire posé aucune question à son sujet, je n'eus par conséquent pas l'occasion de refuser quoi que ce soit. Ce qu'elle écrit dessus indique qu'elle n'a pas saisi de quoi il s'agissait.

Dans le second exemple, elle fait une simplification trop grossière pour pouvoir être prise en bonne part.

Je racontai une anecdote datant d'environ quinze ans : à la fin d'une journée d'école, en attendant à un arrêt de bus et regardant un peu dans le vide vers la route, j'eus la drôle d'impression que les voitures qui passaient étaient de bien curieuses machines ; certes, je savais très bien ce que je voyais, mais je les considérais d'une manière inédite ; cela ne dura que quelques secondes.

À partir de ce jour-là, ce devint un exercice intellectuel, voulu et recherché — mais c'est un mode de pensée que j'ai probablement toujours eu.

En le racontant, je crois avoir clairement comparé ce phénomène à celui où le sens d'un mot peut être momentanément offusqué lorsqu'il est répété de nombreuses fois en peu de temps ; la langue maternelle devient alors langue étrangère — il n'y a plus de signifié, seul le signifiant parvient à l'esprit²⁴. Ceci peut être subsumé au concept du *jamais vu*.

Il est écrit que « [j'] essaie d'observer le monde comme pour la première fois » ; ainsi, le fait que j'*essaye* corrobore l'idée d'un exercice intellectuel, à savoir regarder le monde avec des yeux neufs. Dans ce contexte, les termes *visiteur extraterrestre* et *nouveau-né* — je ne crois pas avoir dit « bébé » — ont été employés avec une connotation assez neutre ; une autre fois aurais-je aussi tout à fait pu parler d'un voyageur temporel ou d'un Sauvage n'ayant encore jamais vu le monde de l'homme blanc²⁵.

Après tout, il est un exercice fort commun que de poser un regard neuf sur les choses, mais tout le monde ne le pratique pas, nous ne le savons que trop bien...

Cette citation, cette mise entre guillemets, à l'instar de toute la production écrite de cette investigation, n'impressionne que le badaud.

Cette anecdote est à rapprocher de l'idée de déréalisation — nous y reviendrons —, et parce que la fréquence définit dans une large mesure le caractère pathologique, il convient de distinguer nettement le phénomène peu ou prou involontaire de l'exercice délibéré.

Enfin, nous pouvons nous demander si ces deux exemples illustrent réellement le fait de *se perdre facilement dans ses pensées*...

23. Cette idée apparaît dans le rapport avec les « histoires fantastiques », puis est répétée deux fois avec une généralisation graduelle — sans exemples —, finissant par être insérée dans le concept de la *méfiance* : « [...] imagine des histoires fantastiques, sur lesquelles il refuse de donner des détails [...] » ; « [...] mais évite de répondre à certaines questions [...] » ; « [...] reste vague lorsqu'on lui demande d'élaborer autour de ses pensées [...] ». C'est le rapport qui est de plus en plus vague !

24. Ce phénomène est connu, entre autres, sous le nom de *satiété sémantique*. Cf. Leon A. Jakobovits, *Effects of Repeated Stimulation on Cognitive Aspects of Behavior: Some Experiments on the Phenomenon of Semantic Satiation*, thèse, université McGill (département de psychologie), 1962.

25. Il faut bien aller aussi loin pour *redécouvrir*.

Nous arrivons ensuite à une des phrases les plus remarquables que le docteur L*** ait pu écrire : « Il passe ses journées à dormir et à écrire ses histoires imaginées et sort parfois pour faire de la photographie, seules deux activités pour lesquelles il manifeste un intérêt. »

Quel esprit de synthèse ! outre la niaiserie, il m'est difficile de ne pas y percevoir une forme de mépris²⁶.

Mais pour commencer, je rétorquerais que je me serais volontiers satisfait quelque temps d'un tel train-train ; et ce, afin de parvenir à mes fins. J'ai cependant expliqué que je n'en avais pas eu les moyens, en indiquant notamment de quelle manière j'essayais de lutter contre le sommeil tandis que j'écrivais.

Quand il est fait avec sérieux, l'acte d'écrire commande de la discipline et de la constance, et dès lors un certain éveil ; mais à quoi bon essayer de faire comprendre une telle fatigue ancrée dans le temps ! on ne saurait la comprendre, on ne peut que l'imaginer — ou se l'imaginer, selon certaines²⁷.

Je porte naturellement un intérêt à de nombreuses choses ; je me demande comment une telle assertion réductrice a pu être pensée et écrite, il n'y a d'ailleurs pas le début d'un développement ; je puis simplement signaler qu'il n'y a pas eu la moindre enquête à ce sujet.

La dimension du temps a été complètement omise dans ce raisonnement, avec mes *deux seules activités* traitées comme des passe-temps. Or, en ce qui me concerne, la photographie et l'écriture sont des activités principales ; nous ne sommes pas dans la sphère des loisirs. J'ai premièrement cherché à faire de la photographie animalière une activité professionnelle des années durant, et bien que ce ne soit maintenant plus le cas²⁸, elle reste potentiellement une activité qui prend beaucoup de temps — je ne sors cependant que très rarement dans la nature ces derniers temps.

Puis, doucement, l'écriture est devenue véritablement mon activité principale...

Bien entendu, les années étant passées, la situation financière était devenue de moins en moins tenable, et je pensais qu'un petit travail alimentaire était le moyen le plus raisonnable, pour quelque temps, d'achever mon projet ; mais je n'en avais pas vraiment la force.

Ainsi, telles que je les ai décrites, la photographie et l'écriture sont chacune une activité accaparante ; or mon *temps utile* est très réduit. Et dès lors que mes journées sont courtes et que je veux arriver à quelque chose, je ne puis me permettre de me disperser ; je dois concentrer mes efforts. L'énonciation de ce principe ne signifie pas pour autant que je l'applique dans toute son apparente rigueur ; je ne suis pas dans un circuit fermé, et je dirais même qu'en ce qui me concerne, l'écriture n'est que la manifestation d'une route en devenir²⁹.

Au demeurant, cette phrase, comme tant d'autres, prête à l'équivoque ; parle-t-elle d'un *intérêt manifesté* mentalement, ou pratiquement ? Quoi qu'il en soit, nous venons de répondre à ces deux interprétations.

Il y a en sus une autre interprétation possible, qui ne relève non plus de l'aspect quantitatif, mais de l'aspect qualitatif : ce sont des activités solitaires ; ce serait donc électivement que je me serais désocialisé, ayant choisi des activités qui n'impliquent pas de relations interpersonnelles.

Nous aurons quelques éléments de réponse en traitant la question de la sociabilité, avec les deux phrases qui suivent immédiatement dans le rapport...

... Deux phrases particulièrement déplorables.

Il convient en premier lieu de souligner que l'absence d'un vrai cercle d'amis ne signifie pas nécessairement un défaut de sociabilité, de mauvaises aptitudes sociales. Il est aussi à noter que le *peu sociable* n'est pas une citation, mais au fond, il importe peu de savoir si j'ai prononcé ce terme. Partons cependant du principe que j'ai dit être *peu sociable* ; n'est-ce pas un peu inconsidéré que de l'écrire ainsi dans un rapport ? N'y a-t-il pas de distinctions à établir entre les différents registres et contextes ? Cette expression est à comprendre avec la notion d'*introversion*, mentionnée au début de son paragraphe ; or, aussi bien la notion de *sociabilité* que celle d'*introversion* sont très relatives : ma subjectivité est certes indispensable dans une telle investigation, mais encore faut-il l'entendre correctement.

26. Un mépris qui ne me veut que du bien, cela va sans dire...

27. Ma fatigue est non seulement considérée par elles comme un épiphénomène, mais également comme moins sévère que je ne l'ai exprimée.

28. Les raisons de cet insuccès sont multiples ; je ne vais pas toutes les évoquer dans ce texte.

29. En d'autres termes : je m'intéresse à bien trop de choses pour être décrit de la sorte, et je fais d'*autres choses* ; je ne suis pas figé dans un schème qui permettrait au premier venu de prédire mon avenir.

Ensuite, il est dit que je « n'[ai] pas d'amis depuis l'enfance » : c'est faux ; une négligence parmi tant d'autres.

Puis il est écrit que j'« estime que l'opportunité de connaître des gens ne se présente pas au vu de [mon] style de vie » ; il y a ici deux points capitaux : la question des opportunités, d'une part, et l'affirmation quant au style de vie, d'autre part.

Nous avons avec l'*opportunité* une autre observation-phare du docteur L^{***}, puisque reprise dans la conclusion pour illustrer ma « manière particulière et bizarre de voir la réalité », avec la formulation suivante : « isolement social expliqué par un simple “manque d'opportunité” ».

Ce point est un bon exemple illustrant l'écueil sur lequel a échoué le docteur L^{***} tout au long de l'investigation : la superficialité du dialogue. En effet, nous ne sommes pour ainsi dire jamais allés ensemble au fond des choses ; il n'y a que moi qui aie approfondi certains sujets, dans ce qui s'apparentait à un monologue.

Déçu, je le fis savoir à mon médecin traitant pendant l'investigation, puis aux deux psychiatres lors de l'entretien de réseau³⁰. Jamais ne m'aura-t-elle demandé ce que je pensais de moi-même et de ma situation, jamais mon introspection n'aura-t-elle été sollicitée.

Ne connaissant pas les véritables interrogations sous-jacentes aux questions formelles, mes réponses ne pouvaient qu'être incomplètes ; je ne savais ce qui était attendu de moi, je ne savais pas que je devais me justifier, je pensais que tout se passait bien. N'approfondissant rien, elle a entretenu l'apparence de mon discours en se contentant de mes réponses lacunaires au regard des enjeux cachés — plus que ses attentes non révélées, le problème est qu'elle n'a pas essayé d'en apprendre et d'en comprendre davantage. Aussi, on ne peut me rétorquer que j'aurais dû spontanément éclaircir tous les points faisant l'objet de son examen, tandis que j'ignorais tout de ce qu'elle voulait ; que les entrevues soient dirigées, semi-dirigées ou plus libres, ce n'est pas le patient qui décide de la direction à prendre et des sujets à approfondir.

En conséquence, tout ce que je n'ai pas dit et le peu que j'ai dit auront été utilisés contre moi — qu'importe l'intention —, avec comme essence de ce raisonnement psychiatrique, l'illusion que peut laisser une vision étriquée de mon passé et de ma situation présente.

Cependant, la superficialité du dialogue n'explique pas tout. Considérons le contexte...

Lorsque, à sa demande, j'abordai le sujet des amitiés, je le fis sous deux angles : le passé et le présent.

À propos du passé, et plus précisément à partir de l'adolescence, je dis que je n'avais pas eu beaucoup d'amis³¹ ; puis j'évoquai la fonction sociale de l'alcool en disant que je m'étais privé d'un bon nombre de sorties, parce que n'en buvant pas³². À cela, elle me demanda si, selon moi, mais d'une manière générale, il n'y avait pas d'autres endroits où faire des rencontres : je répondis, bien entendu, que oui, il y avait d'autres endroits... et finissant par dire que, dans mon cas, il y avait eu un manque d'opportunités.

À propos du présent, je dis explicitement que ce n'était en ce moment « pas une priorité »³³.

Le contexte précisé, nous sommes donc en mesure de critiquer ce point directement...

Quand il s'agit de faire des rencontres, tout n'est qu'*opportunité* ; si l'on n'a pas d'opportunités de rencontrer des gens, on n'en rencontre point. Mais contrairement à ce que semble penser le docteur L^{***}, l'individu agit dans la sphère des opportunités, il n'est pas purement passif. Mes propos, et même une partie de ce que le docteur L^{***} en a compris, allaient dans le sens de cette vérité. Premièrement, l'idée d'être *peu sociable* entre en contradiction avec ce qu'elle entend par *simple manque d'opportunité* ; si j'avais vraiment expliqué l'isolement social par le *simple manque d'opportunité* — dans sa conception erronée de l'*opportunité* —, alors pourquoi diable aurais-je dit être *peu sociable* ? Assurément, c'est le docteur L^{***} qui *simplifie*, ne tenant même pas compte de tout ce qu'elle écrit.

Deuxièmement, le fait d'avoir dit qu'en ce moment ce n'était pas une priorité laisse entendre que je considère avoir quelque influence sur la présence des *opportunités*.

30. Si je n'ai rien dit au docteur L^{***} pendant l'investigation, c'est parce que je pensais qu'elle n'avait pas jugé nécessaire de creuser tel ou tel sujet — et cependant je n'attendais que cela.

31. Ce n'est pas un euphémisme, en aucune façon cela ne signifie-t-il *aucun ami*.

32. Je n'ai jamais présenté cet élément comme une explication totale.

33. Encore une fois, ce n'est pas un euphémisme : je n'aurais pas évité...

Et cependant, le docteur L*** a fait d'une citation mon explication totale sur le sujet, et ce, afin de servir son propos ; évoquer un *manque d'opportunités* était pour elle aberrant, et pourtant, elle ne m'a pas demandé d'étayer³⁴, et jamais nous n'y sommes revenus.

Mais lorsqu'on appréhende véritablement le concept de l'*opportunité*, on sait qu'elle peut avoir valeur d'explication totale. Parler de *manque d'opportunités*, ce n'est certes pas détaillé, mais c'est conforme à la raison ; on est autorisé à l'invoquer, car cela est plausible ; le *manque d'opportunités* peut faire partie de l'explication, et peut même être toute l'explication.

Le docteur L*** pense néanmoins que d'associer l'idée des *opportunités* à l'idée de l'*isolement social* est une *manière particulière et bizarre de voir la réalité* : ce ne serait pas une affaire d'opinion, ce ne serait pas une possibilité rationnelle, nous serions au delà de l'erreur de jugement.

Selon elle, mon *isolement social* serait la conséquence d'une *asociabilité* — cette notion est présente dans le spectre de la schizophrénie, auquel appartient le trouble de la personnalité schizotypique.

Voici ce qu'en dit le *DSM-5* : « L'asociabilité fait référence au manque d'intérêt pour les interactions sociales et peut être associée à l'aboulie mais peut aussi être une manifestation d'une diminution des opportunités d'interactions sociales. »³⁵

Un des ouvrages de référence en matière de psychiatrie, et incontestablement le plus influent, semble donc intégrer la même conception de l'*opportunité* que décrite précédemment, et souligne l'importance des *opportunités* dans la vie sociale de l'individu en établissant une distinction entre ce qui procède du psychisme seul et ce qui procède de l'environnement et des circonstances³⁶.

Nous en venons au *style de vie*...

Que dire, si ce n'est que le *style de vie* — ou mode de vie — est un choix³⁷ ! Or, ce n'est pas comme le résultat d'un choix que je regarde mon quotidien. Durant toutes ces années, j'étais très loin de me contenter de cette vie ; combien de fois me suis-je dit que ce n'en était pas une ! Pour considérer avoir un *style de vie*, encore faut-il estimer avoir une vie assez pleine ; je pense plutôt avoir commercé avec le néant.

Non ! être très souvent fatigué et *passer mes journées à dormir* est une situation que je ne revendique pas ! et que seule une personne touchée par le sot esprit peut nommer *style de vie* !

En ce qui concerne la relation avec ma mère, le peu qui y est écrit, très fragmentaire, donne une vision fort déformée de la réalité ; ma mère a jugé très exagéré de parler d'une relation qui aurait « toujours été conflictuelle ».

Il y a dans ce passage un autre point repris dans la conclusion pour illustrer ma *manière particulière et bizarre de voir la réalité*, et cela est incompréhensible. Lorsque j'ai raconté que, fréquemment, je demandais à ma mère de *répondre d'une certaine façon*, je crois que c'était au moment où je signalais mes compulsions... C'est une sorte de compulsion de rangement et de rassurement s'opérant sur le plan verbal, et il n'y a fondamentalement aucune différence entre replacer compulsivement une chaise d'une manière particulière et faire répéter une phrase avec précision comme dans mon cas.

Ce besoin, et le comportement qui en découle, sont à rapprocher des compulsions mentionnées dans le rapport, en ce que ce sont les mêmes mécanismes psychiques qui opèrent. Il serait trop long d'aller dans le détail de ces compulsions, je puis cependant dire que mes obsessions et leurs expressions sont ordinairement exacerbées par quelque anxiété, que souvent mon état de fatigue ne me permet guère de réprimer. À d'autres moments, l'intensité de certaines obsessions est sous le seuil de l'expression, et les compulsions ne sont alors pas présentes.

Ainsi ce phénomène s'inscrit totalement dans ce schéma impliquant obsessions, compulsions et anxiété ; cette séparation des autres compulsions n'avait pas lieu d'être ; cette répétition de paroles n'est pas une *manière particulière*

34. J'aurais pu en parler un bon moment ; et avant d'entrer dans le détail et de faire mon autocritique, j'aurais dit que l'on se crée aussi ses propres opportunités... ce qu'elle paraît ignorer.

35. *DSM-5*, ouvr. cité, p. 105. L'édition originale du *DSM-5* confirme : « Asociality refers to the apparent lack of interest in social interactions and may be associated with avolition, but it can also be a manifestation of limited opportunities for social interactions. » ; *DSM-5* (éd. orig.), ouvr. cité, p. 88.

36. Nous remarquons que le *DSM* rapproche l'idée de l'isolement social de l'*asociabilité*, et cependant en distingue formellement les causes.

37. Certes, jusqu'à un certain point.

et bizarre de voir la réalité. Il est triste qu'elle ne réalise pas qu'elle n'a rien découvert et que c'est moi qui ai d'emblée raconté cela ; si je n'avais eu conscience du caractère aberrant de ces compulsions, elle n'en aurait rien su.

Le docteur L*** aborde ensuite le sujet des *déréalisations* ; il convient en premier lieu de relever que cette fois — une fois n'est pas coutume — elle fait montre de mesure en indiquant leur rareté. Mais peut-on toutefois parler de *déréalisation* ? Sachant que je n'ai pu décrire ces phénomènes que très brièvement, j'estime qu'il était malavisé de les interpréter ainsi ; le *décalage avec la réalité* peut signifier différentes choses, de même que *l'état entre la veille et le sommeil* ; ces descriptions sont très subjectives et méritent que l'on entre dans le détail...

Par suite de cette investigation, je suis donc descendu dans le détail, je me suis remémoré tout ce qui pouvait faire penser à une *déréalisation* ; mais il faut bien dire que les définitions sont assez imprécises et ne permettent pas de se défaire, ne serait-ce qu'un peu, de la subjectivité du lecteur — avant tout du fait de ses expériences propres. J'en ai malgré tout conclu que j'ai effectivement connu au moins quelques *déréalisations*...

Cette dernière affirmation ne nous apprend cependant pas grand-chose, elle est aussi vague que le rapport ; dire que j'ai connu quelques *déréalisations*, et rien de plus, n'est que très peu utile ; c'est une parole ambiguë : les détails essentiels n'y sont pas. Le docteur L*** a certes pris le soin de préciser que ces *déréalisations* étaient rares — sans s'assurer qu'il s'agissait bien de cela —, mais a négligé une dimension absolument essentielle : leur durée.

Quand on sait qu'une *déréalisation* peut durer de quelques secondes à plusieurs décennies, il n'y a pas de signification notable à tirer de sa simple présence à un moment donné de la vie d'un individu ; et une fois sa présence avérée, on ne peut cliniquement envisager la *déréalisation* sous le seul aspect de la fréquence.

Ce qui est dérangeant dans mon cas, c'est que j'ai sans équivoque possible indiqué au docteur L*** que ces impressions de *décalage avec la réalité* ne duraient que quelques secondes. C'est une précision fondamentale, une précision qui renseigne sur la nature de ces *déréalisations* — sans une image claire des caractéristiques d'une *déréalisation*, on ne saurait l'intégrer à un tableau clinique.

Or, le phénomène de la *déréalisation* n'appartient pas exclusivement au domaine pathologique, il appartient également à la normalité, au commun ; ne pas établir cette distinction rend non seulement vaine, mais aussi préjudiciable la mention du phénomène de la *déréalisation* dans ce contexte.

Il est ennuyeux que ce sujet ait été abordé d'une manière si incomplète ; une alternative s'offre à nous : ou bien le docteur L*** avait pris note de la très courte durée de ces *déréalisations*, ou bien elle ignorait tout de leur durée ; ou bien elle a jugé qu'il n'était pas approprié de le faire savoir, ou bien elle a mésestimé l'importance de cette dimension, et peut-être même l'ignore-t-elle.

