

La psychiatrie de secteur. Expérience et critique d'un usager

Je tiens à dire avant toute chose que ce texte n'est surtout pas un *procès* des psychiatres, du personnel soignant et des travailleurs sociaux qui tous les jours tente de soulager des millions de malades en France du poids de leur souffrance. Le problème général avec lequel ils sont aux prises est un véritable nœud de vipères, et tous ne peuvent faire que, précisément, « ce qu'ils peuvent », à savoir qu'ils ne peuvent outrepasser les limites de leurs fonctions, résoudre l'insoluble, guérir l'inguérissable. Il s'agit bien d'une critique au sens plein du terme, basé sur une expérience de sept ans d'usager en psychiatrie. Cette expérience est nécessairement éminemment personnelle et locale (la ville de Caen) : aussi m'abstiendrai-je autant que possible de formuler des généralisations dans un domaine où, plus que dans tout autre, chaque cas est particulier.

Je dois dans un premier temps évoquer l'émergence de ma maladie, ses circonstances « conjoncturelles » pour m'efforcer dans un second temps d'évoquer ses causes probables plus profondes. Tout a commencé par ce que je nomme, en hommage au romancier Jean-Philippe Toussaint, une « réticence ». Réticence inexplicée à sortir de chez moi lorsque je me battais pour arriver au bout de mon mémoire de maîtrise d'histoire de l'art contemporain à Tours, à rencontrer des gens, et de manière générale à *agir*. Cette réticence, qui me paraissait d'abord bénigne, est montée en puissance jusqu'à résulter à une véritable phobie sociale. Je vivais alors cloîtré chez moi, n'allant que de temps en temps faire des courses alimentaires, au pas de course et au prix de grands efforts. Plusieurs facteurs ont joués un rôle déterminant à ce moment-là : d'abord le discours anxiogène, omniprésent dans les médias, sur l'*insécurité*. Très vite, je me trouvai dans la situation tout à fait irrationnelle de guetter à chaque instant à la radio, à la télévision et sur Internet les signes d'une véritable guerre civile s'originant dans les « frictions communautaires » dont on parlait tant. J'écris « irrationnelle » car lors de mon retour à Caen, j'ai séjourné pendant plus d'un an chez ma mère dans un quartier périphérique réputé « à risques », et force m'a été de constater que la vie s'y déroulait paisiblement, qui plus est dans une atmosphère de grande solidarité, et qu'il y avait-là sans doute plus d'imagination, de volonté, d'avenir et de forces vives parmi la population jeune que chez les étudiants et autres « bobos » du centre-ville. Nos « quartiers » sont véritablement les laboratoires de la cité et de la citoyenneté de demain. Durant cette période, et même si je

sortais peu, il ne m'est jamais rien arrivé, et ce séjour a énormément compté dans ma lutte contre la phobie sociale. Mon anxiété exacerbée a ensuite provoqué des attaques de panique graves. Le médecin généraliste qui vint chez moi après la première d'entre elles, sourd aux sensations de mort imminente, de décorporation et de déréalisation que j'avais éprouvées, conclut à un malaise vagal et ne me prescrivit qu'un anxiolytique mineur. Second facteur : à l'issue de mon année de maîtrise, qui m'a certes valu les honneurs (mention « très bien ») mais s'avéra psychologiquement exténuante, beaucoup des gens que je fréquentais, généralement des camarades d'amphi, ont déserté Tours pour s'installer à Paris. Mon isolement n'en fut que plus grand. J'étais absolument coincé : hors de question de sortir sans redouter une nouvelle attaque, de prendre les transports en commun, le train ; pendant ce temps, mes parents, ma mère en particulier, s' alarmaient au téléphone sans savoir que faire. Il a fallu, alors que j'étais véritablement à bout, que l'un de mes meilleurs amis, Ugo T., vienne me chercher en voiture de Caen, en pleine nuit. Dieu sait ce qui serait advenu sans son intervention. S'agissant des causes plus profondes, il est évident dans mon cas qu'elles sont familiales. Séparation précoce et pour le moins tumultueuse de mes parents, alcoolisme et violence paternelle... De fait, j'ai vite été intimement convaincu que la voie de la guérison était la thérapie systémique familiale, tant j'avais l'impression d'avoir été le « fusible », l'élément le plus faible d'une famille dysfonctionnelle. Outre le fait que cette requête laissait mon psychiatre tout à fait perplexe, le seul thérapeute compétent pour mener ce type d'expérience au Centre Hospitalier Spécialisé Bon-Sauveur de Caen n'exerçait plus, et n'avait pas été remplacé. Elle aurait été possible au Centre Esquirol du CHU de Caen, mais habitant Caen sud, je ne dépendais pas du bon secteur.

