



HAL
open science

Subjectivité et psychiatrie : travailler les points de vue dans l'intervention thérapeutique

Livia Velpry

► **To cite this version:**

Livia Velpry. Subjectivité et psychiatrie : travailler les points de vue dans l'intervention thérapeutique. Doron C.-O.; Lefève C.; Masquelet A.-C. Soins et subjectivité. Les cahiers du Centre Georges Canguilhem n°4, PUF, pp.115-133, 2010. halshs-00908247

HAL Id: halshs-00908247

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00908247>

Submitted on 22 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Subjectivité et psychiatrie : travailler les points de vue dans l'intervention thérapeutique

Livia Velpy, CESAMES (Cnrs-Inserm-ParisDescartes) / Université Paris8

Paru dans Doron C.-O., Lefève C., Masquelet A.-C., *Soin et subjectivité. Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem n°4*, PUF, 2011

« L'expérience semble être devenue un élément essentiel de la pensée académique contemporaine ; tenter d'écrire à propos d'êtres humains sans en référer à l'expérience, c'est comme essayer de penser l'impensable »¹ (Desjarlais, 1994, 886).

Parler de l'expérience subjective apparaît aujourd'hui incontournable pour un anthropologue contemporain, comme le souligne Robert Desjarlais dans la citation en exergue. Il s'agit d'un mouvement général² qui s'incarne de façon notable en médecine³ mais aussi dans les sciences sociales qui l'étudient⁴. L'intérêt pour le sens et l'expérience de la maladie chronique a par exemple alimenté différents courants de recherche depuis le milieu des années 1970⁵. On a également vu la parole du patient devenir centrale dans certains travaux de sciences sociales étudiant le cours de la maladie, notamment avec le déplacement de l'attention de la maladie vers la souffrance et son étude dans divers contextes sociaux. La distinction entre les notions de *illness* et *disease*⁶ en est un des jalons importants, en permettant de parler de la maladie sans passer par le discours médical. Un nombre croissant de travaux ont accordé une place centrale à la narration dans l'étude de la maladie, ce qui est qualifié parfois de « tournant narratif »

¹ Desjarlais R., "Struggling along: the possibilities for experience among the homeless mentally ill", *American Anthropologist*, 1994, 96(4), p. 886

² Ehrenberg A., « Agir de soi-même » in *Esprit*, Juillet 2005, pp. 200-209

³ Lefève C., « La philosophie du soin » in *La Matière et l'esprit*, Avril 2006, 4, pp. 25-34 ; Dodier N., *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS, 2003

⁴ Velpy L., « Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave » in Joubert M, (éd.) *Santé mentale, ville et violences*. Paris, Erès, 2003, pp. 35-60

⁵ Pierret J., "The illness experience: state of knowledge and perspectives for research", *Sociology of health & illness*, 2003, 25, pp. 4-22

⁶ Eisenberg L., "Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness" in *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1977, 1, pp. 9-23 ; Kleinman A., "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems" in *Social Science and Medicine*, 12 : 2B, 1978, pp. 85-92. Les implications de l'usage de cette notion sont discutées dans Zemleni A., « Entre 'sickness' et 'illness' : de la socialisation à l'individualisation de la 'maladie' » in *Social Science and Medicine*, 1988, 27 (11), pp. 1171-1182

des sciences sociales⁷. Mais la prise en compte de l'expérience subjective, sous une forme ou sous une autre, s'impose à l'ensemble des acteurs, y compris ceux qui cherchent à améliorer la qualité des indicateurs dans une démarche d'objectivation. Dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, la dimension subjective a ainsi été incorporée aux outils standardisés d'évaluation ou de diagnostic⁸.

La place croissante faite à la subjectivité du patient en médecine et plus particulièrement dans la relation médicale a suscité l'attention des observateurs du domaine, dont les chercheurs en sciences sociales. Plusieurs travaux d'anthropologie et de sociologie, essentiellement d'origine anglo-saxonne, soulignent le caractère historique de la notion d'expérience subjective du patient⁹, en psychiatrie et plus largement en médecine. Ces auteurs ont insisté sur le processus de construction sociale et historique dont elle est le produit, ce qui la rend plus ou moins prégnante dans différents contextes nationaux¹⁰, y compris lorsqu'on ne considère que les pays occidentaux. La place accordée à l'expérience du patient a pu être analysée comme un nouveau code de perception du regard médical, apparu au 20^{ème} siècle¹¹, qui succède à l'avènement du regard clinique identifié par Foucault¹², marqué par le désintérêt ou le scepticisme à l'égard du discours des patients.