Cette lacune aurait dû la déranger pendant l'investigation, elle aurait dû vouloir la combler en revenant sur le sujet. Il y a ici une lacune considérable, peut-être non seulement pratique, mais également théorique. Un psychiatre compétent et rigoureux apprécierait la différence entre un phénomène de quelques secondes et un phénomène de plusieurs heures, voire plusieurs jours.

D'aucuns pourraient arguer que la simple présence de *déréalisations* renseigne assez sur la structure psychique et les caractéristiques mentales d'une personne ; en ce sens, on suivrait les critères de la *CIM-10*, où la présence de *déréalisations* est vaguement suffisante pour un des critères du *trouble schizotypique*. Il y aurait toutefois, dans ce cas, un travail d'interprétation à faire, travail au terme duquel on exclurait de la définition de *déréalisation* des phénomènes si courts et si subtils, comme je les ai éprouvés.

Cette dernière caractéristique a aussi été ignorée — il y a plusieurs degrés, toutes les *déréalisations* n'ont pas la même intensité ni les mêmes effets. Et précisément, tout ce que j'ai dit durant les entrevues pouvant peut-être évoquer des *déréalisations* se référait à des phénomènes non seulement très brefs — quelques secondes —, mais en outre très subtils. Ainsi, s'il y a une seule chose à retenir de mes dires sur cette question lors de l'investigation, ce n'est pas la présence — banale — de ces *déréalisations*, mais bien plutôt mon application à être le plus exhaustif possible, avec les conditions qui m'étaient offertes, et le plus honnête possible.

En ce qui concerne l'exhaustivité, comme je l'ai dit plus haut, j'ai pu, en prenant le temps de me remémorer, identifier quelques épisodes de déréalisation qui ne m'étaient pas venus à l'esprit lors de l'investigation — étant donné le peu de temps qui y était laissé à la réflexion³⁸.

J'imagine en avoir oublié un certain nombre, et je peux même supposer que ces déréalisations fugaces ont dû être assez nombreuses à certaines périodes ; cependant, tout est relatif, et il n'y a pas, à ma connaissance, de différence significative entre avoir un épisode de quelques secondes par année et avoir une dizaine d'épisodes de quelques secondes par année...³⁹

Une autre caractéristique a été négligée : le *facteur déclenchant*.

Il y a beaucoup de *facteurs déclenchants* possibles pour une déréalisation ; tant la psyché que les circonstances peuvent avoir un rôle essentiel dans l'apparition d'une déréalisation ; certains de ces *facteurs* sont très communs et peuvent provoquer des déréalisations complètement normales et hors du champ pathologique.

Parmi ces *facteurs déclenchants*, plusieurs ont rapport à la fatigue et au sommeil. En effet, une certaine fatigue, le manque de sommeil, l'état hypnagogique et l'état hypnopompique sont autant de *facteurs déclenchants* potentiels de déréalisations⁴⁰.

Dans mon cas et compte tenu de la nature de ma plainte, ce fait ne saurait être simplement ignoré.

Nous pourrions par ailleurs être étonnés que je n'ai pas connu plus de déréalisations ; et surtout de plus longues et de plus intenses ; mais il n'y a sans doute rien d'étonnant à cela, car l'intensité des *facteurs déclenchants* ne détermine peut-être guère la durée et la force des déréalisations. C'est par contre le genre de ces *facteurs* qui détermine probablement le plus ces deux dimensions ; du genre du *facteur déclenchant* procède la nature de la déréalisation. C'est alors bien à cette nature qu'il faut accorder quelque valeur dans une considération psychopathologique, et non à la simple présence de déréalisations⁴¹.

Des déréalisations que je me suis remémorées après l'investigation, deux ont eu une durée plus longue que les autres — et cependant, dans l'échelle de temps de la *déréalisation*, elles sont encore considérées comme courtes.

Je me souviens d'un épisode ayant duré plusieurs dizaines de minutes, et d'un second ayant possiblement dépassé l'heure.

Le premier eut lieu un matin, le manque de sommeil et le réveil prématuré durent en être les déclencheurs ; je dirais que c'est probablement l'épisode le plus prononcé que j'ai connu, et ce, pour la simple et bonne raison qu'après sept ou huit ans passés, je ne suis même pas sûr que ce ne fut pas seulement un rêve...⁴² Le second semble avoir été déclenché par un état hypnagogique — regardant un film.

Tout cela laisse penser que ces épisodes sont très mineurs, largement en dessous du seuil pathologique, et qu'ils ne renseignent absolument pas sur un tableau clinique en dehors des domaines de la fatigue et du sommeil.

Encore une fois, sachant que le phénomène de la *déréalisation* peut relever aussi bien du pathologique que du normal, sa caractérisation est obligatoire ; la déréalisation est certes intégrée à certaines symptomatologies, elle n'en est pas moins reconnue comme un phénomène souvent normal et que nous pouvons tous connaître : la littérature sur le sujet n'en fait pas mystère, et tant la *CIM-10* que le *DSM-5* le reconnaissent⁴³.

38. Apparemment, les fois où je me serai permis de me taire quelques instants pour réfléchir et donner une réponse la plus exacte possible auront été interprétées, d'une manière simpliste, comme de *longues pauses dans le discours*. Il est heureux que cette investigation ait été si superficielle : un peu plus de réflexion, et je versais dans le *barrage*...

39. Et je suis loin d'en avoir aussi souvent ; encore qu'il soit toujours possible d'élargir la définition de la *déréalisation*, dans un continuum.

40. Robert G. Sacco, « The Circumplex Structure of Depersonalization/Derealization », *International Journal of Psychological Studies*, vol. 2, n° 2, 2010, p. 26-40.

41. Nous pouvons en outre observer que la *valence* (cf. *ibidem*) n'est pas un sujet pour le docteur L*** — que la déréalisation soit agréable ou désagréable, qu'importe !

42. Et la mémoire me joue peut-être aussi un tour...

43. La *CIM-10* (*Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation*) : « Certains éléments du syndrome peuvent également survenir chez des sujets ne présentant pas de trouble psychique, au cours d'un état de fatigue, d'une privation sensorielle, d'une intoxication par des substances hallucinogènes, ou encore constituer des phénomènes hypnagogiques ou hypnopompiques. », cf. OMS, *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Pregny-Chambésy/Paris, OMS/Masson, 2000, p. 153. Et le *DSM-5* : « Des épisodes de dépersonnalisation/déréalisation transitoires, durant quelques heures à quelques jours, sont fréquents dans la population générale. [...] Approximativement la moitié de tous les adultes ont au cours de leur vie au moins une expérience de dépersonnalisation/déréalisation. », cf. *DSM-5*, ouvr. cité, p. 360.

Il y a lieu d'insister : la seule présence ne saurait avoir quelque signification dans un raisonnement psychiatrique ; c'est bien le détail qui constitue la matière première.

Bien entendu, le docteur L*** a essayé — peu ou prou — d'aller vers ce détail, cependant sans jamais l'avoir atteint, se contentant, succinctement, de faussement assombrir le tableau.

Selon elle, semble-t-il, le moment de la journée où se sont produites ces déréalisations indique leur caractère anormal — comme si elle était prête à envisager la normalité d'un décalage avec la réalité à un autre moment de la journée ou de la nuit. Le « mais au milieu de la journée » n'offre que peu de doutes : ce décalage avec la réalité, qui dans mon cas est avant tout une impression d'être dans un état entre la veille et le sommeil, serait donc interdit en pleine journée.

Pourtant, certains facteurs déclenchants de déréalisations non pathologiques peuvent opérer au milieu de la journée, le stress en est un des meilleurs exemples. Mais en réalité, ce sont la majorité des facteurs déclenchants qui peuvent agir au beau milieu de la journée, et sans pour autant que la déréalisation résultante soit considérée comme anormale. En outre, qu'un tel phénomène m'évoque *un état entre la veille et le sommeil* est une chose toute personnelle ; une personne se risquerait-elle à comparer une déréalisation provoquée par la méditation, par la consommation d'alcool ou par un vertige à un état apparenté au sommeil, que l'on n'aurait proprement rien à objecter : il n'y a rien à opposer à la subjectivité de ces expériences.

Et néanmoins, pour ce qui me concerne, nous sommes au delà de cette simple comparaison ; je pense qu'il y a un véritable lien de cause à effet entre le sommeil et mes déréalisations.

Mais ce *milieu de journée* ne vient-il pas infirmer l'existence de ce lien ?

Lorsqu'on considère ma plainte, que l'on comprend la description de mon quotidien et les effets que peuvent avoir le manque de récupération et la fatigue, et que l'on accorde une importance au décalage horaire, une question s'impose alors à l'esprit curieux et investigateur : mon *milieu de journée*, quel est-il ? À cela, je doublerais la question : ai-je seulement un milieu de journée ? La réponse est que bien souvent, je me suis dit que je n'avais même pas eu de journée.

Mon témoignage et mon discours sont cohérents ; seulement, si l'on ne conçoit pas les éléments que j'avance, si l'on ne daigne pas envisager la justesse de ma plainte, on est alors bien incapable de percevoir la liaison logique entre ma situation et mes paroles. À partir de là cependant, on pourrait encore présenter une explication cohérente qui s'opposerait à la mienne, mais le docteur L*** est passée directement au domaine des extravagances : elle trouve à redire à la présence d'un état entre la veille et le sommeil au milieu de la journée, tandis que dans le paragraphe précédent dit-elle expressément que je passe mes journées à dormir — sans parler de son idée récurrente d'hypersomnie.

Ainsi a pris place l'incohérence...

Nous arrivons ensuite à un sujet d'un grand intérêt au regard du diagnostic posé, et cependant à peine effleuré : « [Je] nie toute consommation de substances » et « Pas de signes d'imprégnation toxique lors des entretiens ».

En lisant le rapport, on peut être amené, et avec raison, à se demander si je consomme des drogues ; mais inopportunément, l'investigation n'a pas répondu à cette simple question : cette dernière demeure sans réponse, le doute reste permis.

Premièrement, que peut-on bien penser du fait que je *nie*, tandis que ma parole est discréditée tout au long du texte⁴⁴ ? Deuxièmement, laisser entendre que je n'ai jamais pris de *substance* avant les rendez-vous est d'un intérêt très limité⁴⁵.

Avec le peu qui en est dit, ce serait une grossière erreur que d'en conclure que je ne consomme pas de drogues ; le but de ce rapport n'est clairement pas d'ôter ce doute, qu'il instille lui-même en partie dans l'esprit du lecteur.

44. Il n'en saurait être autrement après avoir avancé que j'ai manqué de transparence et que je suis méfiant ; si je cache des idées délirantes, je peux aussi cacher une consommation toxique.

45. Il ne m'étonnerait guère d'apprendre que la majorité — ou une part non négligeable — des personnes qui vont aux consultations de psychiatrie pour des problèmes de dépendance ne se présentent jamais à leurs rendez-vous sous l'influence d'un psychotrope.

Une autre erreur consisterait à croire qu'il n'est en définitive pas si utile de répondre à cette question, étant donné que le diagnostic ne semble pas reposer sur ce point. Seulement, comment s'assurer que cette incertitude ne soit réduite plus ou moins inconsciemment à une certitude par celui qui essaiera de se faire une image globale de ma personnalité ; et au regard du contenu du rapport — sommeil diurne, imagination problématique, manière particulière et bizarre de voir la réalité, et méfiance —, je n'ai guère de doutes quant au sens de cette certitude.

Ce manque est loin d'être anodin : tout cela participe à l'établissement d'un tableau clinique fragmentaire, car il y a justement une forte relation entre la consommation de substances psychoactives et la schizotypie⁴⁶.

Ma consommation de psychotropes, passée et actuelle, est susceptible de rendre compte de certains traits de ma personnalité, mais également de l'intensité de certaines difficultés psychiques ; elle est un élément anamnétique.

Sans trop entrer dans le détail⁴⁷, en tant qu'individu schizotypique, ma consommation pourrait être expliquée, entre autres, par un attrait particulier pour certaines nouvelles expériences, par une attirance pour un mode de vie différent, ou encore par un mécanisme d'adaptation et d'automédication, notamment en réaction contre l'anxiété. La plupart des psychotropes, si ce n'est tous, sont concernés par au moins un de ces points ; c'est ainsi que l'on considère l'usage de l'alcool et de la nicotine, et même potentiellement celui de la caféine, au sein de la question du lien entre la schizotypie et les psychotropes.

Il convient par conséquent de réaffirmer : je n'ai jamais été sous l'empire d'aucune substance psychoactive⁴⁸. Certes, cette réalité seule n'exclut aucunement la plausibilité du diagnostic posé, cependant le fait qu'elle n'a pas été reflétée par le rapport souligne le caractère tendancieux de ce travail psychiatrique.

On peut en effet raisonnablement penser que divers éléments biographiques ont compté dans le jugement clinique, tels que le divorce de mes parents, mon niveau d'études et mon inactivité professionnelle, des éléments au delà donc des critères diagnostiques, *stricto sensu*, de la *CIM* et du *DSM*.

Que ces éléments biographiques aient quelque valeur dans la détermination de mon trouble psychique peut certes éventuellement se concevoir⁴⁹, mais assurément, le problème de la consommation de substances psychoactives en a bien plus ; il est inconcevable que cette question n'ait été traitée à sa juste valeur et que nulle réponse utile n'y ait été apportée.

Cette carence s'est installée au préjudice de la vérité en ce que rien ne permet de savoir de quelle manière elle sera interprétée par le lecteur ; on peut présumer que je deviens un consommateur, ancien ou actuel, de psychotropes dans l'esprit essayant d'intégrer cette question sans réponse à un raisonnement, inconsciemment ou non : il y a quelque chose qui tient de l'absurde et de l'intolérable là-dedans.

Finalement, par cette différence dans la reconnaissance et le traitement des faits apparaît une certaine iniquité⁵⁰.

Bien que nous n'allions pas y apporter de réponses en ces lignes, un point de réflexion mérite d'être signalé : celui du lien probable entre les deux sujets que nous venons de traiter.

Lorsque l'on considère les déréalisations dont a fait part un patient, il ne faut pas oublier que ce ne sont jamais que celles qui l'ont *frappé*. Ainsi, le fait de se souvenir et même d'avoir conscience d'une déréalisation pourrait dépendre non seulement de son intensité et de ses particularités, mais également de la sensibilité de l'individu à

46. Le terme *schizotypie* — *phénotype schizophrénique* (Sandor Rado, 1953) — désigne un concept, une certaine organisation de la personnalité, et ne se réduit pas au *trouble de la personnalité schizotypique*.

47. Emma Barkus, « Schizotypy and substance use », dans O.J. Mason, G. Claridge (éd.), *Schizotypy: New Dimensions*, Hove/New York, Routledge, 2015, p. 132-146. Et : Emma Barkus, « Personality and cannabis use: A Review of the Current Literature », *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, vol. 3, n° 3, 2008, p. 84-89.

48. Jamais je n'ai bu d'alcool — hormis lorsque présent dans ce qui se mange —, eu de première cigarette ou été un buveur de café — seulement quelques rares *cafés latte* depuis deux ans ; je ne vais pas vraiment au delà du chocolat.

49. Les liens entre ces éléments biographiques et la schizotypie ne doivent pas être surestimés : par exemple, selon l'illustration des caractéristiques diagnostiques du *DSM-5* (p. 772), je pourrais très bien avoir un conjoint, un chien, un patron et des collègues, tout en ayant un trouble de la personnalité schizotypique ; il ne faudrait pas non plus en inventer, et là je pense particulièrement aux problèmes de fatigue et de sommeil.

50. On pourrait peut-être me rétorquer que malgré l'existence de moyens techniques permettant de répondre scientifiquement à la question de la consommation de psychotropes (au moins sur plusieurs mois), ce n'est pas dans les pratiques que de faire de tels examens dans le cadre d'une investigation psychiatrique *normale*. Je n'ai pas cette réponse ; cependant, en tant que patient — lésé —, je n'ai que faire de cette probable réalité ; le docteur L*** aurait pu, et aurait dû, présenter le peu qu'elle savait de manière moins ambiguë.

certaines expériences ; la notion d'*intensité* étant logiquement liée à celle de *sensibilité*, on ne devrait concevoir l'une sans l'autre : la déréalisation, en tant qu'elle est racontée par le patient, n'est qu'un résultat idiosyncrasique⁵¹. Mais encore, cette sensibilité pourrait être influencée par diverses expériences vécues par l'individu ; nous pourrions supposer que l'expérience psychotrope, surtout lorsqu'elle est répétée, rende en quelque sorte insensible aux déréalisations les plus subtiles : est-il absurde de penser que celui qui n'a jamais été ivre s'arrêtera bien plus facilement sur la moindre sensation étrange, aussi faible et fugace puisse-t-elle être ?

Vient ensuite le sujet de la scolarité ; que dire ? si ce n'est qu'une fois de plus, une absence certaine de rigueur apparaît, et ce à maints égards...

Premièrement, bien que je ne sache de manière certaine ce que le docteur L*** entend par *difficultés majeures*, il est à signaler que j'ai tout de même redoublé la dernière année de l'école obligatoire.

Qu'elle n'en ait connaissance n'est en soi pas bien grave, cela l'est par contre qu'elle pense s'être convenablement mise au fait de cette époque.

Secondement, la « tendance à se perdre dans ses pensées » est un énoncé fort vague et particulièrement équivoque, il est donc très étonnant qu'elle en vienne à une qualification aussi précise que les *troubles de l'attention et de la concentration* ; elle n'avait pas les éléments pour arriver à une telle conclusion.

Troisièmement, pour autant que je le sache, il n'existe pas de « maturité professionnelle dans le domaine de la physique et [de] la mathématique » ; j'avais pourtant raconté assez clairement, et selon l'ordre chronologique, mon parcours scolaire⁵².

Mais c'est surtout ce qui est dit sur mon dernier échec scolaire qui est ennuyeux...

Lors d'un des entretiens, j'ai fait part de quelques moments sur le plan des relations avec certains enseignants et d'un climat parfois conflictuel⁵³, et ce, afin d'éclairer les circonstances de ma dernière année d'apprentissage.

En ce qui concerne les projets de fin d'études, et plus particulièrement le second, j'ai émis des critiques, j'ai relevé plusieurs choses qui ne m'avaient pas facilité la tâche et qui n'étaient pas de ma responsabilité ; l'exemple le plus notable étant ce cours théorique incorrect à *désapprendre*, et qui constitue, selon moi, une véritable faute professionnelle, tant par son existence que par son traitement.

Il est fondamental de comprendre que ces éléments n'ont jamais constitué l'explication de mon échec, et que je ne les ai jamais présentés comme telle ; ils ont cependant déterminé en bonne partie ma manière de partir — *le choix dans le non-choix*.

Mais justement, il semble que le docteur L*** s'est imaginé que j'ai pris les simples circonstances — l'environnement scolaire et les difficultés rencontrées lors du projet — pour les véritables causes de mon échec...

Ce rapport passe sous silence presque toute une partie de mon discours ; discours révélant les causes...

J'ai raconté mon désintéret grandissant pour cette formation à partir de la seconde année et le relâchement qui en a suivi⁵⁴, et qui s'est poursuivi jusqu'à la fin.

J'ai expliqué que je n'avais pas fourni l'effort nécessaire et attendu de moi lors du dernier projet, n'ayant pas travaillé suffisamment en dehors des heures — soirs et week-ends —, parce que je n'avais tout simplement plus eu la motivation. Je dis que c'était l'épreuve finale, qui permettait de déterminer si j'étais vraiment fait pour ce métier ; à cela, elle me demanda si le but était de savoir si j'aurais été un bon travailleur dans ce domaine et qui n'aurait pas compté ses heures : je lui répondis qu'elle avait très bien compris.

Ainsi, elle a su — a-t-elle oublié depuis ? — que je me désignais comme le responsable de mon échec.

51. Tout dépend de la manière dont l'esprit l'interprète.

52. La maturité professionnelle est liée à un apprentissage ; la confusion dans les termes indique peut-être une confusion dans le déroulement des événements.