Alors a commencé mon (long) chemin vers le diagnostic juste et le traitement adapté. Premier constat : les termes d'« attaque de panique » (« *panic attack* »), de « déréalisation » (« *Derealization Syndrom* ») et de « décorporation » (« *Out of body Syndrom* »), d'usage tout à fait courant aux États-Unis où les phénomènes qu'ils désignent sont étudiés avec le plus grand sérieux, sont mal compris, voire carrément réfutés en France — en tout cas par le premier psychiatre, proche de la retraite, auquel j'ai eu à faire. Difficile dans ces conditions d'exprimer ce que la psychiatrie nomme le *ressenti* : l'ensemble des sensations malaisantes, des symptômes de ce que le psychiatre est chargé de nommer. Car même si la psychiatrie est une science jeune et que son lexique est pour le moins mouvant et incertain, il est à mon avis primordial que le patient puisse nommer ce dont il est atteint. Or pendant près de quatre ans, ce premier psychiatre, puis un deuxième tout aussi « *old school* », sont restés sur ce point très

flous ; pendant toutes ces années je me contentai du terme de « trouble panique ». Comme l'a écrit Michel Foucault à propos du prisonnier dans *Surveiller et punir* (1975), j'ai été « objet d'une information » et non « sujet d'une communication », souffrant d'un déficit d'écoute flagrant. Mes quelques séances avec une psychologue, à ma demande, ont été très insatisfaisantes : en dehors de très protocolaires tests de personnalité, point de salut. Pire : alors que je n'étais pas tout à fait débarrassé de mes phobies, elle me signifia que c'était le lot de tout un chacun et qu'il fallait faire avec. En désespoir de cause, je cherchai dans le privé un comportementaliste. Anecdote : en tapant sur Google les mots-clés « comportementaliste Caen », j'obtenu certes l'adresse d'un psychothérapeute, mais... pour chien ! Poussant ma recherche, je tombais sur le cabinet du célèbre Didier Pleux, directeur de l'Institut français de thérapie cognitive, contributeur majeur de la mise à mort symbolique de l'École freudienne en France par le fameux *Livre noir de la psychanalyse* (2005). Coût non remboursable de la séance hebdomadaire de quarante-cinq minutes avec l'un des arpètes de Sieur Pleux : 90€. Je renonçai à la thérapie comportementale, le temps fit son œuvre et mes phobies se résorbèrent d'elles-mêmes. Sur le plan psychiatrique, les consultations suivaient systématiquement un schéma unique : bonjour, comment allez-vous, renouvellement de l'ordonnance, prise de rendez-vous, au revoir. Mais comment un psychiatre ou un psychologue, qui voit des dizaines de malades par jour, pourrait-il supporter d'à chaque fois *compatir* (*cum patior*, « pâtir avec ») et d'investir trop d'affect ? Il a fallu l'arrivée d'une psychiatre plus jeune, Flore C., aux connaissances sans doute plus « *up to date* » pour que me soit révélé mon véritable diagnostic : schizophrénie hébéphrénique. Ainsi nommée d'après le nom de la déesse de la jeunesse Hébé car ses signes se manifestent précocement, cette forme de schizophrénie n'implique pas de délire paranoïde (les symptômes comme l'hallucination visuelle et auditive y sont également très rares), mais des troubles comportementaux comme le retrait autistique, la difficulté à « dealer » avec les tâches quotidiennes. Enfin je me reconnaissais, je reconnaissais l'enfant que j'avais été, tout concordait. Je relus alors Deleuze et Guattari, Wolfson, David Cooper, au point de m'enorgueillir de mon état, de voir le « schizo » comme héroïque et révolutionnaire par la grande question qu'il semble poser à la société toute entière : pourquoi *cette* réalité plutôt qu'une autre ? Je tempérâi mon enthousiasme en considérant que certes Cooper et Laing avaient connu des victoires dans les expériences menées au *Pavillon 21*, où on laissait des schizos se « purger » de leur mal sans médication, dans un mouvement de croyance quasi magique, mais que ces victoires furent trop rares pour permettre aux deux pères de l'antipsychiatrie de pousser leurs expériences et de généraliser leurs méthodes. Face à une constellation hyper complexe de troubles constituant le tableau

