



## Projet de soins, projet de vie La clinique psychiatrique en question

Julien Fousson <sup>1</sup>

*« La psychiatrie se différencie de la plupart des autres disciplines médicales en ce qu'elle étend son autorité à la plupart des aspects de la vie des patients, y compris où ils habitent, qui ils fréquentent, ce qu'ils mangent, quand ils se lavent, et ce qu'ils font de leur temps. »*

Larry Davidson

La psychiatrie a ceci de particulier qu'elle confère au médecin le pouvoir de contraindre le malade aux soins c'est-à-dire, lorsque la clinique l'exige, de suspendre son projet de vie pour y substituer, le plus souvent momentanément, un projet de soins. Cependant, même en dehors de ces situations de contrainte la différence entre projet de soins et projet de vie n'est pas toujours très claire dans la pratique psychiatrique. En effet, la pathologie mentale, lorsqu'elle s'accompagne de symptômes déficitaires, handicape le patient dans l'élaboration et la réalisation d'un projet de vie adapté. De plus, le cadre de vie peut conditionner le déroulement des soins, voire se révéler thérapeutique en soi. Les soignants ont donc tendance à intégrer dans le projet de soins des éléments qui devraient a priori relever du seul projet de vie. Mais jusqu'où, pour reprendre l'expression de Davidson, l'autorité de la psychiatrie peut-elle s'étendre ? A quel moment bascule-t-elle de l'avis donné au nom d'une expertise en santé mentale (de l'autorité-expertise) à une forme plus contraignante (l'autorité-autoritaire) ? Et, plus fondamentalement, est-il possible d'avoir une expertise sur la santé mentale d'une personne sans s'ériger en juge de la personne elle-même ?

Ces questions éthiques surgissent régulièrement dans la pratique courante. C'est qu'elles touchent, par-delà le simple problème de la mise en œuvre des soins, à la spécificité de la clinique psychiatrique.

---

<sup>1</sup> Praticien Hospitalier, secteur 78G11, Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, Plaisir (78).

## **Clinique « objective » et consentement aux soins**

---

En médecine, la clinique désigne la méthode par laquelle le soignant observe les manifestations de la maladie avant d'engager une thérapeutique. Cette observation, précise-t-on souvent en référence à l'étymologie du mot (*klinein* = « être couché »), se déroule au lit du malade – et de fait le médecin a le plus souvent affaire à une personne alitée, que ce soit chez elle, à l'hôpital ou, plus transitoirement, sur une table d'examen.

On peut aborder la clinique psychiatrique de la même manière, comme un temps d'observation pendant lequel le soignant relève les symptômes qui lui permettent d'établir un diagnostic. Les soins se déroulent dans un second temps, celui de la thérapeutique. C'est au début de cette deuxième phase que les problèmes éthiques se posent le plus souvent au praticien, autour de ce que l'éthique médicale nomme le consentement aux soins.

En effet, pour consentir aux soins, il faut reconnaître ses troubles ; or, le déni des troubles est considéré comme l'un des symptômes clés des pathologies psychiatriques les plus graves.

De plus, ces pathologies s'accompagnent souvent de troubles cognitifs qui perturbent la compréhension que peut avoir le patient des soins proposés.

Enfin, le malade s'oppose parfois aux soins à cause d'un projet que la pathologie motive au moins pour partie : par exemple, les « grands travaux » qui empêchent tel patient d'honorer ses consultations trahissent en fait un début de rechute maniaque, tandis que les « recherches internet » qui empêchent tel autre de se rendre à l'hôpital de jour portent la marque du repli autistique.

La question éthique du consentement aux soins renvoie donc en psychiatrie à des aspects cliniques fondamentaux comme le déni des troubles, les déficits cognitifs et les troubles du comportement. Aussi est-il important que le soignant tienne compte de ces différents aspects lors de la négociation avec le patient du projet de soins.