53. J'ai aussi dit que je n'avais pas été le seul élève à subir ce climat.

54. Je me suis retrouvé en situation d'échec à la fin de la deuxième année et j'ai dû forcer mon passage en troisième année par une lettre de ma mère adressée au directeur. Ce fait a été communiqué au docteur L*** lors de l'investigation.

De ce discours allant dans le sens d'une autocritique, il ne reste que bien peu de choses, et elles sont contenues dans les deux dernières phrases du paragraphe concerné : *j'estime m'être trompé de voie professionnelle*⁵⁵ et *je me sens plus attiré par une activité dans la nature...*

Ces deux affirmations n'ont pas été prononcées par enchantement, et il devrait être flagrant qu'elles ne sont que les fragments d'un discours explicite⁵⁶ — ce sont les réflexions d'un cheminement antérieur à cet échec, ce ne sont pas ces circonstances qui les ont dictées.

Il est en outre absolument faux de prétendre que je vis cet échec comme une grande injustice.

Admettons le temps de quelques lignes que j'aie effectivement « l'impression qu'on a tout fait pour [m]'empêcher de réussir » : pourquoi vivrais-je cela, après une décennie, comme une grande injustice ?

Dire que je vis — donc présentement — cela comme une grande injustice appelle l'idée d'un préjudice : cependant, où réside le préjudice lorsque *j'estime m'être trompé de voie professionnelle* et que *je me sens plus attiré par une activité dans la nature* ? Comme si le défaut de ce diplôme avait pu entraver mes entreprises...

Ensuite, elle a une manière surprenante d'interpréter et de résumer ce que j'ai relaté des circonstances : c'est sans doute une drôle d'inversion⁵⁷ que de parler d'une « mauvaise volonté de la part de [mes] enseignants » ; et c'est ambigu⁵⁸.

Mais il y a surtout lieu de s'interroger sur les raisons qu'a eues le docteur L*** de partir de la *mauvaise volonté*, quel qu'en soit le sens précis, pour arriver à « l'impression qu'on a tout fait pour [m]'empêcher de réussir ». D'une première assertion probablement pas bien grave, nous nous retrouvons en quelques mots dans une catégorie tout autre : nous passons d'une certaine passivité à une malveillance caractérisée. Que c'est gratuit et que c'est stupide !

Aussi, je n'ai jamais mis le stage et le projet de fin d'études sur le même plan ; j'ai d'ailleurs réussi mon stage sur le plan de la note d'évaluation.

Il est évident que j'ai gardé un mauvais souvenir de cet échec, il n'y a cependant pas lieu de penser que je le vis mal, et encore moins comme une grande injustice.

Si j'ai raconté ces circonstances pendant l'investigation, c'est parce que je pensais — et je le pense toujours — que c'était un point intéressant pour un œil extérieur, et un sujet important pour le psychiatre cherchant à comprendre mon parcours, car de mon côté, je considère cette fin de scolarité comme une rupture ; il est donc naturel que j'expose certains détails et que je parle de mon état d'esprit d'alors.

Néanmoins, si j'en garde un mauvais souvenir, j'en garde aussi un bon...

Je me suis bien sûr dit à plusieurs reprises que c'était un manque, mais au fond, je ne l'ai jamais regretté, car cette rupture est avant tout ma libération d'une voie qui ne me correspondait pas⁵⁹.

Je n'ai pas été entendu ; les véritables causes de l'échec ont été omises, et une partie des circonstances a été détournée dans l'idée de préjudice, tandis que l'autre a vraisemblablement été rangée dans le *discours circonstancié* — logique ! — ; nous sommes bien loin du simple malentendu.

Dans la partie intitulée *Status*, le docteur L*** s'obstine.

Avec les « troubles de la mémoire et de la concentration éprouvés », nous sommes rapidement mis en présence de vices d'interprétation et d'une mise en contexte de mes réponses essentiellement absente.

Tout au long des entrevues, j'ai eu soin de répondre au plus près de la vérité ; à ses questions sur la mémoire et la concentration, j'ai répondu en donnant fidèlement mon sentiment.

55. Mieux vaut tard que jamais !

56. Mais un discours qui a été obscurci, et qui ne soutenait pas l'idée d'un complot ; aussi aberrant que cela puisse paraître, c'est en substance ce que le docteur L*** affirme : une idée de complot dans mon esprit.

57. Selon la manière dont on interprète « mauvaise volonté » ; comme si c'étaient les enseignants qui devaient travailler à la place de l'élève.

58. Sans savoir à quoi elle se réfère précisément, et sans connaître la force qu'elle attribue à ce syntagme, il ne m'est pas possible de démentir fermement ce point.

59. Je n'ai certes pas eu les moyens de profiter de cette liberté...

J'ai signalé les difficultés que je rencontrais lorsque j'écrivais, j'ai dit combien j'avais souvent de la peine à écrire tandis que j'étais aux prises avec le sommeil, et j'ai expliqué comment je me servais de la musique pour maintenir un certain degré d'éveil et m'isoler de certains bruits.

Au regard de mes paroles lors de l'investigation, il est particulièrement malavisé de faire abstraction de ma fatigue lorsqu'on aborde la question de la concentration.

Il en est de même de ce que j'ai pu dire concernant la mémoire ; il faut en outre relativiser l'éventuel caractère plaintif, car plus que d'aller dans le sens d'un trouble, j'ai exprimé un souhait. Aussi, de quel type de mémoire parle-t-on ? Je pense en tout cas m'en sortir assez bien pour relater certains faits⁶⁰.

Cette formule induit en erreur.

Ensuite, bien que j'aie déjà dit ce que j'en avais à dire, il est, je pense, nécessaire de réitérer : lorsque le docteur L*** affirme que j'ai évité de répondre à certaines questions, cette dernière écrit une contrevérité totale.

Puis j'aurais été « tendu sur le plan psychique ». Sans plus de détails, il m'est impossible de répondre précisément ; je crois cependant avoir été calme et assez à mon aise.

Qu'il est fabuleux, à l'image de toute cette histoire, que je me retrouve dans la position où je dois déclarer que non ! je n'évite pas le regard ! que jamais je n'ai évité le regard de qui que ce soit dans cette *investigation* !

Et qu'il est extraordinaire que je sois tenu de révéler la différence tout à fait essentielle qu'il peut y avoir entre *ne pas regarder son interlocuteur* et *éviter son regard* ! que le second est un cas particulier du premier !

Alors je m'explique...

Au début de l'investigation, j'ai raconté des éléments de mon passé en regardant par la fenêtre, car malgré l'absence d'un divan, je prenais l'exercice un peu comme une cure psychanalytique⁶¹. Quoi qu'il en soit, c'était pour moi la meilleure façon de remonter le temps, de me replonger dans mes souvenirs et de les raviver, et ce, afin de retracer les faits aussi justement que je le pouvais.

J'ai cherché à être le plus minutieux possible et à respecter l'ordre chronologique ; c'est également par ce souci d'exactitude que je me suis permis de prendre mon temps pour me remémorer les choses — je pensais, à tort, que l'investigation psychiatrique était un lieu convenable pour aller au fond des choses —, parce que je ne me sentais point jugé sur ma manière de raconter, ni ne ressentais la pression de *dire vite*.

Je n'eusse jamais pu faire part de certains phénomènes extrêmement brefs et de certaines pensées parfois vieilles de plus de deux décennies en jouant au jeu du flux ininterrompu de la parole.

Néanmoins, plus qu'un attachement déraisonnable aux détails, c'est bien mon esprit consciencieux qui s'est exprimé ; c'est sans doute là la plus grande différence entre moi et les trois personnes qui ont collaboré au diagnostic.

Pour en revenir au regard, il faut bien entendre que je regardais dans le vide essentiellement lors des phases participant peu ou prou d'un monologue — mais dans le vide j'aurai surtout parlé⁶².

Le reste du temps, je regardais naturellement le docteur L*** dans les yeux, notamment lorsqu'elle levait la tête pour me poser une question — elle passait beaucoup de temps à prendre des notes (et quelles notes !) et à regarder sa feuille, point de regard à éviter dans ces moments-là. Il lui est certes probablement arrivé de chercher mon regard, seulement l'inverse est aussi vrai, ce qui semble bien ordinaire.

Je préfère de beaucoup que mes interlocuteurs me montrent que j'ai toute leur attention ; combien de fois me suis-je tu pour un regard fixé sur un écran ou un clavier ! Je ne crois pas me différencier par ce besoin de contact visuel.

Le docteur L*** n'a pas échappé à cette règle — et c'est peut-être même pour cela que je regardais tant dans une autre direction les premiers temps.

60. Sans doute que d'aucuns diront que j'invente.

61. Sans savoir réellement ce que c'était et sans en connaître le nom.

62. Ni monologue ni dialogue véritables dans ce simulacre.

On pourrait me rétorquer que le *DSM-5* ne semble pas faire la distinction entre *éviter le regard* et *ne pas regarder ses interlocuteurs* en ce que la première proposition, présente dans la version originale, est devenue la seconde dans la version française⁶³. Seulement, le contexte de ces deux exemples est celui du *maniérisme inhabituel* et du *manque de respect pour les usages sociaux habituels* ; nous ne sommes pas dans le contexte de la *méfiance*, qui est celui du docteur L*** dans la conclusion du rapport. Ainsi va-t-elle d'elle-même dans l'idée de la *méfiance*, et néanmoins sans en suivre la logique, car n'ayant absolument aucunes données permettant de distinguer le regard introspectif du regard fuyant. Nous pouvons ajouter que le *DSM* — si l'on voulait me coller ce critère — s'attache au regard avec n'importe quel interlocuteur, et pas spécialement au contact visuel avec le psychiatre⁶⁴ : il est à tout un chacun de regarder la vérité bien en face.

À ce stade du texte, et attendu que nombre de choses sont liées, je pense avoir répondu entièrement ou partiellement à la question du *regard*, au *discours peu informatif, circonstancié, entrecoupé par de longues pauses et avec quelques réponses à côté* ; mais encore une fois, je ne peux y répondre plus précisément, faute d'illustration dans le rapport.

Le *discours opératoire*, quant à lui, relève de l'énigme à certains égards...

Il semble que le concept *opératoire* est, d'une manière générale, galvaudé.

Dans son acception véritable, le *discours opératoire* est la manifestation d'une *pensée opératoire*, qui elle-même s'inscrit dans une *vie opératoire*⁶⁵.

Ainsi, si l'on suit ce sens, il y aurait chez moi une « carence de la vie onirique » ; je ne rêverais pas ou je serais incapable de rapporter mes rêves, et quand bien même le pourrais-je, je ne ferais que détailler « un acte ou une succession d'actes précis, toujours intimement liés à une réalité actuelle ».

Je serais « présent, mais vide », et « enlisé dans l'actualité » ; ma vie mentale serait « toujours terne parce qu'assujettie à l'activité actuelle ». Ma pensée ne ferait que « doubler l'action », et elle suivrait son chemin sans s'ouvrir à des réalités d'un autre ordre, « affectif » ou « phantasmatique » ; il y aurait chez moi une « absence de recul » aux choses.

Ma pensée, « sans portée symbolique ni valeur sublimatoire », serait « inapte à la production artistique ainsi qu'à la véritable création scientifique ».

Il serait probable que j'agisse comme « en service commandé », mais aussi que je me conduise comme un « aveugle-né de l'inconscient ».

Ma pensée serait « un mode original d'appréhension et de manipulation du réel — un réel étroit et comme fossilisé » — nous pourrions aussi parler du « conformisme »...

Il y a ici une douce ironie ; je n'en dirai cependant pas plus, car jamais je ne prétendrais connaître la vie psychique d'une personne à partir d'une ou de quelques rencontres et d'un court écrit.

Afin d'essayer de comprendre comment mon discours a pu être qualifié d'*opératoire*, voici une citation de *La « pensée opératoire »* : « Bien que le malade réponde à ses questions, l'investigateur reste insatisfait, car ce contact n'en est pas un et il se sent là devant quelque chose que nous appellerions volontiers une “relation blanche”. Bien entendu, cette “relation blanche” est celle dont le malade use constamment, pour ne pas dire exclusivement, tout au long de son existence. »

Il semblerait que c'est cette idée de *relation blanche* qui soit à l'origine de ce galvaudage de la *pensée opératoire*, et donc du *discours opératoire*.

63. « [...] the individual may avoid eye contact [...] », *DSM-5* (éd. orig.), ouvr. cité, p. 656 ; « [...] le sujet ne regarde pas ses interlocuteurs dans les yeux [...] », *DSM-5*, ouvr. cité, p. 772.

64. D'ailleurs le psychiatre ne semble pas avoir une place particulière dans bien des raisonnements...

65. Les citations suivantes proviennent de *La « pensée opératoire »* (P. Marty, M. de M'Uzan, « La “pensée opératoire” », *Revue française de psychanalyse*, t. XXVII, n° spécial, 1963, p. 345-356.) et de *L'investigation psychosomatique* (P. Marty, M. de M'Uzan, C. David, *L'investigation psychosomatique*, éd. augm., Paris, PUF (Quadrige, 395), 2003 [1963].) ; le concept de *pensée opératoire* a pour origine la Psychosomatique (de L'École Psychosomatique de Paris), une psychosomatique créée par et pour les psychanalystes.

Je veux bien croire que le docteur L*** a été insatisfaite face à un patient avec une plainte fonctionnelle et qui n'avait point demandé une aide dans son champ de compétence supposée...

Aussi, étant donné son écoute lacunaire et très dirigée, elle n'a pu entendre tout ce qui ressortissait de l'affectivité, tout obnubilée par sa quête de signes psychotiques qu'elle était.

L'aspect émotionnel, prétendument manquant ou trop pauvre⁶⁶, et la nature de ma plainte — axée sur une hypothèse *somato-fonctionnelle* — auront suffi pour rendre mon discours *opérateur*.

Je ne me souviens pas qu'elle ait tenté une seule fois de s'enquérir *proprement* de mes émotions, ce qu'elle aurait dû faire si elle n'était *vraiment* pas satisfaite de ce que j'exprimais.

Je peux ajouter que, moi aussi, je n'ai pas été satisfait... Je m'étais attendu à quelque chose de moins superficiel⁶⁷ ; à la fin de l'investigation, j'attendais encore qu'elle commence réellement — il est là le malheur.

En ce qui concerne mes affects, qui seraient monotones et restreints⁶⁸, considérons, en premier lieu, la définition des *affects restreints* dans le *DSM* : « Réduction légère du registre affectif dans son étendue et son intensité. »⁶⁹

Il ne me semble guère que les conditions particulières de l'entrevue psychiatrique — du moins telle que je l'ai connue — donnent la possibilité à l'investigateur, et ce d'une manière assurée, d'observer toute l'étendue et toute l'intensité du registre affectif d'une personne ; autrement dit, il me paraît inconsideré de conclure d'une manière aussi péremptoire à une telle *perturbation des affects* sur la base d'un examen pratiqué dans un environnement, lui, véritablement restreint. Il est pour moi inconcevable que l'on généralise le résultat de cette observation⁷⁰.

Je n'ai en outre pas souvenir d'avoir entendu le docteur L*** me demander, ne serait-ce qu'une seule fois, si j'avais bien dormi, assez dormi, depuis quand j'étais réveillé ou si je l'étais bien avant de commencer les entretiens : bien étrange pour une personne qui couchera noir sur blanc que je passe mes journées à dormir — pensant que j'avais rendez-vous avec une personne apte à faire la part des choses, je me levais pour raconter, et non pas pour faire bonne figure⁷¹.

Sans doute m'a-t-elle examiné sans jamais appréhender la réalité de ma plainte ; comment dès lors apprécier convenablement ce qui ressort de mon affectivité, et notamment les expressions de mon visage ?

Porter le masque accablant de la fatigue n'est-il pas une circonstance atténuante ?

Le docteur L*** fait ensuite mention d'une légère irritabilité...

Je ne crois pas avoir montré de signes d'irritabilité pendant l'investigation⁷², si légers soient-ils.

Il convient par ailleurs de rectifier les termes employés pour décrire un certain aspect de ma situation : je n'ai pas de problèmes dans mon travail, il n'y a pas de tensions dans mon milieu de travail, je n'ai pas de difficultés à trouver un emploi dans un certain domaine, car je ne recherche pas activement un emploi, et je n'ai même jamais été un chômeur — je n'ai pour ainsi dire jamais cotisé — ; les termes *difficultés professionnelles* ne correspondent et ne caractérisent en aucune manière ma situation ; mes difficultés se trouvent en amont de la question de l'activité professionnelle.

Puis elle écrit : « les éventuelles difficultés psychiques autres que les troubles du sommeil et la fatigue »...

Voilà qu'une assertion venue on ne sait d'où, glissée discrètement, dévoile un mode de pensée participant d'une conviction infondée et pernicieuse ; voilà que le dualisme étologique du psychique et de l'organique n'est consacré que pour être mieux anéanti en voyant un de ses principes méprisé ; voilà que les troubles du sommeil et la fatigue

66. Je le sais par une des rares réponses que j'ai pu obtenir lors de l'entretien de réseau — réponse brève et timide donnée directement par le docteur L***, rompant momentanément son mutisme d'alors.

67. J'en ai fait part à mon médecin généraliste pendant l'investigation, puis aux deux psychiatres après que le diagnostic a été posé.

68. Comme indiqué dans la conclusion.

69. *DSM-5*, ouvr. cité, p. 961.

70. Le caractère *restreint* des affects me paraît bien plus délicat à établir que les autres *perturbations d'affects*, telles que les affects *abrasés*, *inappropriés* ou *labiles*. De plus, le manque d'expressivité du docteur L*** — peut-être conforme à sa fonction ? — n'était pas une invitation...

71. J'avais lourdement tort.

72. Cela est par contre vrai en ce qui concerne le rendez-vous où elle m'a annoncé son diagnostic, et donc après l'investigation. Ce rendez-vous mérite certaines explications, elles viendront plus tard dans le texte.

sont considérés comme nécessairement psychogènes⁷³, et ce, d'une manière générale — aucune donnée spécifique à mon cas.

Tandis que ma description de mes troubles du sommeil et de ma fatigue n'est pas décevant et pleinement entendue, le champ somatique est, lui, tenu à l'écart, totalement refoulé.

Mais il y a plus que cela : pendant l'investigation, le docteur L*** ne m'a jamais parlé expressément et franchement de la possibilité que j'aie un trouble psychique⁷⁴ ; le caractère *éventuel* de mes *difficultés psychiques* n'a jamais été exprimé. C'est tout au contraire le caractère certain, inévitable, qui s'est exprimé en pleine investigation...

En effet, lors du deuxième ou troisième entretien, le docteur L*** me proposa de participer à une étude de suivi : je répondis sobrement « Non ». Elle réitéra de suite sa proposition en parlant de l'intérêt de me suivre jusqu'à ma guérison : je répondis sobrement « Non ».

Je ne m'étais pas arrêté à cette proposition⁷⁵, que j'avais du reste trouvée totalement hors de propos ; je comprends rétrospectivement qu'il n'y avait rien d'inopportun pour le docteur L***, car l'étiologie psychique de mon cas était une chose évidente et tout à fait entendue.

Il est extraordinaire⁷⁶ que l'on me considère comme un malade psychiatrique à ce moment-là de l'investigation, bien avant que le diagnostic soit posé, et même avant les « conclusions préliminaires », à en croire le document intitulé *Dossier patient*⁷⁷ — voir ANNEXE III.

Il est également malavisé d'employer le mot *guérison* — ou *guérir* — dans un cadre psychiatrique, selon la manière dont on l'interprète — tous les troubles psychiatriques ne disparaissent pas.

Il est assurément une aberration que de me demander de participer à une étude de suivi psychiatrique et d'y convier la guérison, tandis que je n'ai même pas été mis au courant de ma maladie supposée...⁷⁸

Cette étude de suivi est assurément comme la plupart des études de suivi : c'est une chose facultative et parfaitement étrangère à l'investigation initiale, absolument inutile au bon déroulement du travail clinique présent, il n'y a aucun examen supplémentaire qui pourrait contribuer au diagnostic ; c'est une chose qui vient après, et qui s'étend sur des mois, des années.