La prise en compte de la subjectivité du patient, et plus largement des personnes, ayant ainsi peu à peu pris la forme d'un impératif social, on ne s'étonnera pas qu'elle soit portée par des acteurs aux postures éthiques et épistémologiques pour le moins variées. Elle peut en effet autant servir un souci humaniste ou une perspective en termes de lutte contre une domination sociale que s'inscrire dans une recherche de meilleure efficacité des procédures médicales. Peut-être en raison de cette diversité, le terme est

⁷ Mattingly C, Garro LC, (éd.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, Berkeley, University of California Press, 2000

⁸ Benamouzig D, Velpy L., « Usages sociaux des 'mesures de qualité de vie en santé'. Le cas de la maladie mentale », *Revue électronique de sociologie - Esprit critique*, 2001

⁹ Velpy, L., « Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave », *art. cit.*

¹⁰ Weinberg D., *Of others inside. Insanity, addiction and belonging in America*, Philadelphia, Temple University Press, 2005

¹¹ Armstrong D. "The patient's view", *Social science & medicine (1982)*, 1984, 18(9), pp. 737

¹² Foucault M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963

utilisé selon les domaines dans des acceptions qui paraissent renvoyer à des réalités assez différentes¹³ et qui ne sont pourtant pas toujours explicitées¹⁴. On peut dire que dans son acception de sens commun, la subjectivité ou l'expérience subjective du patient a deux caractéristiques. Elle existe et elle lui est propre, d'une part, et il est possible, pour la personne elle-même ou pour autrui, de l'identifier. Or l'accès à l'expérience subjective ainsi conçue peut se révéler moins direct et aisé qu'il ne semble. Anne Lovell a ainsi très finement montré, dans le cas de personnes ayant des troubles mentaux graves, la nécessité de mobiliser différents cadres de compréhension¹⁵ et l'intérêt de se déplacer par rapport à la lecture clinique pour saisir la subjectivité¹⁶. Je me propose ici de pénétrer dans un lieu de soins psychiatriques extra-hospitalier et d'y confronter la subjectivité du sens commun avec une autre forme de subjectivité, celle travaillée collectivement entre l'équipe et les patients.

Madame K. a la cinquantaine. Les soignants du centre de consultation psychiatrique où elle est suivie considèrent qu'elle est une « psychotique chronique stabilisée »¹⁷. Sous tutelle, elle gère sa vie quotidienne de façon indépendante. Elle vit depuis plusieurs années en appartement thérapeutique, c'est-à-dire qu'elle est locataire de l'association du secteur psychiatrique, dont une équipe l'encadre sur le plan matériel et moral¹⁸. Elle a récemment fait un héritage, ce qui lui donne les moyens financiers d'acheter son propre appartement. Le principe d'un séjour en appartement étant son caractère temporaire, les soignants abordent souvent le thème des projets de sortie lors des réunions du groupe des appartements. A chaque fois, Madame K. répète qu'elle veut acheter son propre appartement.

¹³ Velpry L., "The patient's view : issues of theory and practice.", *Culture, Medicine & Psychiatry*, 2008a, 32(2), pp. 238-58

¹⁴ Estroff S.E., " Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject", *Schizophrenia bulletin*, 1989, 15(2), p. 189

¹⁵ Lovell AM, "The city is my mother" : Narratives of schizophrenia and homelessness", *American Anthropologist*, 1997, 99(2), pp. 248, 355

¹⁶ Lovell AM, "Hoarders and Scrappers. Madness and the Social Person in the Interstices of the City" in Biehl J, Good BJ, Kleinman A, (eds.), *Subjectivity Ethnographic Investigations*. Berkeley, University of California Press, 2007, pp. 315-40

¹⁷ Ce terme, qui relève du langage commun à l'équipe, désigne un profil de patient défini par un mélange d'éléments de diagnostic, de caractéristiques du parcours de vie et du mode de vie au quotidien.

¹⁸ Pour une description plus détaillée, voir plus bas.

Pourtant, de leur côté, lorsqu'ils en discutent en réunion d'équipe, les soignants considèrent que Madame K., contrairement à ce qu'elle dit, ne souhaite pas « réellement » vivre seule, et qu'elle en a trop peur pour pouvoir y arriver.