Sur un plan éthique, il y a cependant peu à dire du temps d'observation clinique lui-même. Tout au plus peut-on attirer l'attention du soignant sur le fait qu'il recoure inévitablement à son propre système de valeurs et de représentations pour évaluer l'impact de la maladie sur le projet de vie du patient. Aussi risque-t-il de juger pathologiques des croyances ou convictions qui relèvent en fait de systèmes culturels (sociaux ou familiaux) qui lui sont étrangers. Prudence et tolérance – voilà à quoi semble se résumer la réflexion éthique sur la clinique psychiatrique proprement dite quand on la pense, ainsi que nous venons de le faire, comme le premier temps, neutre et objectif, de la démarche médicale.

## **Spécificités de la clinique psychiatrique**

---

Cette conception technique de la clinique, appelons-la « clinique objective », est partagée par de nombreux praticiens, certains jugeant même qu'elle seule garantit une pratique scientifique, c'est-à-dire rigoureuse dans sa démarche et reproductible dans ses conclusions. Elle peut cependant être contestée sur plusieurs points.

### **La part de la subjectivité**

Tout d'abord, la méthode clinique ainsi conçue vise à minimiser (et dans l'absolu, à faire disparaître) la part de la subjectivité. D'une part celle du médecin : tous les médecins qui observent un patient donné doivent parvenir à la même conclusion,

indépendamment de leur propre personnalité. D'autre part, celle du patient : les symptômes dits subjectifs, c'est-à-dire rapportés par le patient, sont considérés comme peu fiables par rapport aux symptômes « objectifs » observés par le praticien au cours de son examen – et moins encore en comparaison des résultats produits par la biologie et l'imagerie. Dans l'idéal, le soignant devrait pouvoir s'en passer pour fonder son diagnostic.

Or, en psychiatrie, la plupart des symptômes recueillis en cours d'entretien sont subjectifs. Ce sont des états d'âme, des ressentis, des émotions, des théories plus ou moins rationnelles rapportés par le patient en un discours. Bien sûr, le clinicien expérimenté saura recueillir directement des indices plus objectifs de l'état du malade, à travers son comportement, sa façon de s'exprimer ou l'enchaînement de ses propos. Mais c'est, en dernier lieu, l'état psychique, c'est-à-dire la subjectivité et ses errements, qu'il s'agit d'évaluer : une démarche rigoureuse doit donc prendre en compte, d'une manière ou d'une autre, l'évaluation que la subjectivité peut faire d'elle-même.

Par ailleurs, le souci de rejeter tout ce que le soignant peut ressentir à titre personnel au contact du patient écarte de l'analyse clinique des éléments qui peuvent se révéler très utiles sur un plan thérapeutique (cf. le contre-transfert des psychanalystes ou la résonance des systémiciens).

### **La part de la lutte**

La deuxième objection que l'on peut opposer à cette vision de la clinique tient à ce qu'elle considère généralement le symptôme comme une perturbation que subit le patient. Pourtant, même en médecine somatique, cela n'est vrai qu'au prix d'une certaine réduction : lors d'une infection bactérienne par exemple, la fièvre signe tout autant l'agression de l'organisme que la réaction que celui-ci déclenche pour lutter contre elle. Néanmoins, les moyens employés par le médecin pour s'opposer à la bactérie (en l'occurrence, les antibiotiques) agissent indépendamment de la lutte déjà engagée par l'organisme. Le fait de réduire la fièvre à sa seule dimension pathologique ne porte donc pas à conséquence.

En psychiatrie en revanche, effectuer d'emblée une telle réduction conduit à sous-estimer ce que la personne fait pour lutter contre ses difficultés et peut se révéler contre-productif sur un plan thérapeutique. Ainsi, par exemple, considérer le retrait social d'un patient schizophrène sous le seul angle de la pathologie (repli autistique) empêche de l'envisager comme une stratégie par laquelle la personne cherche à se protéger des relations humaines qu'il vit trop intensément. En cherchant à corriger ce symptôme (le repli autistique) par le projet de soins qui lui est *a priori* approprié (l'augmentation des temps en collectivité), le soignant va alors accentuer les difficultés du patient – et gageons le, son « opposition aux soins ».