Mais ce n'est pas tout ! Non contente de m'avoir fait une telle proposition sans m'avoir auparavant informé que j'étais désormais⁷⁹ considéré comme un malade psychiatrique, le docteur L*** a retenu et utilisé explicitement ce refus dans son raisonnement. En effet, pendant la longue période d'attente entre l'annonce du diagnostic et le moment où l'on m'a enfin transmis le rapport, j'ai eu l'occasion de lire quelques lignes d'une première version du rapport⁸⁰, où mon refus était ni plus ni moins regardé comme l'illustration de ma méfiance.

Mais ne nous y trompons pas : cependant que cette phrase a été judicieusement retirée, la *déduction* demeure inchangée ; ce refus, toujours présent, continue de produire le même effet, injuste.

73. Il n'y a pas lieu de douter que cette phrase dans le rapport parle bien des causes profondes, et non pas simplement des symptômes, des souffrances.

74. J'avais bien évidemment accepté implicitement — par ma simple présence — cette possibilité dans une certaine mesure ; toutefois, comme la plupart des gens, je n'étais pas au fait de la nosologie psychiatrique. Ainsi, j'en étais resté à certains types de troubles, tels que la dépression ; le docteur L*** n'a jamais mentionné d'autres types, tels que les troubles de la personnalité ; et les questions concernant les hallucinations étaient trop évidentes et trop éloignées de ce que j'avais vécu pour que je m'en soucie. Je n'avais par conséquent aucune raison d'être irrité ; l'examen a été pratiqué sournoisement. J'avais accepté que l'on me scrute sur le plan psychique et que l'on s'interroge si j'avais un trouble psychiatrique ; seulement, ce *si* n'aura jamais été un élément constitutif du travail du docteur L***, et la faiblesse du rapport témoigne du fait que l'on ne m'aura jamais véritablement scruté.

75. J'avais mis cela sur le compte de la routine (et d'une certaine maladresse).

76. Du point de vue du patient, du moins.

77. La date de la communication téléphonique n'est certes qu'une vague indication.

78. Il serait intéressant de savoir si cette étude de suivi portait sur un large éventail de troubles psychiatriques, ou bien sur quelque chose de plus particulier.

79. Ou déjà depuis un certain temps. Ou depuis longtemps ! Ou même depuis toujours...

80. Tout le monde était censé savoir que j'attendais le rapport, mais aussi mon médecin traitant ; c'est ainsi que dans cette attente, il a reçu cette première version. Il m'en a lu quelques extraits, et j'ai pu très brièvement en lire un passage ou deux. Je suis ensuite resté sans document en ma possession plusieurs semaines encore.

Le docteur L*** croit aussi discerner une particularité dans ma manière de décrire l'épuisement⁸¹.

La *lourdeur* a pourtant toute sa place dans le champ sémantique de la fatigue ; quelle qu'en soit la cause, qu'elle soit pathologique ou normale, il est bien commun de décrire sa fatigue par cette idée.

Y a-t-il d'ailleurs une autre manière de décrire la fatigue que par une image ? Qu'attendait le docteur L*** en me demandant de décrire l'épuisement ? N'a-t-elle jamais eu de fatigue, ne serait-ce que les paupières lourdes ?

Nous avons désormais considéré presque toutes les observations du docteur L*** ; il en subsiste cependant encore une, majeure par ses implications, qui est révélée bien tard, et assez discrètement dans le second paragraphe de la partie intitulée *Discussion...*

C'est ainsi que la quatrième illustration de ma *manière particulière et bizarre de voir la réalité* apparaît : « [...] plusieurs années sans activité professionnelle pas vu[e]s comme problématiques car il y a plein de choses qui se sont passées pour lui pendant ce temps [...] ».

Le docteur L*** a manifestement une vision très étriquée de ce qu'un patient peut exprimer au cours d'une entrevue psychiatrique.

Jamais n'aura-t-elle saisi qu'elle était en présence d'un homme ayant été un des premiers à subir cette absence d'activité professionnelle ; vivant depuis longtemps avec des problèmes de sommeil et une fatigue persistante, qui non seulement s'inscrivent dans son quotidien, mais le dictent de manière implacable ; ayant eu toutes sortes d'états d'âme et de considérations sur ce passé que d'aucuns qualifieraient de misérable ; ayant maintes fois éprouvé un vertige en contemplant ce vide ; et ayant ainsi l'obligation vitale de relativiser et de prendre du recul sur toutes ces années, et d'y trouver des choses positives, afin de ne pas y être aspiré.

Je ne peux pas imaginer mon avenir en m'appuyant sur ces années sans travail, en les considérant uniquement comme telles ; si j'avais eu la vision du docteur L*** — qui a quelque chose d'*opérateur* —, si j'avais été obnubilé par ce manque — carrière, épargne, cotisations... —, je me serais tué depuis longtemps.

Je ne me suis jamais contenté de cette situation, dans son ensemble ; bien loin de l'idée inepte qu'elle résulterait d'un style de vie, je l'ai toujours vue comme une chose transitoire⁸² — qui dure néanmoins depuis trop longtemps.

À ce moment précis, face au docteur L***, je n'exprimai qu'une simple vérité : je n'étais pas dans un état dépressif ; mon passé ne me détruisait pas ni ne paralysait mon psychisme ; et j'ajoutai même que j'étais optimiste, signifiant incidemment par là que j'étais bien conscient du problème.

Nous avons là, avec l'énonciation de cette vérité devenue exemple de ma *manière particulière et bizarre de voir la réalité*, le prototype de la déformation et du détournement de paroles.

Lorsque je dis que je n'ai rien fait de ma vie durant des années, on me soutient que ce n'est pas vrai ; or moi, qui dois vivre tous les jours avec ce que je suis et ce que je ne suis pas, je n'aurais point le droit de me faire cette réflexion... et tant pis pour ma santé d'esprit !

Ainsi que je l'ai déjà dit, j'ai été déçu de cette investigation : jamais n'aura-t-on essayé de savoir réellement ce que j'ai traversé, ce que j'ai pu penser et où j'en suis maintenant ; mais au delà de la déception, il y a l'indignation de voir le sensé devenir l'insensé ; le banal, le singulier ; et le bien-fondé, l'absurde. Interprétation⁸³ abjecte !

Au terme d'une longue besogne, nous avons confronté tous les éléments du rapport censés expliquer le diagnostic, non seulement avec le véritable discours et la réelle pensée que le patient a eus lors des entrevues, mais également avec diverses données, notamment biographiques ou issues de la littérature psychiatrique ; nous avons

81. Elle m'avait demandé de lui décrire mon épuisement, j'ai alors répondu à peu près en ces termes... C'était bien une image concernant le fort épuisement qu'il m'arrive de ressentir, mais elle pourrait également convenir à la fatigue moins intense et plus diffuse qui persiste tous les jours.

82. Une véritable investigation psychiatrique aurait eu tout intérêt à s'intéresser à cette situation transitoire et à rechercher d'éventuelles causes psychiques à son prolongement au fil des ans ; le postulat du docteur L*** est tout autre : c'est pour moi une situation recherchée et définitive.

83. Il est difficile de croire qu'elle n'ait jamais compris un tant soit peu le sens de mes mots ; elle m'avait même dit que c'était bien d'être optimiste ! Par ailleurs, l'évaluation du potentiel suicidaire est très ordinaire en ce que l'absence d'activité professionnelle — certes mal nommée par elle — est considérée comme un facteur de risque, ce qui n'est pas cohérent avec l'idée que je ne verrais pas le problème.

disséqué ce document, autant que son imperfection le permette, assertion après assertion : je pense avoir apporté suffisamment d'éléments suggérant fortement que ce travail, contrairement à ce qui est affirmé dans le premier paragraphe de la *Discussion*, n'a pas été exécuté selon le modèle de l'investigation psychiatrique.

Le docteur L*** a plutôt tâché de suivre le modèle de l'inextinguible préjugé et de la conjecture perpétuelle ; ce procédé sans fin se confirme par son raisonnement sur les idées délirantes. Parce que je n'ai pas dit ce qu'elle attendait, elle avance l'idée que j'ai dissimulé des choses : méthode et recherche décadentes...

Il ne faudrait pas tomber dans l'erreur et croire que ce sont là les dires d'un esprit consciencieux cultivant le doute — doute à sens unique, au demeurant — ; ce sont ceux d'un esprit convaincu — la présomption y est si ancrée que la possibilité d'un trouble psychotique pèse dans l'évaluation du potentiel suicidaire⁸⁴.

Par ailleurs, qu'en est-il du degré moindre, à savoir les idées surinvesties ? Pas une seule de valable dans le rapport.

Indépendamment de l'interprétation singulièrement biaisée, l'à-peu-près de l'écoute des données biographiques, et de leur succession, interdit de déterminer l'époque d'apparition des prétendus symptômes ; le « début de l'âge adulte » ne semble être qu'un calque de la description nosographique, telle qu'on peut la retrouver dans la *DSM*.

Ensuite, les trouvailles de M^{me} A*** sont présentées comme une explication probable d'événements s'étant déroulés plus d'une décennie auparavant ; compte tenu de la qualité déplorable de l'examen psychologique, il est tout à fait saugrenu que de tenter d'établir ce lien.

Afin d'apprécier correctement ce qui suit dans le rapport, il convient au préalable de raconter le rendez-vous du 19 mars 2018, où l'on m'a annoncé leur diagnostic...

Cela faisait presque trois semaines que je n'avais eu de nouvelles et que je n'avais parlé à une intervenante, la dernière étant M^{me} A*** à la fin des épreuves projectives ; elle m'avait alors demandé comment me joindre et si j'étais éventuellement disposé à me soumettre à d'autres examens sur le plan psychologique — j'aurais accepté tout examen complémentaire, psychologique ou psychiatrique.

Je ne savais pas que l'on avait mis fin à l'investigation ; j'espérais qu'elle se poursuivrait, ayant été déçu jusqu'alors, puisque nous n'étions pas allés au fond des choses ; je le fus par conséquent plus encore lorsque le docteur L*** me demanda comment j'avais vécu cette investigation, signifiant par là qu'elle était arrivée à son terme.

Je ne comprenais pas de quelle manière elle avait pu juger en avoir assez entendu.

Il est ainsi absolument faux d'écrire que j'étais « relativement indifférent au déroulement de l'investigation » (*cf. Dossier patient*) ; c'était tout le contraire, et comme je l'ai déjà indiqué, j'en avais même fait part à mon médecin des semaines auparavant.

Des entrevues, j'avais certes attendu plus, mais ce dernier rendez-vous fut autrement vide.

Cet entretien aura seulement servi à m'apprendre que j'avais un trouble psychiatrique, et à m'en donner le nom, car contrairement à ce qui est écrit, je n'ai reçu d'explications.

Voici la majeure partie de ce que j'ai retenu...

Elle m'annonça qu'elles avaient jugé que je n'étais pas dangereux, mais aussi qu'un traitement médicamenteux n'était pas nécessaire.

Je me mis à poser des questions ; le docteur L*** n'aura cependant jamais véritablement entrepris de m'expliquer ce qu'est le *trouble de la personnalité schizotypique* — ou *trouble schizotypique* — ni le lien avec ce que j'avais dit durant les entrevues.

84. Comme nous avons pu le remarquer depuis longtemps, cette conviction a aussi influencé l'interprétation que le docteur L*** a eue de mes paroles ; les résultats du questionnaire prodromique *PQ-16* (*cf. Dossier patient*) en sont une nouvelle illustration. S'il m'arrive de sentir des odeurs que ma mère ne sent pas, je n'en conclus pas pour autant que je sente des odeurs que les autres ne peuvent sentir ; l'échantillon est trop petit : si j'avais pu remplir moi-même ce questionnaire, je n'aurais jamais généralisé de la sorte. Pour ce qui est de ne pas maîtriser ses pensées ou ses propres idées, je n'aurais jamais répondu oui à cette question telle qu'elle est formulée dans le questionnaire ; il est évident que lorsqu'on a des idées noires, on ne peut les dissiper sans peine.

Ayant une vague idée de ce qu'était le *DSM*, je lui demandai ensuite si ce trouble y était, ce qu'elle me confirma, ajoutant qu'il y avait aussi la *CIM* — le livre « européen » selon elle —, dont un exemplaire était posé sur la table basse.

Je voulais comprendre, mais rien ne semblait venir de sa part... Je commençai de m'enquérir du rapport ; et je dis explicitement que j'attendais le rapport, que je le voulais.

J'ai cherché à mon tour à savoir comment s'était déroulée l'investigation : elle m'a donc révélé avoir assez tôt suspecté ce trouble.

Elle m'informa que j'avais le droit à un second avis⁸⁵.

Ne paraissant prête à exposer ses observations, elle finira par s'appuyer sur les constatations de M^{me} A*** pour essayer de me contenter, principalement en mentionnant les *particularités langagières*.

Le docteur L*** ayant hâtivement laissé de côté la question de l'investigation et de ses conclusions afin de parler de la suite à donner, je finis par demander qu'elle m'écrivît le nom de ce trouble sur un bout de papier ; en me le donnant, elle m'avertit que seule une partie de ce que je pourrais lire sur *Wikipédia* avait été vue chez moi.

Au moment où elle avait cherché de quoi écrire, je m'étais retrouvé à dire, en réponse à quelque chose qu'elle venait de dire à propos de l'activité professionnelle, que j'avais des projets, que je n'étais pas dans l'inaction : elle me rétorqua que cela faisait longtemps que j'avais des projets.

... Et c'est tout ! À la fin de l'entretien, je ne savais pas ce qu'elles avaient bien pu voir, et je n'avais reçu aucune réelle explication sur le diagnostic posé et en quoi il renseignait sur mon passé et mon présent ; ainsi partis-je, mon bout de papier en poche.

À dater de ce jour-là, il me fallut attendre environ un mois et demi pour accéder pleinement au rapport psychiatrique, pour aller au delà de la simple dénomination à mon endroit.

Le patient que j'étais n'avait pas été informé convenablement : je n'étais dès lors assurément pas en mesure de tenir mon rôle de patient et d'accepter ou de refuser ces *propositions* ; le discours sur le suivi était pour moi parfaitement inaudible.

La bienséance eût voulu que l'on m'informe réellement sur la maladie, et que l'on me donne le temps de comprendre ses implications dans ma vie et pour mon avenir.

Il était tout à fait incongru de me demander de me prononcer sur ces *propositions* tandis que le plus élémentaire n'avait pas été accompli.

Bien loin d'une quelconque réticence, ma réponse ne fut conseillée que par le bon sens ; pensé et prononcé sans nulle hésitation, mon non fut une réaction raisonnable et raisonnée ; le fait que j'y consentisse sans une once de réflexion eût signifié la ruine de mon esprit critique, et eût ainsi supposé une morbide crédulité, une éclatante suggestibilité commandant, cette fois-là, une vraie cure.

Jamais mon esprit n'a-t-il donné de blanc-seing ; avoir cru qu'une entrevue menée de la sorte relèverait de la formalité est une hérésie, et dévoile combien le docteur L*** n'a pas cerné ma personnalité ; je ne suis pas un patient apathique et passif s'abandonnant à une *spécialiste de l'esprit*...

Je n'ai en conséquence jamais laissé entendre que j'allais simplement réfléchir à ces *propositions* et en discuter avec mon médecin ; il y avait un ordre à respecter, et j'en avais donné d'évidents signes, notamment en indiquant que j'attendais le rapport.

Aussi, il est déloyal que d'écrire que je ne fais le lien entre mes *difficultés psychiques* et le problème de l'activité professionnelle : quelles sont ces *difficultés psychiques* ? Je n'en avais alors pas la moindre idée ; et je n'étais pas en mesure d'établir un lien entre ma situation et un diagnostic dont je ne connaissais qu'à peine le nom... Le résultat ne faisait pas de doute.

C'est par contre le docteur L*** qui ne se montre pas sensible à certaines idées ; elle ne voit pas de relation possible entre ma plainte — troubles du sommeil et fatigue — et l'ensemble de ma situation, sans l'entremise d'un

85. Il était plus facile pour elle d'évoquer un second avis que de m'expliquer le sien.

trouble psychiatrique ; son domaine du possible est ailleurs. Mais même sans cet obstacle — insurmontable —, comment pourrait-elle y voir la véritable relation, tandis que les caractères de mon sommeil et de ma fatigue lui échappent ?

Elle aura constamment minimisé ma plainte : « Le patient [...] estime ne pas avoir plus qu'un trouble du sommeil et une fatigue pour lesquels nous n'avons pas la solution [...] » ; et pourtant, c'est déjà beaucoup ! De surcroît, elle semble prétendre avoir la solution, ou du moins une partie...

Cela est un jugement attendu, étant donné qu'elle affirme que son diagnostic peut les expliquer⁸⁶ en partie ; il est cependant erroné d'affirmer que le trouble de la personnalité schizotypique peut répondre aux questions soulevées par les troubles du sommeil et la fatigue...

Certes, des troubles du sommeil sont susceptibles de découler de certains symptômes associés, tels que l'anxiété ou la dépression, ou de certaines conséquences possibles de la maladie, telles que l'isolement social et son potentiel effet déstructurant, mais il ne semble pas que la littérature psychiatrique attribue au trouble de la personnalité schizotypique de liens particuliers avec les troubles du sommeil, ou avec la fatigue — voir cependant le *manuel* de Meehl⁸⁷.

Nous pouvons néanmoins supposer qu'elle s'appuie sur des données plus particulières à mon cas.

Elle aurait alors par exemple intégré certains aspects de ma plainte à ma *manière particulière et bizarre de voir la réalité* ; et c'est bien ce qu'elle a fait : elle a explicitement retenu une partie de mon discours sur le sommeil afin de l'illustrer — par l'opposition entre *trouble mécanique* et *hypersomnie*. Mais il y a également lieu de penser qu'elle a véritablement assimilé le sommeil et la fatigue à ma *perception malade de la réalité* — « toujours l'impression d'être en "privation" de sommeil », « décrit une sensation de fatigue comme une sensation de lourdeur qui descend sur lui » — ; nous sommes alors conduits à douter qu'elle ait considéré, ne serait-ce qu'une seule fois, les troubles du sommeil et la fatigue comme une réalité opérante, et il y a des raisons pour se convaincre que ce doute n'est qu'une politesse : ce qu'elle a perçu comme des *affects restreints*, une *attitude distante* et une *pauvreté du contact* n'a jamais été envisagé comme l'effet d'un manque de sommeil ; et la légèreté avec laquelle elle a apprécié mes explications l'aura empêchée de voir les troubles du sommeil et la fatigue comme un facteur de risque dans son évaluation du potentiel suicidaire — cette absence est à comparer avec la présence du *possible trouble psychotique*, c'est tout dire...

À la lecture de son rapport, il nous apparaît que le docteur L*** a une idée simpliste des troubles du sommeil : elle ne les conçoit que comme une conséquence ; ils ne constituent la cause de rien.

Elle demeure au stade de la préconception, son raisonnement y est figé, et ses conclusions, barricadées ; son idée est dispensée de toute confrontation, son bien-fondé, sa valeur n'est point éprouvée ; les littératures médicale et psychiatrique ne sauraient être proprement consultées, parce que toute autre hypothèse a déjà été écartée.

Noyée dans les idées préconçues, le docteur L*** ne peut que s'enfermer dans une réflexion stéréotypée, dans une réflexion produisant, fatalement, un diagnostic de principe, un diagnostic artificiel et hors-sol.

Sa pensée repose avant tout sur de vagues corrélations statistiques entre les troubles du sommeil⁸⁸ et les troubles psychiques ; cependant, le fait d'avoir connaissance de la possibilité d'un tel rapport de simultanéité ne saurait décharger le médecin de considérer le cas particulier du patient.

Ainsi, le simple fait de savoir que les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles de la personnalité ont plus souvent des troubles du sommeil que la population générale n'éclaire point sur la nature de cette coexistence lorsqu'elle est avérée chez un patient.

Une corrélation statistique ne saurait prouver la présence d'un lien de causalité entre deux phénomènes : voilà une vérité qui a sombré dans le rapport psychiatrique, n'y trouvant pas le moindre écho.

Au terme de l'investigation, rien ne permet d'avancer que « les troubles du sommeil et la fatigue [peuvent] être en partie expliqués par le diagnostic psychiatrique posé » ; du diagnostic de principe émane la manière dont est regardée ma plainte : un épiphénomène, un symptôme accessoire. La fonction de cette vision réductrice est double :

86. Le docteur L***, sans saisir mes troubles du sommeil et ma fatigue, a l'imprudence de prétendre les expliquer. De plus, elle a beau écrire deux fois « en partie » dans sa phrase, il est difficile de ne pas penser qu'elle ait en réalité une prétention plus totalisante.