Quel est le point de vue de Madame K ? Le point de vue de Madame K, tel qu'elle l'exprime à tous dans le groupe, est qu'elle désire acheter son propre appartement et y vivre. Dans tout autre contexte, cela ne susciterait aucune mise en doute. Dans le contexte psychiatrique, cependant, il existe une autre interprétation de ce que Madame K veut « vraiment », qui provient de l'interprétation des soignants. Soulignons qu'ici les soignants ne considèrent pas leur interprétation comme reflétant leur propre point de vue sur ce que Madame K veut faire. Ils la considèrent comme son « véritable » point de vue, qui serait non exprimé. Autrement dit, ils savent quelle est sa « véritable » opinion malgré ce qu'elle en dit. Cette substitution est évidemment rendue possible par la légitimité différentielle des deux paroles dans le contexte psychiatrique. Mais, de ce fait, on dispose de deux « points de vue » de Madame K, qui sont en compétition et, de plus, divergent : l'un est celui qu'elle énonce, tandis que l'autre a une légitimité dans un contexte donné, ainsi que des effets potentiels.

Dans le contexte psychiatrique, plus que dans d'autres domaines de la médecine en raison des symptômes propres à la maladie mentale, le point de vue du patient ne va pas de soi ; c'est une notion imbriquée dans un contexte relationnel et qui soulève la question de l'attribution à la personne d'une capacité à être rationnel¹⁹. Or ce qui est mis en question de façon spécifique ce statut d'interlocuteur valable, c'est l'atteinte à la subjectivité constitutive de la pathologie mentale²⁰. Dans la suite de cet article, j'analyse quand et comment la subjectivité du patient se constitue à travers les interactions, en m'appuyant sur l'exemple du suivi dans des appartements associatifs accueillant des personnes ayant des troubles mentaux graves. Emanant d'un centre médico-psychologique, lieu de suivi ambulatoire en psychiatrie, cette

¹⁹ Dans l'ensemble de ce texte, j'utilise ce terme dans son sens commun, où il désigne précisément le fait de ne pas être « fou », c'est-à-dire d'avoir des propos, idées, opinions et projets qui paraissent à un interlocuteur censés et adaptés. Pour plus de développements, voir Velprey, L., *L'expérience sociale de la maladie mentale. Etre un patient à long terme en psychiatrie de secteur*, Paris, Université Paris5-René Descartes, 2006

²⁰ Ehrenberg A, Lovell AM, (éd.), *La maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob, 2001

structure s'inscrit dans un objectif thérapeutique général d'autonomisation et de transformation du patient²¹. Dans cette conception, le développement de l'autonomie du patient est à la fois un résultat attendu de la prise en charge et un des cadres possibles pour structurer les relations entre patients et soignants. Or le développement d'une subjectivité « acceptable » est une des dimensions qui témoigne de l'autonomie ou de la capacité à être autonome. Il apparaît alors clairement que la subjectivité du patient ne peut être produite par le seul patient mais est une co-construction qui ne peut être comprise qu'en observant les interactions au cours desquelles patients et soignants négocient l'inscription dans un modèle thérapeutique donné. Ce modèle de prise en charge, que je détaille plus bas, constitue le contexte des pratiques psychiatriques.

Les éléments empiriques évoqués ici sont issus d'une enquête ethnographique réalisée dans les structures ambulatoires d'un secteur de psychiatrie adulte²². Ces observations ont porté sur différents groupes de patients et réunions de soignants et ont été complétées par des entretiens répétés avec des personnes ayant des troubles mentaux graves. Dans cet article, je me référerai uniquement aux données recueillies dans un groupe réunissant des soignants et les résidents en appartements associatifs²³. Les résidents, patients du secteur, vivent dans des appartements individuels ou partagés. Ils doivent tous assister à une réunion hebdomadaire animée par deux soignants, où sont abordés différents thèmes de la vie quotidienne sous forme d'une discussion informelle. Cette discussion, au cours de laquelle les patients apprennent à exprimer leurs sentiments et leurs opinions, constitue une occasion de travailler collectivement à la construction du point de vue des patients. L'interprétation de ce que les patients disent dans le groupe et la façon dont leur opinion est ensuite négociée, ont des conséquences sur leur statut dans l'interaction avec les soignants, et partant sur ce que ces derniers considèrent que les patients sont à même de pouvoir faire, obtenir

²¹ Velpry L., *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 2008b ; Eyraud, B., « Quelle autonomie pour les « incapables » majeurs ? Déshospitalisation psychiatrique et mise sous tutelle. », *Politix*, 2006, 19(73), pp. 109-135

²² Velpry, L., *L'expérience sociale de la maladie mentale. Etre un patient à long terme en psychiatrie de secteur*, op. cit.

²³ Le terme de résident désigne les patients habitant en appartement thérapeutique.

ou attendre. Soulignons que, dans ce texte, l'objet de n'est pas de montrer qu'à différentes orientations thérapeutiques correspondent des acceptions de la subjectivité spécifiques, mais plutôt de se pencher sur la façon dont ces points de vue se constituent en situation et influent sur les rapports avec les soignants.