### **La part du savoir personnel**

Enfin, la clinique « objective » repose sur l'idée qu'il existe un savoir clinique général, extérieur à la fois au soignant et au patient, dans lequel le premier va puiser pour dégager un savoir particulier sur le second. Le patient accepte tacitement de reconnaître le savoir résultant de cette opération comme supérieur à son propre savoir personnel. Ainsi, une personne allant consulter aux urgences suite à l'apparition d'un mal-être brutal avec pour hypothèse qu'il s'agit d'une intoxication alimentaire abandonne cette idée pour se ranger à l'avis du médecin lorsque celui-ci, après avoir réalisé un électrocardiogramme, diagnostique un infarctus du myocarde.

Un tel savoir existe en psychiatrie comme dans le reste de la médecine, constituant l'héritage de deux siècles d'observation et de réflexion ; cependant, il y est moins assuré comme en témoignent les débats cherchant à instaurer une nosographie internationale unifiée. Certes, la confiance en ce savoir général représente une motivation importante pour le patient et donc un puissant facteur de changement. Néanmoins, la connaissance extérieure qu'il offre au soignant sur le patient constitue un levier thérapeutique bien moins efficace que le savoir que le malade, mis en mouvement par la relation thérapeutique, peut obtenir sur lui-même.

Au vu de ces objections, la clinique « objective » apparaît bien peu adaptée à l'objet de la psychiatrie : cherchant à évincer la part subjective qui en constitue pourtant l'essence, ignorant les efforts du patient pour lutter contre les manifestations morbides et n'accordant aucune place au savoir personnel, cette approche paraît devoir être réinterrogée depuis une perspective plus respectueuse des spécificités de la psychiatrie.

## **L'éthique au cœur de la clinique « relationnelle »**

---

Une telle perspective existe en psychiatrie, que nous pouvons désigner par l'appellation générale de « clinique relationnelle » même s'il ne s'agit pas vraiment d'un courant unifié mais plutôt du fondement commun à différentes écoles de pensée. Elle repose sur l'idée qu'il ne peut pas y avoir un temps objectif précédant la relation thérapeutique proprement dite ; dans cette conception, la relation de soin débute dès le premier contact. Deux conséquences en découlent : d'une part, ce que le soignant observe n'est pas un comportement dans l'absolu mais le comportement de quelqu'un avec qui il est en interaction, l'observation porte donc sur une relation (entre le patient et le praticien) ; d'autre part, l'exploration clinique participe de l'action thérapeutique, c'est-à-dire que la manière avec laquelle le soignant conduit l'entretien peut influencer les troubles au même titre que ses autres interventions plus explicitement thérapeutiques.

Selon cette approche, la symptomatologie n'est pas une réalité existant en soi mais un fait relationnel qui s'inscrit dans un contexte à chaque fois singulier : la relation entre le soignant et le patient bien sûr, mais aussi le contexte plus global qui influence cette relation, depuis les circonstances dans laquelle elle se déroule jusqu'aux représentations de la folie et de la psychiatrie qui parcourent la société. De même, la manière avec laquelle le soignant porte son attention sur tel ou tel aspect du patient devient un élément de la relation avec lui que détermine également le contexte – comme l'humeur du soignant ce jour-là, son histoire personnelle (en ce qu'elle entre en résonance avec celle du patient) ou encore ses convictions théoriques.

Cette deuxième conception de la clinique, qui compte elle aussi de nombreux partisans, se démarque de la première en soutenant qu'en psychiatrie, contrairement aux autres disciplines médicales, la clinique n'a pas affaire à un malade alité mais à un homme debout – et même, faudrait-il ajouter, à un homme en mouvement, qui avance selon son projet de vie. Le soignant ne s'y donne pas pour but de mettre en évidence un objet (la maladie), mais d'entrer en relation avec un sujet (celui que touche la maladie). Dès lors, son principal enjeu n'est pas technique, mais éthique.