87. *Les signes spéciaux f* ("Night-owl" syndrome) et *g* (Energy-depletion) ; P. E. Meehl, *Manual for Use with Checklist of Schizotypic Signs*, université du Minnesota (laboratoires de recherche du département de psychiatrie), 1964.

88. Nous ne parlerons pas de ces troubles du sommeil qui sont essentiellement des troubles psychiques.

premièrement, elle permet d'étayer le diagnostic ; deuxièmement, elle installe toute réflexion en dehors du champ de la comorbidité *parallèle*⁸⁹.

Sous-jacente, une fausse logique, totalisante et négatrice, opère : totalisante, car tendant à accaparer tout symptôme et tout élément biographique, et ce, qu'il soit passé, actuel ou futur ; négatrice, car niant non seulement certaines composantes fondamentales du discours du patient, mais également les principes — et la nécessité même — du diagnostic différentiel⁹⁰.

Nul besoin de s'époumoner contre le diagnostic du docteur L*** : il est un château de cartes s'écroulant au premier vent rigoureux.

La présence d'une symptomatologie⁹¹ due à une maladie organique n'a jamais été recherchée : la question primordiale de cette investigation a été « Quel est son trouble psychiatrique ? », alors qu'elle aurait dû être « A-t-il un trouble psychiatrique ? »⁹².

L'ouvrage *DSM-5 Diagnostics différentiels*⁹³ apporte des indications sur ce qui est attendu d'un professionnel de la santé mentale ; s'il n'en fallait citer qu'une seule phrase, ce serait celle-ci : « Une fois établie la présence d'une affection médicale, il convient de déterminer si elle a une relation étiologique, ou non, avec les symptômes psychiatriques. »

Compte tenu des observations⁹⁴ du docteur L*** et de la nature de ma plainte, on aurait pu s'attendre que tout fût entrepris pour établir l'existence d'une affection médicale afin de poser la question de cette *relation étiologique* ; cette dernière étant capitale, il y avait lieu de s'assurer que l'on ne pouvait la soulever dans mon cas — donc, en excluant la présence d'une affection médicale pouvant expliquer des éléments importants d'un tableau clinique considéré comme psychiatrique.

L'étiologie non psychiatrique a été écartée sans méthode et sans fondement rationnel : résultat naturel et nécessaire de cette pseudo-investigation, où le champ de recherches et le champ des possibilités étaient étriés. Comme corollaire, l'étiologie psychiatrique est devenue le seul horizon du jugement clinique : nous remarquerons que le *château* est composé de cartes dont rien n'indique qu'elles appartiennent bien toutes au même jeu...

L'idée du diagnostic différentiel a été trahie ; les signes distinctifs et possiblement contradictoires, négligés. Les conclusions diagnostiques ne pouvaient ainsi que dépendre d'une étiologie psychiatrique, et y être confinées⁹⁵.

Nous sommes en présence d'un diagnostic sans partage, du résultat d'une pseudo-investigation qui, contrairement à ce que la dernière phrase du rapport laisse entendre, s'est servie sans restriction de mes troubles du sommeil et de ma fatigue⁹⁶.

89. Une comorbidité véritablement parallèle, soit deux maladies indépendantes, deux entités qui ne laissent que peu de doute quant à leur origine différente.

90. Un des premiers principes du *diagnostic différentiel* est de ne pas automatiquement exclure l'hypothèse d'une étiologie en dehors de son champ de compétence...

91. Quelle qu'elle soit, psychiatrique ou non.

92. Il est difficile de ne pas penser au jeu de rôles auquel se prêtent les étudiants en psychiatrie : l'un fait le médecin ; l'autre, le malade mental. Laquelle de ces deux questions est posée lors de ces exercices ?

93. La lecture des parties suivantes du chapitre premier pourra être salutaire : *Étape 3 : exclure la présence d'un trouble dû à une affection médicale ; Étape 6 : délimiter la frontière avec l'absence de trouble mental ; Diagnostic différentiel et comorbidité*. Il en sera de même pour le début des chapitres deux (et 2.29) et trois. Michael B. First, *DSM-5 : Diagnostics différentiels*, trad. de l'angl. par M.-A. Crocq et R.M. Moraru, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2016.

94. La question de leur validité n'intervient pas ici.

95. Nous parlons ici surtout des conclusions diagnostiques de l'investigation pluridisciplinaire dans laquelle était censée s'inscrire l'investigation psychiatrique. Il ne s'agit pas d'exiger d'un psychiatre des conclusions hors de son champ de compétence ; cependant, cela nous mène au problème de l'*obligation de résultat* pour le clinicien psychiatrique — et ses possibles conséquences préjudiciables lorsque la psychiatrie est la première consultée, comme dans mon cas.

96. Il était en outre, quant à cette dernière phrase, d'abord *judicieux* pour le docteur L*** d'essayer de donner une apparence finale de rigueur et d'ouverture en proposant des examens somatiques qu'elles savaient déjà prévus ; plus exactement, elle savait qu'il avait été décidé que j'irais au centre du sommeil. Il est par ailleurs faux de parler de « compléter le bilan de fatigue » : il n'était même pas commencé, et le docteur L*** ne pouvait assurément pas y avoir contribué.

Ce rapport psychiatrique est le témoignage d'un diagnostic qui se veut prédominant — voire seul —, et ayant la prétention de subsumer tout diagnostic futur, spécialement dans le domaine du sommeil ; en effet, tout y donne à penser que le docteur L*** s'est imaginé une *hypersomnie non organique*⁹⁷ comme seule possibilité.

Une bien confortable conjecture que celle qui permet de s'affranchir des lois du raisonnement diagnostique, de restreindre le nombre des hypothèses, et de ne garder que celles qui ne mettent pas en péril ses préconceptions...

Et il faut bien cela, car du danger, il y en a ; l'embarras guette celui qui ose éprouver le bien-fondé de ses certitudes ; ce sentier est bordé de précipices, en voici un où le méchant jugement clinique à mon endroit serait susceptible de s'abîmer tristement : « Les plaintes d'insomnie (initiation et maintien), de somnolence diurne ou les deux sont prédominantes. L'imprévisibilité des heures de sommeil et de veille (typiquement un retard quotidien croissant) est responsable d'une incapacité à suivre une scolarité, à conserver un emploi stable et peut favoriser l'isolement social. »⁹⁸

Tout au long de ce rapport, de ce sanglant ramassis d'inepties, l'esprit critique aura été en mesure de glaner les tranchants épis de l'inscience ; qu'ils soient intrépides ou bien morbides, mes mots me préserveront, et par eux, je défendrai ma *manière de voir la réalité*.



97. Voir l'*hypersomnie non organique* dans la *CIM-10* (ouvr. cité), sous le code F51.1, et l'*hypersomnie associée à un trouble psychiatrique* (F51.13) dans l'*ICSD-3* (American Academy of Sleep Medicine, *International Classification of Sleep Disorders, Third Edition (ICSD-3)*, Darien, AASM, 2014.). C'est fondamentalement un trouble considéré comme psychogène, et qui permet de greffer la symptomatologie de l'hypersomnie à un tableau clinique psychiatrique.

98. *DSM-5*, ouvr. cité, p. 466, « Retentissement fonctionnel du type alternance veille-sommeil différente de 24 heures ».

UN ENTRETIEN DE RÉSEAU

Patient ayant pris patience, il m'aura fallu plus de deux mois pour avoir la possibilité de quitter un bien inconfortable entre-deux ; cette attente, bien au delà de tout temps utile pour un malade, m'avait enfiévré avec raison ; un rapport qui avait tardé avait plongé désirs et besoins dans le mou de l'insomnie — *désirs* parce que j'en avais le droit, *besoins* parce qu'il le fallait.

Compréhension et expression, tels étaient mes désirs et mes besoins : voilà pourquoi un entretien de réseau fut organisé.

Rendez-vous aux objectifs clairs⁹⁹ : un échange de points de vue me permettant de mieux comprendre les observations et les conclusions de l'investigation, et la rectification d'un bon nombre de paroles et de pensées qui m'avaient été attribuées. Une confrontation ayant toute sa raison d'être...

... mais une confrontation impossible...

Maîtresse de cérémonie de mon mardi 29 mai 2018 — date qui longtemps résonnera dans mon quotidien —, le docteur S*** me dénia le droit de donner à cette rencontre quelque sens, et ce, dès les premières minutes.

À peine avais-je eu le temps d'évoquer les quelques erreurs biographiques mineures dans le rapport, et de prévenir de la densité de l'entretien, que cette personne que je n'avais jamais vue auparavant m'interrompit sèchement en me faisant savoir formellement qu'elles n'étaient pas là pour m'écouter ni pour changer d'avis. En insistant cependant, je pus poser une question au docteur L***, à laquelle elle répondit fort brièvement, et commencer de déclamer un plaidoyer mérité sur l'idée mécanique dans le domaine du sommeil ; mais c'en était déjà trop : d'un ton condescendant, elle y coupa court.

Je comprends, je compatis : j'avais entamé ma prise de parole en annonçant que nous avions près de cinquante points à discuter — des remarques et des questions — ; avec mes feuilles sur les genoux et un enthousiasme certain, je l'avais effarouchée !¹⁰⁰

Face à un patient bien préparé et décidé à élucider le mystère d'un travail psychiatrique mené trois mois plus tôt, le docteur S*** prit une décision radicale autant que rapide¹⁰¹ : imposer une heure vide, un simulacre de dialogue.

Édifiante conduite, moment charnière où je pris claire conscience que j'avais depuis longtemps été dépossédé de mon rôle de patient, et que je n'étais surtout pas censé essayer de comprendre la chose ; j'étais supposé me taire et écouter : le docteur S*** s'adonnera à un jeu dangereux avec la vérité, la malmenant.

Il était d'abord tout à fait simpliste de dire que je prétendais leur faire changer d'avis : les convaincre que je n'avais pas de difficultés psychiques ? Non ; leur faire comprendre qu'il était nécessaire de reprendre cette investigation, et cette fois avec plus d'application ? Oui, cette prétention, je l'avais.

Venant de perpétrer un crime de lèse-superviseuse au second chef, je subissais déjà ma peine ; condamné en comparution immédiate, je devais dès lors écouter ses creuses paroles, paroles enveloppées d'une insigne morgue, morgue témoignant d'une propension lâche à l'argument d'autorité...

Pris à mon tour au dépourvu, car naïf, j'en étais encore à exprimer le désir et le besoin d'aller au fond des choses ; mais je n'avais, semble-t-il, même pas saisi l'ordre des choses : mes interrogations seraient considérées à la section ***, selon le docteur S***. Accepter avant de comprendre ; ainsi va-t-il dans l'antre du médecin associé, lieu où le dialogue est une hérésie, et la curiosité, une provocation.

99. Mon médecin traitant avait auparavant employé le terme *confrontation*.

100. Je m'étais promis de suivre l'ordre de ma liste, et pourtant, après avoir mentionné le point n° 1 (*les erreurs biographiques mineures*), je passai directement au point n° 28 (ma question sur le *discours opératoire*), puis au point n° 41 (*l'idée mécanique*) ; c'est dire à quel point elle venait de me faire comprendre le peu de temps qu'elle m'accordait.

101. Rapide, car probablement préméditée d'une certaine façon.

L'heure était aux propositions, aux propositions avant l'heure ; montrant son peu de considération à mon égard, le docteur S*** essaiera de m'avoir au boniment.

Ainsi m'affirma-t-elle que la section *** saurait très bien m'accueillir pour mes angoisses, sans que cela signifie nécessairement que j'y aille pour un trouble de la personnalité schizotypique : insidieuse méthode usant de ma détresse pour me faire accepter ce qui n'avait pas lieu d'être à l'ordre du jour¹⁰².

Compréhension et expression, disais-je : j'en avais grand-soif ; sous cet aspect, j'avais été, lors de l'investigation, un patient exemplaire, et je l'étais plus encore depuis l'annonce du diagnostic ; j'avais fait à peu près tout ce qu'un patient a la possibilité de faire dans une telle situation — soit pas grand-chose —, allant jusqu'à écrire un texte me racontant à travers le prisme des critères diagnostiques du *trouble de la personnalité schizotypique* du *DSM-5*.

Quelle que soit la pertinence véritable de ce texte — écrit bien avant que je ne reçoive le rapport —, il aurait pu être l'amorce d'une confrontation, d'un vrai dialogue ; après leur avoir posé la question, ce mardi 29 mai 2018, aussi bien le docteur S*** que le docteur L*** m'affirmèrent, d'un simple oui, qu'elles l'avaient lu.

Sur ce texte, je n'aurai reçu nulle remarque, nulle réaction ; texte sans destination qui vaille, périmé avant même d'avoir été pensé.

Aussi bien par écrit que de vive voix, j'avais fait connaître que je m'étais refusé de quelque manière à l'auto-diagnostic ; le docteur S*** n'hésita ce néanmoins pas à tenter de jouer de ce ressort...

Ainsi, bien loin de s'appuyer sur son diagnostic, et de m'expliquer quelles étaient mes *difficultés*, et en quoi j'avais besoin d'aide, elle me dit que, sans doute, m'étais-je reconnu *par-ci par-là* en consultant le *DSM* ; son intention n'était pas de m'apprendre en quoi ce diagnostic me correspondait, mais de me persuader que j'avais un désordre psychiatrique, et que, quel qu'il fût, la section *** en était une des réponses : désormais, un amas de bribes, de manifestations plus ou moins prononcées, d'impressions normales ou moins normales, totalement subjectif, était suffisant pour s'enfoncer dans le champ psychopathologique — diagnostic à la carte ?

Le *sui-vi* prime la véracité diagnostique...

Leur diagnostic n'est qu'une photographie prise à un moment donné, m'avança-t-elle, par opposition au film de mon existence. « Photomontage » lui rétorquai-je ; je préciserai en ces lignes que la photographie était d'abord et avant tout floue et mal cadrée, et que le photomontage n'en est qu'une suite logique et pas forcément consciente.

Le docteur S*** eut tôt fait de persévérer dans le détournement de l'entretien sur un ton impérieux.

Dicter le sujet du jour, et débiter lentement banalités et contrevérités, voilà de quelle manière le docteur S*** se sera soustraite à la question cruciale.

Ce mirage de confrontation n'avait été qu'une rencontre aride de laquelle j'aurais pu m'en aller sur-le-champ ; mais on me l'aurait reproché à perpétuité ; il ne me restait plus qu'à faire bonne figure.

Ayant ainsi consenti à suivre les consignes, et parce que naturellement curieux, il me fut aisé d'enchaîner les questions hypothétiques sur ce qui m'eût attendu — m'eût-on *proposé* une trépanation, que je me serais pareillement enquis.

Cependant, mon attitude ne côtoyait pas l'ambiguïté, et ne pouvait donc laisser place à la méprise : j'étais en profond désaccord avec la vilaine tournure qu'avait prise le rendez-vous ; cela s'était vu dès la rebuffade que je dus essayer : remuant dans le siège, me répétant plus d'une fois en hochant du nez et à mi-voix « c'est pas possible », regardant par la fenêtre pour échapper à l'irréalité du moment, je n'en revenais pas. Le docteur S*** le comprenait ; détournant son regard les premiers temps, s'efforçant à prêcher les convaincus, entraînant, d'une autorité mal placée, l'assistance dans la palabre, occupant le temps... Ô, elle le comprenait très bien.

Ma position, foncièrement, ne changeait pas ; pourtant, à force de s'écouter parler, le docteur S*** finira par croire le contraire.

102. La section *** se spécialise dans les troubles du spectre schizophrénique et la psychose. Selon le site Internet du centre hospitalier (consulté le 17 juin 2020).

Aveuglément signer que j'évite le regard, et ensuite se détourner du mien ; refuser de reconnaître sur le vif la vérité, parce qu'il est inconcevable de se dédire : est-on pour lors encore médecin ?

Elle avait par ailleurs eu soin de me dire d'entrée qu'elles *voulaient m'aider* et qu'elles *ne me jugeaient pas* ; paroles bien étonnantes étant donné que rien dans mon comportement n'avait indiqué qu'il y avait lieu de les prononcer, et ce n'était d'ailleurs pas une de mes préoccupations ; comme je lui répondis, j'étais tout ailleurs, m'étant intéressé à la matière du rapport psychiatrique. Ce fut vraisemblablement une manière de laisser accroire que toutes mes allures dans cette affaire, passées et à venir, mais aussi cette rencontre même, n'étaient que le fruit d'un sentiment de persécution.

Le diagnostic ne regarde pas le patient : c'est en somme ce que traduisent les agissements du docteur S***. Le discours réel est caché au patient ; à ce dernier, on avance ce qui pourrait le convaincre, et toutes les ruses, si grossières soient-elles, sont bonnes. Le diagnostic posé n'est ainsi plus qu'un prétexte parmi d'autres ; que peut bien valoir un tel diagnostic ? Et qu'en est-il de l'investigation ne permettant d'allier le professionnel de la santé et son client ?

Diagnostic à la carte ? Non, diagnostic double : à la fois dissimulé et prétexte ; à la fois tu et entendu.

Il ne saurait être question d'emprunter quelque chemin de traverse ; le diagnostic est la pierre angulaire de la relation entre le patient et ses médecins. On ne peut faire l'économie d'un diagnostic expliqué, transparent, et agissant chez toutes les parties ; l'investigation devrait être un passage éclairé et éclairant pour le patient, et non pas un triste et sombre dédale.

Je n'avais donné de blanc-seing, ni renoncé à mes droits : lorsque le patient exige des explications, on s'exécute. Indiscutablement, le docteur S*** ne s'était pas préparée à défendre ce qu'elle avait supervisé.

À mes questions légitimes cependant, je méritais des réponses dignes d'estime. Or, je me trouvais en présence des deux cosignataires du rapport psychiatrique ; que la personne qui durant les entrevues m'avait observé, et à qui je m'étais confié, réponde à mes sollicitations était d'une évidente nécessité.

Néanmoins le docteur L*** fut particulièrement discrète et effacée ; elle ne fit que de la figuration. Elle ne me répondit qu'une ou deux fois, très brièvement, et surtout, uniquement après avoir reçu l'acquiescement de sa supérieure hiérarchique — ô, c'était voué à l'échec — ; mais l'intérêt supérieur du patient aurait dû la rendre un peu plus loquace — on aurait pu s'attendre qu'elle ressentît quelque besoin de me parler, pour m'expliquer, pour me rassurer, pour me comprendre, que sais-je ?

Expliquer sa présence inutile : ascendant de la patronne, engourdissement, ou bien désintéret profond¹⁰³ ; c'est à loisir que je me perds en conjectures, et ce, aussi bien pour ce qui concerne l'entretien de réseau que pour l'entièreté de l'investigation — ces trois hypothèses peuvent être étendues à son travail de février et mars.

J'étais profane, et c'est par mes sollicitations sacrilèges que j'avais découvert les contours d'un tabou ; ce qui avait accru l'absurdité de la situation¹⁰⁴ : face à une superviseuse qui parlait seule, et dont le discours était doublé, le plus souvent silencieusement, par sa subalterne et mon médecin traitant, je n'avais même plus été en mesure d'essayer d'amorcer un dialogue.

Dans ce mauvais spectacle aux allures de tête-à-tête, je m'étais ainsi retrouvé à incarner le rôle de l'enfant capricieux à qui échappent des règles évidentes aux adultes ; spectateur bruyant, impertinent, tentant de changer le récit, je m'étais vu repousser par leur contenance hypocrite¹⁰⁵.

En guise d'applaudissements, j'eus la permission de demander ce qu'il en était d'un deuxième avis — sujet qui n'avait pas fait partie de l'exhortation —, et la marche à suivre pour obtenir tous les éléments de mon dossier¹⁰⁶.

103. Il n'y avait en tous les cas nulle raison d'être intimidée par mon comportement ; et l'on est en droit de s'attendre qu'un psychiatre soit capable de participer à des situations autrement tendues, sinon de les améliorer. Il est cependant très possible que mes désirs et mes besoins lui fussent intimidants.