symptomatologique *des* — et non *de la* — schizophrénies, le neuroleptique, la confiance en le traitement et en celui qui le prescrit reste le moyen le plus sûr de s'équilibrer, à défaut de se soigner définitivement. Cependant, je ne perds pas de vue qu'en matière de schizophrénie la rémission est une réalité : d'après l'Association Mondiale de la Schizophrénie et des Maladies Apparentées (Toronto), 25% des schizophrènes guérissent après en moyenne dix ans de traitement. J'ai rencontré d'anciens malades guéris à la faveur d'un bouleversement de leur existence, d'un changement radical de contexte : Romuald F., qui avait la très troublante sensation de ne pas être l'auteur de son discours oral, après deux psychanalyses abandonnées, vit ce symptôme complètement disparaître lors de son installation à Paris où il s'investit dans la musique expérimentale ; Thomas F., dont le psychiatre était certain qu'il deviendrait schizophrène, jette un jour ses médicaments par-dessus les moulins et guérit grâce à sa passion pour le théâtre, et devient qui plus est metteur en scène. En ce qui me concerne, mon traitement (Solian 100 mg (antipsychotique), un matin et soir ; Deroxat 10 mg (antidépresseur ciblé « trouble panique » et agoraphobie), deux le matin (dose maximale) ; Lysanxia 10 mg (anxiolytique), deux matin et soir) n'a pas évolué en sept ans. Comment savoir si je suis guéri ? Le fameux « effet rebond », par lequel une interruption trop brusque du traitement voit les symptômes qui ont justifié sa mise en route revenir en force, rend délicate la possibilité d'interrompre la médication pour constater quel est mon état « normal ». Mon expérience de l'internement m'a appris qu'une large partie des malades en séjour court dans les hôpitaux psychiatriques le sont précisément parce qu'ils ont cessés de prendre leurs médicaments. Ainsi, le médicament est *pharmakon*, à la fois remède et poison. Faute de guérison, que propose la psychiatrie de secteur aux malades, à Caen sud ? Le Centre Médico-Psychologique (CMP de la rue de Falaise) : s'y déroulent des consultations, et des rendez-vous avec des infirmiers psychiatriques, pour « vider son sac » : j'ai eu l'expérience d'entrevues avec des infirmières sous formées, habituées à un public d'« individus moyens » et décontenancées par les patients de mon niveau intellectuel, ayant une réflexion sur leur propre pathologie et ayant une meilleure connaissance de l'histoire de la psychiatrie qu'elles. À côté du CMP, le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Très concrètement : un jeu de Scrabble auquel personne ne joue, une cafetière électrique, et le spectacle affligeant de malades faisant acte de présence en fumant compulsivement leurs clopes. Des sorties, des activités sportives sont proposées : en somme, on nous propose de nous « ostraciser en groupe ». J'ai la chance d'avoir une activité passionnante (critique d'art) qui me tient en éveil, me stimule intellectuellement et m'amène à rencontrer des gens passionnants, et qui me permet de vivre en me passant de ces structures. Tel n'est malheureusement pas le cas d'une

majorité de malades, au niveau scolaire très souvent faible et parfois empêtrés dans des problèmes directement liés à leur situation : alcoolisme, toxicomanie, le tabagisme (dont je souffre moi-même) apparaissant comme un moindre mal. Par ailleurs l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), dont je bénéficie, est perverse : pour ceux qui comme moi seraient en capacité de travailler, elle constitue une somme suffisante pour se dire : « à quoi bon ? », l'alternative étant d'accomplir des tâches aliénantes dans un CAT (Centre d'Adaptation par le Travail), là encore un environnement « protégé » qui n'incite pas les malades à se confronter au « monde ». Les plus chanceux, bénéficiant pleinement de leurs capacités intellectuelles, peuvent occuper des postes aménagés dans la fonction publique.

On le voit : c'est la société dans son ensemble que la maladie mentale et la psychiatrie de secteur questionnent aujourd'hui. Non seulement la santé, mais aussi l'éducation, la justice (combien de malades pas ou mal soignés dans les prisons ?), et le grave déficit d'information sur les maladies mentales, sur les schizophrénies en particulier, qui sont parfois difficilement détectables ; la ville et les politiques d'aménagement urbain (pas question avec la seule AAH de se loger en centre-ville).