En effet, il s'agit alors d'apprécier à quel point les manifestations pathologiques entravent le patient dans son projet de vie sans pouvoir les distinguer *a priori* du reste de la personnalité : l'évaluation clinique les révèle en tant que telles dans et à travers la relation thérapeutique, à la fois en ce qu'elles réduisent la marge de

manœuvre du patient au moment de la rencontre et en ce qu'elles paraissent compromettre ses choix futurs. Autrement dit, les « symptômes » doivent être initialement considérés, au même titre que les autres particularités du patient, dans la globalité de son expérience subjective singulière, c'est-à-dire comme des manifestations de son projet personnel. A ce titre, ils représentent des choix que la personne fait dans son souci de mener sa vie comme elle estime qu'elle doit être menée – dans son souci éthique. Ce n'est qu'au fil de la relation que soignant et patient peuvent dégager les éléments véritablement problématiques et sur lesquels le professionnel peut alors proposer une aide technique.

## **La clinique « objective » comme contexte théorique**

---

Lors de l'observation clinique, les troubles ne peuvent donc être séparés de la personne chez qui ils surgissent – la personne étant entendue au sens d'actrice de sa vie, c'est-à-dire de sujet éthique. C'est cette impossibilité de dissocier les troubles de l'être troublé qui paraît distinguer, en dernier recours, la psychiatrie des autres spécialités médicales et explique que cette discipline réclame une approche clinique spécifique dont la relation intersubjective, et donc l'éthique, constituent le principal fil conducteur.

Ce constat ne remet pas en cause la légitimité de la clinique « objective » ; cependant, il en relativise la portée en révélant combien cette approche est condamnée, structurellement, à demeurer en deçà de son objet : la folie, aventure humaine par excellence, ne peut être dissociée du sujet de la folie.

Plus encore, ces réflexions réinterrogent le type de relation qu'induit la clinique « objective ».

D'une part, comme observation qui se voudrait neutre, celle-ci crée un contexte dans lequel le patient est évalué sur ce qu'il pense, ce qu'il fait, ce qu'il dit – contexte propice à se sentir jugé et où, en même temps, toute réaction défensive peut être interprétée comme symptomatique.

D'autre part, cette perspective constitue, souvent à l'insu du soignant qui s'y réfère, une grille interprétative qui, elle non plus, n'est pas dénuée d'effets sur la relation.

Par exemple, la notion de « déni des troubles » présuppose qu'il existe des troubles (ceux que constate le clinicien) et que le patient ne les perçoit pas : on le dit « dans » le déni comme on dirait qu'il est dans l'erreur. A l'opposé, la conception de l'hallucination comme « perception sans objet » veut que le patient perçoive quelque chose qui n'existe pas (puisque le clinicien ne le perçoit pas). Dans les deux cas cependant, la relation soignant-soigné prend place dans une réalité extérieure aux protagonistes où existent des objets (les troubles), ou pas (les voix hallucinées) – le soignant ayant autorité pour déterminer ce qui compose cette réalité extérieure. Pourtant, l'hallucination est porteuse d'une signification bien réelle, et le patient est souvent bien plus préoccupé par cette signification à déchiffrer que par le caractère sensoriel ou non de son support. Pourtant, les troubles existent uniquement parce que le soignant est là pour les décrire en tant que tels, et le patient lui dénierait d'autant plus ce droit que cette description psychiatrique s'avèrerait éloignée de ce qu'il vit et qu'elle lui renverrait une image négative de ce qu'il est.

On pourrait soumettre au même examen critique l'ensemble des symptômes répertoriés dans les manuels psychiatriques ; bien peu répondraient à la double exigence de se rapprocher de l'expérience réellement vécue par le patient tout en

s'inscrivant dans un tableau clinique qui ne postule pas, plus ou moins implicitement, l'incapacité du sujet à mener sa propre vie.