104. Situation de toute façon promise à l'absurde, peut-on dire rétrospectivement.

105. La contenance des deux psychiatres ; j'étais acteur-spectateur.

Parce que j'avais cessé de perturber la représentation, au bout d'un moment, finissant même par y participer, il fut cru que j'avais été conquis : mais en me demandant si j'allais réfléchir aux *propositions*, c'est d'un air bien penaud qu'elle entendit mon non. Ma parole avait été claire.

Je viens de relater les points essentiels de cet entretien de réseau ; arrêtons-nous maintenant sur ce que ces deux psychiatres en disent, et comparons.

Commençons par ce que le docteur L*** a écrit dans le *Dossier patient* le jour même de l'entretien de réseau...

Il y est dit que je me suis « montr[é] en désaccord avec le diagnostic posé » et que j'ai « souhait[é] réfuter [leurs] observations et conclusions » : affirmations simplistes ne reflétant guère tout ce que je souhaitais alors. Premièrement, je pense avoir démontré que j'avais des raisons, nombreuses et fondées, d'être en désaccord, et de le faire savoir ; puis il n'est nullement fait mention de mon désir de compréhension et de toutes mes interrogations ; il était certes plus simple de me faire passer pour quelqu'un qui n'avait pas cherché le dialogue. Aussi, je conçois qu'il soit pour elle tout à fait saugrenu et impensable qu'un patient puisse avoir une telle prétention en dehors de toute manifestation morbide ; sa phrase est limpide, et au regard du contexte, il est entendu que mes intentions réfutatoires sont une nouvelle observation clinique du docteur L***.

Ensuite, mon « droit à ne pas être d'accord » est une notion bien creuse, et la mise en pratique qui a été la sienne accuse la mystification : me taire, sans être en situation de comprendre, et aller voir ailleurs, voilà toute l'étendue de ce droit, qui d'ailleurs s'avère la négation de mon droit de comprendre.

Puis elle dit : « tout en réitérant nos conclusions » ; mais les conclusions diagnostiques n'ont même pas été formulées ! Encore une fois, il m'avait été donné de choisir moi-même les raisons d'aller à la section *** — un prétexte. Seule conclusion énoncée : « l'importance d'un suivi » ; et dire qu'elles ont *insisté* est un euphémisme.

La « pertinence d'une demande AI » n'avait point été mon sujet ; en ce qui me concerne, le bien-fondé d'une telle demande reposait avant tout sur celui du diagnostic¹⁰⁷.

À la lumière de ce que j'ai expliqué sur le déroulement de l'entretien, on peut percevoir dans ces quelques lignes du docteur L*** le caractère péremptoire et obtus du rendez-vous : pas de dialogue sur le fond¹⁰⁸.

Elle ne se sera pas exprimée, mais elle n'aura pas non plus écouté attentivement : écrire que je suis « d'accord d'y réfléchir », alors que je n'aurais pu être plus explicite, s'inscrit finalement dans la parfaite continuité de son travail. Arriver en étant en « désaccord avec le diagnostic », mais repartir en étant « d'accord d'y réfléchir », sans avoir pu parler de ce qui importait, oh que non ! ce n'est pas moi : je suis conséquent avec moi-même ; elle est inconséquente avec bien des choses.

Finissons par ce qu'en dit le docteur S***...

Avec ma plainte déposée auprès de l'Office du Médecin cantonal¹⁰⁹, elle a eu l'occasion de donner sa version des faits, notamment sur ce tout dernier entretien¹¹⁰.

Il convient tout d'abord de signaler qu'elle reprend plusieurs des banalités et des contrevérités présentes dans le *Dossier patient* — les conclusions auraient été réitérées, et « au terme de cette rencontre de réseau », j'aurais « dit souhaiter réfléchir à [leurs] propositions ».

Elle y dit cependant aussi de nouvelles choses ; voici les principales :

Première citation : « Afin de pouvoir entendre les difficultés rencontrées par M. [N***] à la lecture de ce rapport et répondre aux questions qu'il aurait, nous avons alors proposé un entretien en présence de M. [N***] et son médecin traitant le Dr [M***] de manière à ce que tout le monde puisse partager le même contenu. »

106. Marche à suivre que je n'aurai jamais reçue, comme il m'avait pourtant alors été promis ; combien faut-il de psychiatres pour envoyer un courriel ? Pour changer une ampoule ? (Selon Internet, un seul psychiatre, mais il faut que l'ampoule ait vraiment envie de changer.)

107. Je profite de ces lignes pour dénoncer le mélange des genres : un médecin ne devrait substituer l'argument économique à l'argument médical afin de convaincre un patient ; l'usage de cet argument pour faire accepter un diagnostic inexpliqué est indigne.

108. Si cette personne avance que j'évite le regard, que je pense ceci ou cela, je devrais me persuader que c'est vrai...

109. Plainte déposée en janvier 2019, et portant aussi bien sur l'investigation elle-même que sur l'entretien de réseau.

110. Bien entendu, la qualité du travail psychiatrique fourni lors de l'investigation et le bien-fondé du diagnostic posé ne sont pas les sujets de sa réponse ; les dates de chaque entretien sont indiquées, et des détails sont donnés sur l'entretien de bilan (annonce du diagnostic) — les mêmes détails erronés que l'on trouve dans le *Dossier patient*.

Ces buts sont tout à leur honneur ; la réalité ne l'est point : comme expliqué depuis quelques pages, mes *difficultés* n'ont pas été entendues ; m'empêcher de m'exprimer sur le diagnostic, ce n'est pas « partager le même contenu ».

Deuxième citation : « Lors de cet entretien, M. [N***] a pu [...] poser de nombreuses questions. »

Quelle triste audace ! Je n'ai pu poser que des questions ne s'écartant pas du thème imposé, à savoir les *propositions* ; ces questions étaient loin d'être libres.

Troisième citation : « Nous lui avons également à cette occasion donné les informations quant à la possibilité d'une part, concernant son dossier médical, d'en demander la destruction à la direction médicale [du centre hospitalier] s'il le souhaitait [...] »

Avant cette réponse écrite du docteur S***, je ne savais même pas que j'en avais la possibilité ! Il aura fallu que je porte plainte pour obtenir cette information ; me l'eût-elle révélée ce jour-là, j'aurais sérieusement envisagé l'autodafé.

Un rapport psychiatrique, un entretien de réseau, une lettre à l'autorité cantonale, et à chaque fois, d'importantes omissions et contrevérités ; je m'interroge ; la négligence ou le mensonge, ou... ? Je ne suis pas en position de répondre¹¹¹ ; je suis néanmoins en situation d'imaginer que ce sont les deux, et qu'entremêlés, l'une a nourri l'autre.

J'espère ne pas être le seul à m'interroger...

... et à supposer qu'il y a de l'improbité chez cette personne.



111. Certains se diront que je ne suis même pas en position de poser une telle question.

DU SENS DE MA CONTESTATION

Arrivé au terme de ma réfutation, le lecteur, selon qu'il y aura été plus ou moins sensible, ou qu'il l'aura peu ou prou tolérée, selon qu'il s'y rallie ou non, pourrait avoir compris la nature de ma contestation, ou s'être mépris.

Qu'advierait-il d'une personne admise à tort au sein d'une section spécialisée dans le spectre de la schizophrénie ?¹¹²

Je ne hasarderai pas une réponse ; mais ce qui importe le plus, ce n'est pas tant de répondre à cette question que de se la poser ; question salvatrice permettant d'abolir le déni de réalité qui semble toucher l'erreur de diagnostic en psychiatrie.

Ainsi, ce n'est pas dans le diagnostic psychiatrique, mais dans son erreur que s'inscrit ma contestation¹¹³ ; le cadre du psychiatrique est un vaste champ où le vrai et le faux se côtoient dans l'entier de leurs nuances — une évidence qui ne se retrouve pas toujours dans la pratique de bien des professionnels de la santé que j'ai rencontrés.

Pour certains, et c'est d'expérience que je le sais, ma contestation n'a pas de sens, moins encore de pertinence ; cependant, le fait d'avoir le droit de choisir parmi plusieurs *propositions*, apparemment non médicamenteuses, de demander un second avis, et même la destruction du dossier, ne rend pas pour autant ma situation moins épineuse et insupportable.

Cet après-diagnostic n'a d'autre effet que d'ancrer le diagnostic dans l'avenir du patient :

Les propositions...

Si j'avais accepté un *suivi spécialisé*, le diagnostic n'aurait point constitué un pont entre moi et le personnel soignant ; il aurait été, tout au contraire, un mur d'airain¹¹⁴. Mon discours antagoniste y aurait accompagné et protégé le diagnostic : il l'aurait couronné ; sables mouvants : déni de diagnostic, anosognosie, méfiance, antagonisme¹¹⁵, négativisme ou idée délirante... implacable raisonnement circulaire.

À cet égard, chacune de ces *propositions* est le diagnostic.

Leur envoyer un patient tel que moi, quel manque d'égards !

La destruction du dossier...

En demandant la destruction du dossier, j'aurais témoigné de mon *désaccord* de la pire manière qui fût.

Après une année où je n'avais été informé de cette possibilité, le diagnostic — et son erreur ! — avait eu tout le temps de se propager dans la tête et les documents de plus d'un professionnel ; leur apprendre ensuite que j'ai demandé la destruction de ce que je n'acceptais pas, voilà qui eût été particulièrement dommageable.

Aussi, même dans le cas d'une destruction de meilleure heure, l'effet eût été excessivement préjudiciable à la relation que j'entretiens avec mon médecin traitant ; en le frustrant ainsi de la seule réponse à son interrogation, j'aurais dû en assumer la pleine responsabilité.

Quoi qu'il en fût, il eût été illusoire de croire que toute trace allait être effacée...

Le second avis...

112. Question parente : qu'advient-il des personnes admises à tort dans une section spécialisée ?

113. Si une véritable investigation psychiatrique avait conclu à ce diagnostic, qu'il avait été possible de reconstituer l'essentiel de mon discours avec le rapport, et que le raisonnement n'était pas né de préjugés, et soutenu par des contrevérités plus ou moins bien placées, j'aurais eu une chance de l'accepter ; et les psychiatres auraient, spontanément, choisi la transparence.

114. Cela ne signifie pas qu'un pont relationnel entre moi et le personnel soignant eût été impossible, mais il aurait eu bien des limites, des limites ne laissant place à une *alliance thérapeutique*, et donc à une efficacité thérapeutique ; je conçois, certes, que c'est le cœur de leur métier, mais à moins de redéfinir les notions de *diagnostic* et de *suivi spécialisé*, il s'arrête là où l'erreur de diagnostic commence.

115. Comme domaine de traits de la personnalité, cf. le modèle dimensionnel des troubles de la personnalité du *DSM-5* (ouvr. cité).

Une telle expérience laissant inmanquablement des traces, une deuxième investigation psychiatrique en eût souffert par contrecoup ; ayant acquis à bon droit une méfiance envers l'*examen psychiatrique*, l'observation clinique en eût très probablement été faussée.

Me seriner ce principe du *second avis*, comme si je n'avais qu'à saisir ma seconde chance, n'est qu'une astuce rhétorique ; ainsi opère-t-on une diversion pour mieux négliger le principe premier : le droit à un premier avis, le droit à une première chance. Or, si mon analyse démontre l'erreur de diagnostic, elle met surtout en évidence le fait que je n'ai pas eu la moindre chance.

Mon réquisitoire procède de ceci : il n'y a pas eu de premier avis.

Par l'apparence du choix laissé, on signifie trompeusement la liberté du patient, on farde l'erreur, et puis, on affecte la conscience professionnelle.

Bien que mes douleurs et mes peines évoquent l'insignifiance, elles convoquent aussi le sujet de l'erreur diagnostique et le problème de sa reconnaissance...

Le second avis existe parce que l'erreur existe ; en ce sens, la possibilité de l'erreur est reconnue et prise en compte par le système de santé ; cependant lorsqu'il y a divergence, un avis n'invalide pas nécessairement l'autre. Les médecins peuvent, en bien des cas, choisir entre deux avis contradictoires¹¹⁶, et parfois, c'est le patient qui doit le faire ; mais ce choix n'entraîne pas systématiquement la reconnaissance du caractère erroné de ce qui a été écarté — et c'est euphémique que de le dire.

Le système de santé ne traite pas la reconnaissance de l'erreur diagnostique comme une de ses conditions de réalisation, ou disons, de préservation — il est une machine faisant feu de tout bois : elle doit tourner — ; bien souvent, lorsque l'erreur est reconnue, elle ne l'est qu'officieusement, et pas par ceux qui l'ont commise : pour ne pas rompre l'*alliance thérapeutique*, ou pour tenter de l'établir, un médecin reconnaîtra, poliment, l'erreur ; et cela n'ira pas plus loin, par la grâce de l'esprit de corps.

Fort heureusement, ce silence systémique ne constitue pas toujours, loin de là, une entrave fatale dans le parcours médical du patient ; cela est typiquement vrai pour les diagnostics somatiques : le diagnostic regardé comme erroné n'agit pas.

Mais ce qui est typique dans un genre peut être atypique dans un autre : je nomme le genre psychiatrique. Les diagnostics psychiatriques ont ceci de remarquable qu'ils peuvent être écartés et néanmoins être mis en état de dormance, et garder un sens latent dans la vie du patient, que l'on ressortira au besoin ; on exhamera un diagnostic pour en expliquer un autre, pour raconter un tableau clinique, et ce, soit en l'adjoignant au temps présent, signifiant ainsi la *comorbidité*, soit en le plaçant dans le passé du patient, signifiant alors l'*évolution* du trouble et de son diagnostic.

Encore plus que l'idée de *comorbidité*¹¹⁷, celle d'*évolution du diagnostic* est véritablement la parade suprême à l'idée de l'erreur : on présente le diagnostic comme une vérité passée, accomplie, démontrée naguère ou jadis, mais désormais indémontrable.

L'ancien diagnostic — verdict dépouillé de sa dialectique — est une photographie dont il serait impossible de retrouver la pellicule ; le professionnel forge ainsi son infailibilité, et parfois l'annonce : « le diagnostic évolue »¹¹⁸. Du fait de certains, la pratique fait donc sécession de la théorie ; on croit justifier par avance l'éventuelle discordance d'un futur diagnostic en invoquant une certaine idée de l'évolution des espèces psychopathologiques — puisée tout droit dans un *Origine des espèces* apocryphe et d'une inépuisable forfaiture¹¹⁹.

116. Aussi faut-il bien admettre que la seule contradiction entre deux avis comme moyen d'identifier la véritable pathologie, si pathologie il y a, relève du mythe : c'est tant dans le premier que dans le deuxième diagnostic que l'erreur est susceptible de résider...

117. Qui n'est parfois qu'un assemblage de mauvais aloi.

118. Parole du docteur S*** lors de l'entretien de réseau ; mais il s'agit d'être conséquent : les possibilités d'*évolution* d'un *trouble de la personnalité schizotypique* sont limitées.

119. (Et ainsi décréta-t-on que le moqueur pouvait descendre ou du pinson ou du nandou ou de la tortue géante ou de la méduse.)

La réalité de l'erreur, le système de santé ne la reconnaît que pour mieux la méconnaître : absorption, neutralisation.

Sans garde-fous, n'importe quel sentiment précoce est souverain.

L'erreur, sa reconnaissance est une exigence ; le silence, une faute.

Passer outre. Tolérance qui n'est qu'extravagance. Passer outre. Bienséance susceptible de signifier errance. Passer outre. Influence qui pour bien des patients ne restera qu'espérance. Passer outre. Mais impuissance renfermant sentence. Passer outre ? En aucune circonstance !

Si le bon diagnostic blesse, le mauvais nuit¹²⁰.

Bien qu'il ne s'agisse pas de faire l'apologie de l'intransigeance à l'endroit de l'erreur — l'application de cet absolu serait indubitablement une calamité —, il convient de ne jamais passer du compromis à la compromission.

Poser un diagnostic au sortir d'un examen éclairé et réfléchi est un métier, et l'erreur y a sa place ; poser un diagnostic sous l'empire du préjugé et de l'incurie ne devrait pas en être un, et jamais le citoyen faisant front à une telle indélicatesse ne devrait être considéré comme un énergumène réfractaire à tout ce qui relève de la psychiatrie¹²¹.

Il n'y a pas que les patients qui ont tout lieu de redouter de tels agissements : ils discréditent l'ensemble de la profession ; un praticien sera-t-il *expérimenté* cependant qu'il ignore la réalité de l'erreur ?

Pratiques minoritaires, voire exceptionnelles ? Le système ne demandant compte, on ne saurait le dire¹²².

* *

Je n'aurai de cesse que cette maladresse des esprits institutionnalisée, cette synergie *horribilis*, ces *territoires perdus de la Médecine* ne soient rayés de la carte.



120. Et cependant, si l'un secoue, l'autre peut exalter.

121. La lutte étiologique, cet entrechoquement du spectre de la schizophrénie et des troubles du sommeil, n'est pas de mon fait ; peut-être est-ce l'écho d'une doctrine de laquelle les erreurs ne connaissent pas de limites. Voici un exemple expédient : Yaron Dagan, Liat Ayalon, « Case Study: Psychiatric Misdiagnosis of Non-24-Hours Sleep-Wake Schedule Disorder Resolved by Melatonin », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 44, n° 12, 2005, p. 1271-1275.

122. Une autre question exige d'être énoncée : le psychiatre — et le psychologue — a-t-il le droit de se rétracter ?

BIBLIOGRAPHIE

Dans cette liste figurent non pas seulement la plupart des écrits ayant accompagné, salutairement, la conception et la rédaction de ce texte, mais encore des écrits permettant de demeurer dans une réflexion critique.

- ALHOLA (Paula) et POLO-KANTOLA (Päivi), « Sleep deprivation: Impact on cognitive performance », *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, volume 3, numéro 5, pages 553-567, 2007.
- American Academy of Sleep Medicine, *International Classification of Sleep Disorders, Third Edition (ICSD-3)*, Darien, AASM, 2014.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, Arlington, APA Publishing, 2013.
- ANASTASI (Anne), *Psychological Testing*, 4^e édition, New York/Londres, Macmillan/Collier Macmillan, 1976.
- ATILF — CNRS & Université de Lorraine, *TLFi : Trésor de la langue française informatisé*, <http://www.atilf.fr/tlfi>
- AZOULAY (Catherine), EMMANUELLI (Michèle) et CORROYER (Denis), *Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach*, Paris, Dunod (Les Outils du psychologue), 2013.
- BARKUS (Emma), « Schizotypy and substance use », dans MASON (Oliver John) et CLARIDGE (Gordon) (éd.), *Schizotypy: New Dimensions*, Hove/New York, Routledge, 2015.
- , « Personality and cannabis use: A Review of the Current Literature », *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, volume 3, numéro 3, pages 84-89, 2008.
- BAUDIN (Marianne), *Clinique projective : Rorschach et TAT*, Paris, Hermann (Psychanalyse), 2008.
- BERNER (Eta S.) et GRABER (Mark L.), « Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine », *The American Journal of Medicine*, volume 121, numéro 5, supplément, pages S2-S23, 2008.
- BOUVARD (Martine), *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*, 3^e édition, Paris, Masson, 2009.
- BRELET-FOULARD (Françoise) et CHABERT (Catherine) (dir.), *Nouveau manuel du TAT : Approche psychanalytique*, 2^e édition, Paris, Dunod, 2005.
- CASTRO (Dana), *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte : Approches intégratives*, 3^e édition, Malakoff, Dunod (Les Outils du psychologue), 2016.
- CHABERT (Catherine), *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique*, 3^e édition, Paris, Dunod, 2012.
- CHODOFF (Paul), « The responsibility of the psychiatrist to his society », chapitre XVII dans BLOCH (Sidney) et CHODOFF (Paul) (éd.), *Psychiatric ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1981.
- CLARIDGE (Gordon) (éd.), *Schizotypy: Implications for Illness and Health*, Oxford, Oxford University Press, 1997.
- , et DAVIS (Caroline), *Personality and Psychological Disorders*, Abingdon/New York, Routledge, 2013 [Hodder Education, 2003].
- , et MOHR (Christine), « Schizotypy — Do Not Worry, It Is Not All Worrisome », *Schizophrenia Bulletin*, volume 41, numéro 2, supplément, pages S436-S443, 2015.
- COUTANCEAU (Roland) et SMITH (Joanna) (dir.), *Troubles de la personnalité : Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...*, Paris, Dunod, 2013.
- CROCQ (Marc-Antoine) et GUELFY (Julien Daniel) (dir.), *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015.
- DAGAN (Yaron) et ABADI (Judith), « Sleep-wake Schedule Disorder Disability: A Lifelong Untreatable Pathology of the Circadian Time Structure », *Chronobiology International*, volume 18, numéro 6, pages 1019-1027, 2001.

- DAGAN (Yaron) et AYALON (Liat), « Case Study: Psychiatric Misdiagnosis of Non-24-Hours Sleep-Wake Schedule Disorder Resolved by Melatonin », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, volume 44, numéro 12, pages 1271-1275, 2005.
- DAGAN (Yaron) et BORODKIN (Katy), « Behavioral and Psychiatric Consequences of Sleep-Wake Schedule Disorders », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, volume 7, numéro 4, pages 357-365, 2005.
- DÉBIGARÉ (Jacques), *Les troubles de la personnalité : fondements et traitements*, 4^e édition, Montréal, Éditions Québec-Livres, 2013.
- DE HAAN (Lieuwe), SCHIRMBECK (Frederike) et ZINK (Mathias) (éd.), *Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia*, Cham, Springer International Publishing, 2015.
- DELBROUCK (Michel), *Psychopathologie : manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, 2^e édition, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2013.
- DOBRANSKY (Kerry), « The good, the bad, and the severely mentally ill: Official and informal labels as organizational resources in community mental health services », *Social Science & Medicine*, volume 69, numéro 5, pages 722-728, 2009.
- DUPARC (François), « La manie blanche ou la dépense des pensées », *Revue française de psychosomatique*, volume 2, numéro 20, pages 151-169, 2001.
- FAIOLA (Eliana), MEYHÖFER (Inga), STEFFENS (Maria), KASPARBAUER (Anna-Maria) et collaborateurs, « Combining Trait and State Model Systems of Psychosis: The Effect of Sleep Deprivation on Cognitive Functions in Schizotypal Individuals », *Psychiatry Research*, volume 270, pages 639-648, 2018.
- FIRST (Michael B.), *DSM-5 : Diagnostics différentiels*, traduit de l'anglais par CROCQ (M.-A.) et MORARU (R.M.), Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2016.
- FLANAGAN (Elizabeth H.), MILLER (Rebecca) et DAVIDSON (Larry), « “Unfortunately, We Treat the Chart:” Sources of Stigma in Mental Health Settings », *Psychiatric Quarterly*, volume 80, numéro 1, pages 55-64, 2009.
- Geopsy.com, *Introduction Rorschach école de Paris*, Psychologie interculturelle et Psychothérapie, sans date.
- GIESBRECHT (Timo), MERCKELBACH (Harald), « Subjective Sleep Experiences are Related to Dissociation », *Personality and Individual Differences*, volume 37, numéro 7, pages 1341-1345, 2004.
- GOVE (Walter R.), « Sleep Deprivation: A Cause of Psychotic Disorganization », *American Journal of Sociology*, volume 75, numéro 5, pages 782-799, 1970.
- GRONFIER (Claude), « Physiologie de l'horloge circadienne endogène : des gènes horloges aux applications cliniques », *Médecine du sommeil*, volume 6, numéro 1, pages 3-11, 2009.
- GROTH-MARNAT (Gary), *Handbook of Psychological Assessment*, 4^e édition, Hoboken, John Wiley & Sons, 2003.
- GUELFY (Julien Daniel) et CROCQ (Marc-Antoine) (dir.), *DSM-IV-TR*, Paris, Masson, 2004.
- HEUGTEN – van der KLOET (Dalena van) et LLEWELLYN (Sue) (éd.), *Fragmentation in Sleep and Mind: Linking Dissociative Symptoms, Sleep, and Memory*, Lausanne, Frontiers Media, 2018.
- JAKOBOVITS (Leon A.), *Effects of Repeated Stimulation on Cognitive Aspects of Behavior: Some Experiments on the Phenomenon of Semantic Satiation*, thèse, université McGill (département de psychologie), 1962.
- KIRK (Stuart A.) et KUTCHINS (Herb), « Deliberate Misdiagnosis in Mental Health Practice », *Social Service Review*, volume 62, numéro 2, pages 225-237, 1988.
- KRAUSE (Adam J.), BEN SIMON (Eti), MANDER (Bryce A.), GREER (Stephanie M.) et collaborateurs, « The sleep-deprived human brain », *Nature Reviews Neuroscience*, volume 18, numéro 7, pages 404-418, 2017.
- LENZENWEGER (Mark F.), *Schizotypy and Schizophrenia: The View from Experimental Psychopathology*, New York, The Guilford Press, 2010.
- LUNDY (Allan), « Instructional Set and Thematic Apperception Test Validity », *Journal of Personality Assessment*, volume 52, numéro 2, pages 309-320, 1988.
- MAJ (Mario), « 'Psychiatric Comorbidity': An Artefact of Current Diagnostic Systems? », *British Journal of Psychiatry*, volume 186, numéro 3, pages 182-184, 2005.
- MARTY (Pierre) et M'UZAN (Michel de), « La “pensée opératoire” », *Revue française de psychanalyse*, tome XXVII, numéro spécial, pages 345-356, 1963.

- , et DAVID (Christian), *L'investigation psychosomatique*, édition augmentée, Paris, PUF (Quadrige, 395), 2003 [1963].
- MASON (Oliver John) et CLARIDGE (Gordon) (éd.), *Schizotypy: New Dimensions*, Hove/New York, Routledge, 2015.
- MEEHL (Paul Everett), *Manual for Use with Checklist of Schizotypic Signs*, université du Minnesota (laboratoires de recherche du département de psychiatrie), 1964.
- MILLON (Theodore), *Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal*, 3^e édition, Hoboken, John Wiley & Sons, 2011.
- OMS, *CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Pregny-Chambésy/Paris, OMS/Masson, 2000.
- RADO (Sandor), « Dynamics and classification of disordered behavior », *American Journal of Psychiatry*, volume 110, numéro 6, pages 406-416, 1953.
- RAINE (Adrian), LENCZ (Todd) et MEDNICK (Sarnoff A.), *Schizotypal Personality*, Cambridge/New York/Melbourne, Cambridge University Press, 1995.
- RAINE (Adrian), « Schizotypal Personality: Neurodevelopmental and Psychosocial Trajectories », *Annual Review of Clinical Psychology*, volume 2, pages 291-326, 2006 [2005].
- REICH (Walter), « Psychiatric diagnosis as an ethical problem », chapitre V dans BLOCH (Sidney) et CHODOFF (Paul) (éd.), *Psychiatric ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1981.
- REY (Alain) (dir.), *Dictionnaire historique de la langue française*, nouvelle édition, Paris, Le Robert, 2016.
- ROMAN (Pascal), *Les Épreuves projectives dans l'examen psychologique*, Paris, Dunod (Les Topos), 2006.
- SACCO (Robert G.), « The Circumplex Structure of Depersonalization/Derealization », *International Journal of Psychological Studies*, volume 2, numéro 2, pages 26-40, 2010.
- SHACKLE (Emma M.), « Psychiatric diagnosis as an ethical problem », *Journal of medical ethics*, volume 11, numéro 3, pages 132-134, 1985.
- VANDERHEYDEN (Jean-Émile) et NOËL (Stéphane) (dir.), *Bienfaits et troubles du sommeil : Comprendre pour mieux prendre en charge*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2016.
- WATSON (David), « Dissociations of the Night: Individual Differences in Sleep-Related Experiences and Their Relation to Dissociation and Schizotypy », *Journal of Abnormal Psychology*, volume 110, numéro 4, pages 526-535, 2001.
- WHOOLEY (Owen), « Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », *Sociology of Health & Illness*, volume 32, numéro 3, pages 452-469, 2010.
- WITZTUM (Eliezer), MARGOLIN (Jacob), BAR-ON (Reuven) et LEVY (Amihay), « Stigma, Labelling and Psychiatric Misdiagnosis: Origins and Outcomes », *Medicine and Law*, volume 14, pages 659-669, 1995.



ANNEXES

[REDACTED], le 5 mars 2018

[REDACTED]
[REDACTED]
Date de l'examen: 28.02.2018

Examen psychologique (épreuves projectives)

M. ■ est un homme de 30 ans qui indique qu'il est adressé en psychiatrie par son médecin traitant en raison de troubles du sommeil. Le patient ajoute qu'il est isolé socialement et qu'il n'a jamais travaillé, situation qui découle selon lui de longues périodes durant lesquelles il ne sortait pas de son domicile et de sa motivation en dents de scie qui aurait entravé sa formation professionnelle. A ce propos, M. ■ précisera qu'il était « aléatoire » et qu'actuellement il présente « une apparente inactivité », signalant par là qu'il fait des choses dans sa tête (sic). L'entretien préliminaire sera ainsi marqué par des particularités langagières et par les difficultés du patient à expliquer clairement des éléments anamnestiques pourtant factuels, ainsi par exemple lorsqu'il expliquera l'abandon de son projet de devenir informaticien par le fait qu'il aurait dû « désapprendre » les cours et qu'il aurait choisi d'interrompre ses études tout en n'ayant pas le choix.

De même face aux **épreuves projectives**, M. ■ s'exprime de manière souvent peu compréhensible, usant de phrases absconses et utilisant des termes de vocabulaire de manière très personnelle et erronée. Par ailleurs, le discours est émaillé de particularités langagières impropres en français et de contenus montrant les méconnaissances de M. ■ du réel environnant. Les propos sont en outre hachés, les débuts de phrases souvent laissés en suspens, aspects qui témoignent d'une perplexité face au matériel projectif, le patient cherchant souvent à le décoder en se fondant sur des détails peu pertinents et insuffisants à soutenir les raisonnements. Ces derniers sont ainsi fréquemment perturbés, que ce soit en raison de déductions arbitraires, que ce soit du fait de liaisons causales absurdes. En continuité, M. ■ appréhende ce qui lui est donné à voir sur un mode cognitif et non pas interprétatif, d'où ses mouvements visant à décrypter les divers éléments présents sur les images et son impossibilité à pouvoir maintenir une seule version dans les histoires qu'il propose. En effet, ne pouvant s'envisager comme l'auteur d'un récit possible parmi d'autres, le patient se montre attentif aux expressions des personnages représentés afin de motiver ce qui les animerait et de donner un sens qui serait univoque à ce qu'il perçoit. A noter à ce propos que M. ■ confère aux personnages et en alternative des émotions différentes à partir d'une seule expression et que d'autre part, de manière générale, il fait des confusions dans plusieurs domaines, notamment entre dedans et dehors et entre animé et inanimé, et qu'il s'interroge sur ses processus de pensée.

Sur un autre plan, la production est abondante, énoncée à un rythme soutenu, les contenus s'enchaînant sans que le patient soit toujours capable de garder distinctes ses diverses perceptions les unes des autres, quand bien même il tente de le faire en introduisant un ordre temporel. Dans le registre maniforme, on notera aussi la présence d'allusions aux sensations, de réponses grandioses, de références au feu et de contenus réputés pour porter chance ou connus pour leur valence bénéfique. Ces aspects de l'axe maniaque sont érigés contre un vécu de persécution

attesté entre autre par l'attention prêtée aux regards par M. ■ qui par ailleurs retire vie et mouvement aux contenus lorsqu'ils sont spatialement trop proches.

Pour terminer, il convient de relever que ponctuellement le discours contient des éléments d'allure pulsionnelle partielle qui se traduisent par les mentions d'animaux appartenant à un bestiaire particulier, par des allusions à des positions de relâchement de tonus ou encore au travers de résultantes d'action. Dan ce même registre on peut également noter les thèmes en lien avec la transgression et les histoires mettant en scène des domestiques.

Conclusion

Structure psychotique qui présente quelques aspects du registre des pulsions partielles ainsi que des défenses maniformes. Certaines caractéristiques sont évocatrices d'une pensée de type schizophrénique.

Madame A***
Psychologue

La présence des noms des signataires atteste de la validation électronique du document par ces derniers

Dr. M***

le 20 avril 2018

Monsieur et cher Confrère,

Nous vous remercions de nous avoir adressé pour conseil le patient susnommé que nous avons vu à notre consultation en date des 02.02.2018, 06.02.2018, 22.02.2018 et 19.03.2018.

Problème actuel

Vous nous adressez M. N*** pour un conseil psychiatrique afin de préciser si ce patient souffre d'un diagnostic psychiatrique pouvant expliquer sa désinsertion socioprofessionnelle et de clarifier si une demande de prestations AI s'impose. Vous notez qu'il s'agit d'un patient de 30 ans, sans formation professionnelle, qui s'est progressivement marginalisé socialement et qui est complètement dépendant de sa mère sur le plan financier, n'ayant jamais fait de demande d'aide sociale jusqu'à récemment. Vous avez instauré une incapacité de travail à 100% dès le 22.12.2017, lui permettant ainsi d'accéder à l'aide sociale et de pouvoir bénéficier d'une évaluation psychiatrique. Vous observez que M. N*** peut exprimer une certaine « aversion » aux contraintes imposées par l'exercice d'une activité professionnelle et que ce sont les difficultés financières actuelles qui le poussent à demander de l'aide, sans faire directement mention à ce qu'il adviendrait de lui en cas d'absence de l'aide de sa mère. Sur le plan symptomatique, le patient se plaint de troubles du sommeil, avec des horaires irréguliers et déstructurés, et d'un certain état de fatigue voire, par périodes, d'un sentiment d'épuisement, qu'il met en avant lorsqu'il analyse sa situation.

Lorsque nous le rencontrons, M. N*** se plaint effectivement de troubles du sommeil au premier plan, présents depuis de nombreuses années mais plus marqués après son service militaire. Il explique avoir des horaires irréguliers et être souvent en décalage horaire, ainsi qu'avoir une tendance à l'hypersomnie, mais avoir toujours l'impression d'être en « privation » de sommeil, avec un sommeil non réparateur ceci peu importe combien d'heures il dort (entre 6 et 16 h.). Il rapporte avoir parfois des rêves lucides et des paralysies du sommeil. Il ne se plaint pas de ruminations anxieuses, ni de cauchemars. Il décrit son trouble du sommeil comme un problème à son avis « mécanique ». Il se sent ainsi toujours très fatigué et décrit avoir vécu à deux reprises des périodes d'environ 6 mois où il ne sortait presque pas de la maison à cause de sa fatigue. M. N*** voit ce symptôme comme le principal obstacle à une activité professionnelle, mais signale également qu'il lui manque de la motivation pour faire des recherches d'emploi. Dernièrement, il se sent parfois très anxieux en raison de la pression externe mise sur lui pour résoudre sa situation professionnelle. Lors d'un de ces moments, il y a un mois, il a présenté des idées suicidaires par défenestration, sans réelle intention de passer à l'acte.

M. N*** décrit être quelqu'un d'introverti, qui « a toujours la tête ailleurs » et se perd facilement dans ses pensées (imagine des histoires fantastiques, sur lesquelles il refuse de donner

des détails, et essaie d'observer le monde comme pour la première fois, « comme s'il était un bébé ou un visiteur extraterrestre ». Il passe ses journées à dormir et à écrire ses histoires imaginées et sort parfois pour faire de la photographie, seules deux activités pour lesquelles il manifeste un intérêt. Le patient décrit être quelqu'un de peu sociable et il n'a pas d'amis depuis l'enfance, ni de relations amoureuses. Il dit en ressentir le besoin mais estime que l'opportunité de connaître des gens ne se présente pas au vu de son style de vie. Il n'a pas l'impression que les autres lui en veulent, ni craindre leur jugement. La seule personne avec qui il semble avoir une relation proche c'est sa mère, avec qui il habite, mais leur relation a toujours été conflictuelle. M. N*** décrit s'énerver facilement contre sa mère lorsqu'il trouve qu'« elle n'est pas complètement honnête » ou qu'elle ne dit pas les choses « d'une certaine façon », moments dans lesquels il a tendance à crier et taper contre les portes.

Finalement, le patient évoque des rares phénomènes de déréalisation (à par moments l'impression d'« être en décalage avec la réalité », comme s'il était dans un état entre la veille et le sommeil mais au milieu de la journée), ainsi que des épisodes de compulsions de type vérification (interrupteur de lumière, fermeture de porte) qui lui arrivent quelques fois par jour et durent entre 30 secondes et 2 minutes, ce qu'il ne ressent pas comme handicapant.

M. N*** nie toute consommation de substances. Il est suivi sur le plan somatique par vous-même et il est connu pour une hyperbilirubinémie non conjuguée, probablement sur syndrome de Gilbert, [REDACTED].

Antécédents psychiatriques

Nihil.

Contexte familial, social et professionnel

Patient célibataire, sans enfant, fils unique, qui vit avec sa mère. Sa mère [REDACTED]. Son père [REDACTED]. Ses parents se sont divorcés lorsque le patient était encore bébé. Il a peu de contact avec son père, qu'il décrit comme très critique envers lui en raison de ses mauvais résultats scolaires à l'époque et actuellement de ses difficultés professionnelles.

M. N*** a effectué sa scolarité obligatoire sans difficultés majeures, malgré des troubles de l'attention et de la concentration (tendance à se perdre dans ses pensées), puis a commencé une maturité professionnelle dans le domaine de la physique et la mathématique qu'il n'a pas terminée. Par la suite, il a commencé un apprentissage dans le domaine de l'informatique, qu'il n'a pas terminé non plus. M. N*** évoque une mauvaise volonté de la part de ses enseignants, puis de son employeur pendant le stage professionnel, il a l'impression qu'on a tout fait pour l'empêcher de réussir et vit cela comme une grande injustice. Le patient estime qu'il s'est trompé de voie professionnelle, d'abord en physique/mathématique puis en informatique. Il se sent plus attiré par une activité qui lui permettrait d'être proche de la nature.

M. N*** a accompli ses obligations militaires en 2009/2010 puis, avec l'argent qu'il avait épargné, il s'est acheté du matériel de photographie et a essayé de trouver un travail dans ce domaine, ce qu'il n'a pas réussi. Il est au bénéfice du RI depuis décembre 2017.

Status

Patient de 30 ans, faisant son âge, à la tenue vestimentaire et à l'hygiène sans particularité. Vigile, orienté aux 4 modes, il partage le focus d'attention. Troubles de la mémoire et de la concentration éprouvés, non testés. Globalement collaborant mais évite de répondre à certaines questions, tendu sur le plan psychique, évite le regard. Discours spontané et cohérent mais peu informatif, circonstancié, opératoire, normo-débité, entrecoupé par des longues pauses, sans barrages, avec quelques réponses à côté. Pas de troubles du contenu de la pensée, ni de trouble des perceptions. Rapporte parfois des phénomènes de déréalisation. Décrit une sensation de fatigue comme une sensation de lourdeur qui descend sur lui. La thymie est neutre, les affects sont congruents à

l'humeur, monotones. Légère irritabilité quand confronté à ses difficultés professionnelles et les éventuelles difficultés psychiques autres que les troubles du sommeil et la fatigue. Anxiété psychique éprouvée. Absence d'idées ou comportements auto ou hétéro-agressifs. Pas de signes d'imprégnation toxique lors des entretiens.

Évaluation du potentiel suicidaire : risque moyen (sexe masculin, anxiété, possible trouble psychotique, difficultés économiques, isolement social et affectif, difficultés scolaires et professionnelles), urgence faible, danger élevé (il y a un mois, idées suicidaires scénarisées par défenestration).

Diagnostic (CIM-10)

Trouble schizotypique (F21)

Discussion

Vous nous adressez M. N*** pour un conseilium psychiatrique dans un contexte de désinsertion professionnelle et de marginalisation sociale. Nous avons rencontré le patient au cours de quatre entretiens réalisés sur le modèle d'une investigation psychiatrique.