Ainsi, l'approche sémiologique, en décrivant généralement la pathologie mentale sous l'angle de l'erreur et du déficit, constitue un contexte théorique défavorable à la relation thérapeutique, et donc au projet de soins qu'elle cherche pourtant à orienter.

## **Conclusion**

---

En psychiatrie, la notion de consentement aux soins se révèle problématique en ce qu'elle s'inscrit dans cette conception de la clinique, la clinique « objective », qui place d'emblée la relation thérapeutique sous le signe de l'asymétrie. Nous avons vu que le soignant s'y trouve en position haute du fait de son savoir, mais surtout parce que, ayant le dernier mot à la fois sur la réalité et sur la manière dont il convient de s'y adapter, il est le seul véritable sujet éthique de la relation. Face à lui, le patient se trouve d'emblée en position basse car il est conçu comme handicapé, du fait de ses troubles, aussi bien dans la réalisation de son projet de vie que dans sa capacité à adhérer au projet de soins. Dans un tel contexte, la seule option qu'il lui reste n'est-elle pas, sous peine de passer pour encore plus déraisonnable qu'il ne le paraît déjà, de consentir aux soins proposés ? Mais s'agit-il alors encore de consentement ? De fait cette clinique « objective », à qui la pratique de l'expertise psychiatrique a conféré ses lettres de noblesse, conserve toute sa pertinence lorsque se pose la question de la contrainte aux soins (justement nommés soins sans consentement). En revanche, en dehors de ces situations, l'asymétrie relationnelle qu'elle implique constitue un bien mauvais préalable à l'action thérapeutique censée s'ensuivre.

Dans la pratique psychiatrique quotidienne, le soignant doit donc régulièrement recourir à une autre clinique. Celle-ci peut être qualifiée de « relationnelle » en ce que qu'elle considère les éléments observés comme faits relationnels et l'évaluation clinique comme indissociable de la relation thérapeutique. Nous avons cherché à montrer combien, dans cette perspective, l'éthique se révèle d'emblée fondamentale. En effet, aucun savoir théorique ne garantissant a priori le caractère pathologique des manifestations qu'il constate, le soignant doit explorer ce que vit le patient en postulant que ce dernier est pleinement acteur de sa vie – qu'il est, jusque dans ses errements, un sujet éthique à part entière.

## Bibliographie

---

- Badiou A. (2003) :** *L'éthique. Essai sur la conscience du mal*, Caen, Nous
- Castel R. (1977) :** *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Éditions de Minuit
- Davidson L. (2003) :** *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*, New York, New York University Press
- Fousson J. (2004) :** *Ethique relationnelle : approche phénoménologique de la situation clinique en psychiatrie*, Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de médecine Xavier Bichat, Université de Paris VII (disponible sur internet : <http://www.chameaupsy.com/documents-d-archives/memoires-et-theses/158-ethique-relationnelle>)
- Grivois H. (2007) :** *Parler avec les fous*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond
- Israël L. (1984) :** *Initiation à la psychiatrie*, Paris, Masson (Médecine et Psychothérapie)
- Lantéri-Laura G. (1998) :** *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Éditions du temps
- Lévinas E. (1961) :** *Totalité et infini*, Le Livre de Poche (Biblio-essais), Paris, 1971
- Swain G. (1977) :** *Le sujet de la folie*, Paris, Calmann-Lévy, 1997
- Tatossian A. (1997) :** *Psychiatrie phénoménologique*, Acanthe Lundbeck, Paris
- Zeltner L, Depraz N., Mauriac F. (2006) :** Multiplicité relationnelle et rapport inter-individuel. Pour une pratique phénoménologique de l'antinomie en psychiatrie et en psychanalyse, *Alter*, 14, 219-243



Cet article est une exclusivité du *Chameau psychiatrique*. Pour le citer :  
Fousson J. (2014) : Projet de soins, projet de vie : la clinique en question, *Le chameau psychiatrique*, [www.chameaupsy.com/articles-originaux/198-jf-2014](http://www.chameaupsy.com/articles-originaux/198-jf-2014)