Nous retenons comme diagnostic principal un trouble schizotypique. Nous observons que M. N*** présente des affects restreints et une attitude distante, une pauvreté du contact et une tendance au retrait social, une méfiance (évite le regard, reste vague lorsqu'on lui demande d'élaborer autour de ses pensées, croit qu'on l'a empêché de réussir son apprentissage), des expériences de déréalisation et une pensée vague et circonstanciée. Nous mettons également en évidence une manière particulière et bizarre de voir la réalité (« trouble du sommeil mécanique » malgré une hypersomnie pouvant expliquer toutes ses difficultés, exigences envers sa mère qui doit « répondre d'une certaine façon », isolement social expliqué par un simple « manque d'opportunité », plusieurs années sans activité professionnelle pas vus comme problématiques car il y a plein de choses qui se sont passées pour lui pendant ce temps). Nous ne mettons pas en évidence d'idées délirantes, ce qui reste néanmoins difficile à évaluer vu les réticences du patient à élaborer sur le contenu de ses pensées. Les symptômes décrits semblent être présents depuis le début de l'âge adulte et nous ne mettons pas en évidence à l'anamnèse ou lors des entretiens de symptôme schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution.

Nous avons complété notre investigation par un examen psychologique (Rorschach – TAT), effectué le 28.02.2018 par Mme A***. Le bilan psychologique a mis en évidence des troubles de la pensée, une perplexité et une compréhension très perturbée de la réalité, symptômes pouvant expliquer les échecs de M. N*** dans son parcours de formation et professionnel.

Au vu du tableau clinique présenté, la capacité de travail du patient nous semble nulle à l'heure actuelle et une demande à l'AI dans le sens d'une réhabilitation professionnelle est justifiée.

Pour la suite de la prise en charge, comme discuté avec vous, nous avons proposé au patient de présenter sa situation à nos collègues de la section***, volet ambulatoire, service spécialisé pour les troubles du spectre de la schizophrénie. Il nous semble important que M. N*** puisse bénéficier d'un soutien psychologique et d'une aide pour mieux comprendre son fonctionnement psychique, ainsi que d'une aide sur le plan socioprofessionnel. Le patient reste néanmoins réticent à nos propositions, estime ne pas avoir plus qu'un trouble du sommeil et une fatigue pour lesquels nous n'avons pas la solution et ne se montre pas sensible à la notion que ses difficultés psychiques puissent justifier une aide supplémentaire sur le plan socioprofessionnel. Il accepte néanmoins d'y réfléchir et d'en discuter avec vous.

Bien que les troubles du sommeil et la fatigue puissent être en partie expliqués en partie par le diagnostic psychiatrique posé, il nous semble judicieux de compléter le bilan de fatigue avec un bilan sanguin élargi et une éventuelle polygraphie du sommeil.

ANNEXE II

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Monsieur et cher Confrère, nos salutations les meilleures.

Dresse **S****
Médecin associée

Dre **L****
Médecin assistante

La présence des noms des signataires atteste de la validation électronique du document par ces derniers

4/4

Dossier patient (complet)

Patient [REDACTED]
 Né(e) le [REDACTED]
 Date Adm. 02.02.2018
 Unité [REDACTED]
 Allergie Aucune

Séjour [REDACTED]
 Age/Sexe 31/H
 Dr [REDACTED] L***

Consultation ambulatoire

Statut Terminé
 Saisie par [REDACTED] L***

Date de saisie 29.05.2018 15:30

Consultation ambulatoire

Contexte de prise en charge Investigation initiale

Type d'admission Admission volontaire

Motif de recours troubles du sommeil, fatigue, absence d'activité professionnelle depuis longtemps

Adressé par Dr [REDACTED] M***

Nom (médecin traitant) Dr [REDACTED] M***

Réanimation si ACR A (re)définir

Formation scolaire ou professionnelle 02 Scolarité obligatoire

Anamnèse actuelle Vous nous adressez M. [REDACTED] N*** pour un consilium, voire un suivi psychothérapeutique. Vous expliquez qu'il s'agit d'un patient de 30 ans, sans formation professionnelle, qui s'est progressivement marginalisé socialement. Jusqu'il y a peu de temps, il n'a jamais demandé une quelconque aide sociale, complètement dépendant de sa mère [REDACTED]. Il peut exprimer une certaine « aversion » aux contraintes imposées par l'exercice d'une activité professionnelle. Les difficultés financières actuelles le poussent à demander de l'aide, sans faire directement mention à ce qu'il adviendrait le lui en cas d'absence de d'aide de sa mère. Sur le plan symptomatique, M. [REDACTED] N*** se plaint de troubles du sommeil, avec des horaires irréguliers et déstructurés, et d'un certain état de fatigue voire, par périodes, d'un sentiment d'épuisement, et qu'il met en avant lorsqu'il analyse sa situation.

Traitements habituels Nihil

Antécédents médico-chirurgicaux Hyperbilirubinémie non conjuguée, probablement sur syndrome de Gilbert
[REDACTED]

Mode d'admission 02 Agendée (plus de 24 h.)

Occupation avant l'admission 05 Non occupé ou chômage

Adressé par 31 Médecin installé

Séjour avant l'admission 12 A la maison, avec d'autres personnes

Consultation supervisée par Dre [REDACTED] S***

S. psychique

Troubles émotionnels et psychotiques Troubles du moi

Status psychiatrique Patient de 30 ans, faisant son âge, à la tenue vestimentaire et à l'hygiène sans particularité. Vigil, orienté aux 4 modes, il partage le focus d'attention. Troubles de la mémoire et de la concentration éprouvés, non testés. Calme et collaborant, évite le regard. Discours spontané, cohérent et informatif, circonstancié, opératoire, normo-débité, niveau de langage et ton sans particularité. Pas de trouble du cours, ni du contenu de la pensée. Pas de trouble des perceptions, ni troubles du Moi. La thymie est neutre. Les affects sont congruents à l'humeur et bien modulés. Anxiété psychique éprouvée. Absence d'idées ou comportement auto ou hétéro-agressifs. Pas de signes d'imprégnation toxique lors des entretiens. Décrit une sensation de fatigue comme une sensation de lourdeur qui descend sur lui.

Conduites suicidaires - évaluation

Auto-agressivité - risque moyen

Auto-agressivité - risque sexe masculin, possible dépression, anxiété, difficultés économiques persistantes, isolement social et affectif, difficultés scolaires et professionnelles

Auto-agressivité - urgence faible

Dossier patient (complet)

Patient [REDACTED]
 Né(e) le [REDACTED]
 Date Adm. 02.02.2018
 Unité [REDACTED]
 Allergie Aucune

Séjour [REDACTED]
 Age/Sexe 31/H
 Dr [REDACTED] L***

Consultation ambulatoire

Statut Terminé

Date de saisie 29.05.2018 15:30

Saisie par [REDACTED] L***

Conduites suicidaires - évaluation

Auto-agressivité - danger faible

Diag./ interv./ att.

Diagnostics différentiels Trouble humeur / anxieux / personnalité à préciser

Attitude thérapeutique Prochains entretiens : 06.02 à 9h, 22.02 à 15h
 Bilan psychologique avec Mme [REDACTED] A*** : 28.02

Synthèse et discussion **06.02.2018 (LDV):**
 Situation stable.
 Approfondissement de l'anamnèse.
 Prochain entretien : 22.02 à 15h
 Bilan psychologique avec Mme [REDACTED] A*** : 28.02

22.02.2018 (LDV):
 Situation stable.
 Approfondissement de l'anamnèse.
 PQ-16 : 3/16 (goûte ou sent parfois des choses que les autres ne peuvent pas goûter ou sentir, normalement des odeurs désagréables, mais ça arrive rarement et ne gêne que légèrement ; a parfois l'impression de ne pas contrôler ses propres idées ou pensées négatives lorsqu'il se sent déprimé ou anxieux).
 Bilan psychologique avec Mme [REDACTED] A*** : 28.02
 Entretien de bilan : 19.03 à 10h
 Proposer polysomnographie pour compléter bilan des troubles du sommeil.

02.03.2018 (LDV) :
 Contact téléphonique avec le Dr [REDACTED] M***, MT ([REDACTED]), pour l'informer des conclusions préliminaires de notre investigation. Diagnostic retenu : Trouble schizotypique (F21). Demande de mesure AI à notre avis justifiée. Le Dr [REDACTED] M*** m'informe qu'il n'a jamais mis en évidence de symptômes psychotiques florides. Pense demander quand même une polysomnographie pour approfondir les troubles du sommeil. D'accord avec notre proposition d'un suivi à [REDACTED], si le patient l'accepte.

19.03.2018 (LDV) :
 Entretien de bilan.
 Diagnostic retenu : Trouble schizotypique (F21).
 Situation clinique stable. Patient relativement indifférent au déroulement de l'investigation, ce n'était pas difficile pour lui mais estime que ce n'était pas utile non plus.
 Explications données par rapport au diagnostic et l'importance d'un suivi pour soutenir le patient, l'aider à mieux comprendre son fonctionnement et l'aider sur le plan socio-professionnel (une demande de mesure AI est à notre avis justifiée, avis partagé par le médecin traitant). M. [REDACTED] N*** reste sceptique, estime n'avoir plus qu'un trouble de sommeil et de fatigue pour lequel nous n'avons pas la réponse, ne voit pas en quelle mesure ses difficultés professionnelles (qu'il ne voit pas vraiment comme des difficultés) sont en lien avec le diagnostic. Refuse pour l'instant notre proposition de suivi au volet ambulatoire de la [REDACTED] section *** mais va y réfléchir et discuter avec son médecin traitant.

29.05.2018 (LDV + SB) :
 Entretien de réseau avec le patient, le Dr [REDACTED] M*** (MT, médecin envoyeur) et la Dre [REDACTED] S***, à la demande du Dr [REDACTED] M***.
 Le patient se montre en désaccord avec le diagnostic posé au terme de notre investigation et souhaite réfuter nos observations et conclusions. Nous validons son

Dossier patient (complet)

Patient [REDACTED]
 Né(e) le [REDACTED]
 Date Adm. 02.02.2018
 Unité [REDACTED]
 Allergie Aucune

Séjour [REDACTED]
 Age/Sexe 31/H
 Dr [REDACTED] L***

Consultation ambulatoire

Statut Terminé Date de saisie 29.05.2018 15:30
 Saisie par [REDACTED] L***

Diag./ interv./ att.

droit à ne pas être d'accord et de demander un 2ème avis, tout en réitérant nos conclusions et notre souhait de l'aider. Nous insistons sur l'importance d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique (explications données concernant les PECs possible à [REDACTED], [REDACTED] et par un psychiatre privé), ainsi que la pertinence d'une demande AL.

M. [REDACTED] N*** se montre réticent mais d'accord d'y réfléchir. Nous restons à disposition.

Stat. OFS

Statut Terminé Date de saisie 20.04.2018 15:02
 Saisie par [REDACTED] L***

Stat. OFS

Statut médico-légal à l'entrée	Admission volontaire
Mode d'admission	02 Agendée (plus de 24 h.)
Adressé par	31 Médecin installé
Occupation avant l'admission	05 Non occupé ou chômage
Séjour avant l'admission	12 A la maison, avec d'autres personnes
Formation scolaire ou professionnelle	02 Scolarité obligatoire
Nature du traitement	02 Consultation
Décision de sortie	11 D'un commun accord
Type d'admission	Admission volontaire
Séjour après la sortie	12 A la maison, avec d'autres personnes
Suivi social assuré par	23 Médecin installé
Personne de référence	aucun

ANNEXE IV

Clinique projective : Rorschach et TATⁱ :

« Le clinicien ne doit jamais négliger le fait qu'il relève déontologiquement de sa seule responsabilité de mener telle ou telle investigation et d'en choisir les modalités pratiques. » (p. 43, chapitre sur le *Rorschach*)

« Le patient est en droit de son côté de connaître les conditions dans lesquelles seront utilisées les données qu'il va "livrer" ». (p. 43, chapitre sur le *Rorschach*)

« La rencontre clinique médiatisée par le Rorschach [...], mais il est une condition indispensable pour qu'elle donne lieu à une élaboration psychique : que puisse s'organiser un "Entretien de restitution" ». (p. 49, chapitre sur le *Rorschach*)

« Si les cliniciens et les patients se rencontrent rarement après la passation, c'est trop souvent parce que les institutions ont tendance à "zapper" ce temps clinique, et ne prenant en compte que la valeur discriminante du Rorschach en psychopathologie, s'appuient seulement sur le compte-rendu rédigé par le projectiviste pour discuter du diagnostic et des perspectives thérapeutiques. [...] Mais derrière ces rationalisations, il y a une sorte de déni ou de méconnaissance de la qualité particulière de la rencontre avec un psychologue clinicien à l'occasion d'une passation d'épreuves projectives. En ce sens, les cliniciens, en instrumentalisant leur approche méthodologique, s'instrumentalisent (et par-là se disqualifient) eux-mêmes. » (p. 49-50, chapitre sur le *Rorschach*)

Les Épreuves projectives dans l'examen psychologiqueⁱⁱ :

« [...] il ne faut pas négliger le risque que peut représenter le recours à des techniques qui viendraient remplacer la rencontre clinique. En d'autres termes, un recours sans discernement aux épreuves projectives comporterait un risque de fétichisation de l'outil des méthodes projectives, soit dans une perspective d'idéalisation des données issues de cette rencontre (l'utilisation des épreuves projectives permettrait de servir un "tout voir" et un "tout savoir" du sujet), soit dans une perspective d'évitement de la rencontre. » (p. 21)

« À cet égard, on peut faire l'hypothèse que la construction d'un dispositif d'examen psychologique reposant sur un nombre suffisant de rencontres (et plus d'une rencontre en tout état de cause), une pluralité suffisante d'épreuves (plus d'une épreuve) et l'instauration de temps clairement différenciés dans la rencontre autorisent l'instauration de garde-fous au double risque énoncé ci-dessus. » (p. 21)

« Il n'est pas d'examen psychologique qui puisse être considéré en dehors de la pensée d'une adresse de ses conclusions au principal bénéficiaire, celui que l'on peut nommer le "sujet" de l'examen psychologique. Ce que l'on appelle habituellement restitution correspond, de fait, à la transmission de la compréhension que le psychologue aura pu construire [...]. Ce temps de synthèse et/ou de transmission appartient de plein droit au dispositif de l'examen psychologique, il en constitue un point d'aboutissement, qui vectorise la démarche de la rencontre clinique et lui donne son sens. » (p. 24)

i Marianne Baudin, *Clinique projective : Rorschach et TAT*, Paris, Hermann (Psychanalyse), 2008.

ii Pascal Roman, *Les Épreuves projectives dans l'examen psychologique*, Paris, Dunod (Les Topos), 2006.

« Il paraît indispensable que le sujet (ou ses parents) soit, en tout état de cause, destinataire d'un exemplaire du rapport rédigé par le psychologue [...]. On peut ajouter que la nécessité d'une écriture adaptée du compte rendu de bilan projectif contribue à soutenir, pour le psychologue, une interrogation déontologique et éthique dans son engagement professionnel. » (p. 25-26)

« [...] on peut considérer qu[e] [le bilan projectif] doit [...] se garder de toute ambition totalisante (voire totalitaire) [...]. » (p. 26)

« En filigrane seront précisés outre les points d'achoppement du fonctionnement psychique le registre des potentiels du sujet qui permettront de soutenir, le cas échéant, une perspective d'accompagnement de celui-ci [...]. » (p. 26)

« Comme pour tout examen psychologique, le temps de transmission apparaît central, voire organisateur dans le projet de l'examen psychologique. » (p. 58)

« Il ne s'agit pas tant de se défausser de l'énoncé d'un diagnostic que de signifier que celui-ci [*sic*] une valeur ni absolue ni définitive [...]. » (p. 58)

« [...] la consigne de raconter une histoire à partir de chacune des 14 planches proposées est énoncée au début de la passation et, le cas échéant, rappelée en cours de passation afin de soutenir la production du sujet [...]. » (p. 122)

*Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte : Approches intégratives*ⁱⁱⁱ :

« La séance de restitution a un triple objectif qui sert à la fois les "intérêts" du psychologue et ceux du sujet évalué. »

« Du côté du psychologue [...] il s'agit de s'acquitter d'une obligation déontologique [...] et de valider ou d'infirmer, avec le sujet, les hypothèses cliniques objectivées au cours de la démarche interprétative. »

« Du côté du sujet, il s'agit de lui permettre de s'approprier, pour la mettre ensuite en discussion, une première grille de lecture de ses difficultés, grille qui pourra l'aider à réfléchir différemment à ses problèmes actuels. »

« Pour cette raison, la restitution des résultats représente un moment fondamental dans l'interaction avec le sujet. »

« Des études allant dans ce sens ont montré (Finn et Tonsanger, 1997) que la transmission au sujet des données des tests produit, dans une grande majorité des cas, des effets bénéfiques. En effet, cette rétrocession : permet d'augmenter l'estime de soi ; réduit le sentiment d'isolement ; augmente la motivation pour l'accès aux soins ; permet d'établir les bases d'une future alliance thérapeutique ; enfin, elle permet de définir avec le sujet des objectifs d'intervention psychologique. »

(p. 220, chapitre sur le *Rorschach*)

« À la lumière de ces éléments, la séance de restitution prend toute son importance et doit se préparer soigneusement préalablement à la rencontre avec le sujet. Il s'agit d'un travail long, qui peut durer plusieurs heures, tant il interpelle le psychologue au niveau de ses connaissances cliniques et au niveau de sa propre activité associative. »

« [...] pour atteindre les objectifs précédemment cités (et plus particulièrement la vérification des hypothèses cliniques et l'apport d'un savoir sur le sujet). »

(p. 221, chapitre sur le *Rorschach*)

« La séance de rétrocession se conçoit comme un moment de forte collaboration entre le psychologue et son patient [...]. » (p. 223, chapitre sur le *Rorschach*)

iii Dana Castro, *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte : Approches intégratives*, 3^e éd., Malakoff, Dunod (Les Outils du psychologue), 2016.

« De cette manière, le sujet est sensibilisé à l'idée qu'il est en son pouvoir de se "déciffrer" et de s'aider. Il est restauré, ainsi, dans sa dimension de sujet. »

« Enfin, avant de clore la séance de restitution, il expose au sujet ce qui sera transmis au demandeur de l'examen psychologique et note les commentaires du sujet à ce propos (Fischer, 1985, cité par Pope, 1992). » (p. 225, chapitre sur le *Rorschach*)

« Ne font partie du compte-rendu que les éléments réellement validés par la méthode de la convergence des signes ou par le sujet lui-même, lors de la séance de restitution. » (p. 228, chapitre sur le *Rorschach*)

« [...] des études ont montré que certains tests projectifs sont sensibles aux fluctuations de l'humeur, au stress, au manque de sommeil, etc. (McFarland, cité par Groth-Marnat, 1997). De ce fait, si ces variables altèrent la performance du sujet, la stabilité des dimensions objectivées acquiert un caractère improbable [...]. » (p. 257, chapitre sur le *TAT*)

(Voir également : Anne Anastasi, *Psychological Testing*, 4^e édition, New York/Londres, Macmillan/Collier Macmillan, 1976.)

« [...] le psychologue, en présentant la situation de test [...] comme une situation d'échange, où les résultats seront discutés et analysés ensemble [...] » (p. 260, chapitre sur le *TAT*)

« Pour toute épreuve psychologique, la restitution des résultats au sujet, est un moment clef du processus évaluatif. Dans cette interaction, les deux protagonistes doivent acquérir un savoir nouveau (le sujet sur lui-même et le psychologue sur le sujet) [...] Ils ont des attentes auxquelles il convient de répondre profitablement (le sujet espère être éclairé et rassuré sur son cas ; le psychologue souhaite confirmer ou infirmer ses hypothèses de travail). » (p. 322, chapitre sur le *TAT*)

« La restitution des résultats est un impératif déontologique qui marque non seulement le droit du sujet à l'information, mais qui vise à le faire participer activement aux projets ultérieurs le concernant. » (p. 322, chapitre sur le *TAT*)

« Ce faisant, [le psychologue] confère au sujet une position active et collaborative d'observation, d'introspection et de communication. » (p. 323, chapitre sur le *TAT*)

« Avant de clore la session de restitution, psychologue et sujet abordent ensemble la question de l'utilisation des résultats à l'intention des tiers. Le psychologue explique au sujet ce qu'il compte transmettre des résultats obtenus et de leur présente interaction, en invitant le sujet de réagir sur sa proposition. La session ainsi achevée, le sujet réfléchit aux possibilités thérapeutiques qui s'offrent à lui et le psychologue à la consistance de ses hypothèses de travail, puis... à la rédaction de son compte rendu *TAT*. » (p. 324, chapitre sur le *TAT*)