Subjectivité et travail psychiatrique

Avec l'exemple de Madame K., on voit que si les soignants ne reconnaissent pas la validité de ce qu'elle exprime, ils disqualifieront ce qui pourrait apparaître comme son opinion. On est donc amené à s'interroger sur ce processus de qualification de la parole d'un patient et sur les enjeux de cette qualification.

Quand Monsieur O., résident des appartements, mentionne une souris qui lui rend souvent visite, cette souris est-elle réelle ? Quand Monsieur C., un autre résident, se plaint d'odeurs de cuisine chinoise qui pénètrent le matin dans son appartement, s'agit-il d'hallucinations olfactives ? Ces deux questions furent évoquées et discutées par les soignants lors de leur réunion bimensuelle. Pour les soignants, Monsieur O. comme Monsieur C. sont des résidents qui « délirent à bas bruit » en temps normal. Par ce terme, les soignants désignent des patients qui semblent « normaux » dans les conversations superficielles, mais qui se révèlent, lors d'échanges plus approfondis, avoir des pensées délirantes continues, plus ou moins présentes selon les périodes. Leur état délirant est donc considéré comme masqué par leur capacité à agir et à parler normalement. Lors de la réunion, l'infirmière rapportant les propos de Monsieur O. sur la souris précise qu'elle l'a trouvé « convaincant ». La psychologue ajoute alors que l'immeuble est vieux – ce qui rend la présence d'une souris plus plausible. Un autre infirmier mentionne plusieurs affirmations délirantes qu'a proférées Monsieur O. ces derniers temps. A propos des odeurs de cuisine chinoise dont Monsieur C. se plaint, plusieurs membres de l'équipe se rappellent de remarques à tendance raciste. La psychologue souligne également qu'il est étonnant que de telles odeurs surviennent le matin.

Finalement, suite à la mobilisation de ces éléments de contexte, les soignants estimèrent que la souris était réelle et les odeurs hallucinatoires. En conséquence, ils s'organisèrent pour équiper l'appartement de Monsieur O. de pièges à rats, tandis que Monsieur C. apparaissait désormais plus nettement encore comme « délirant à bas bruit ». Pourtant, au sens littéral, ces deux affirmations peuvent être définies comme des points de vue. Au-delà de la question de la réalité des faits évoqués, il faut souligner que dans ces situations, il n'y a aucun moyen de déterminer la véracité des affirmations sans information supplémentaire mais qu'il est pourtant nécessaire de porter un jugement sur leur validité.

Quand ce que dit un patient n'est pas considéré comme l'expression de son opinion subjective, deux interprétations alternatives sont possibles. Soit, comme pour Monsieur C., les soignants le considèrent comme une hallucination ou un délire. Soit, comme pour Madame K., ils le rangent dans les objectifs irréalistes et non réellement désirés. Dans les deux cas, on touche à une dimension essentielle du contexte psychiatrique : ce que dit un patient peut y être considéré comme une opinion ou comme un symptôme de la pathologie mentale. On oppose couramment, dans les contextes médicaux, la vision médicale ou savante à la vision profane. Ici, en fonction des circonstances, la vision profane des patients peut aussi être qualifiée de « délirante » ou « folle », ce qui la disqualifie et la discrédite en tant que vision acceptable. Ce qui importe ici, c'est de voir que dans la qualification d'un propos, c'est le statut du patient comme interlocuteur valable qui est en jeu et, par conséquent, les décisions que prendront les soignants. Au moins par moment, le patient en psychiatrie est considéré comme incapable d'avoir une parole qui puisse être reçue comme une opinion.

Avant d'examiner la façon dont ces interprétations s'inscrivent dans un modèle de prise en charge, il me faut décrire plus précisément les différentes catégories d'affirmations que peuvent faire les personnes et les types de patients qui leur correspondent dans le contexte psychiatrique.

Le patient comme sujet rationnel, tel qu'il se dessine dans les textes et plus largement dans le modèle de la relation médicale²⁴, apparaît parfois

²⁴ Dodier, N., op. cit.

dans les discussions entre soignants. C'est avec ce patient fictif qu'est passé le contrat d'admission en appartement thérapeutique. C'est également cette figure qui constitue l'objectif à atteindre pour le patient au terme du séjour en appartement thérapeutique. Avec un tel patient, les soignants « font faire », c'est-à-dire que leur intervention consiste à l'amener à adopter tel ou tel comportement ou opinion, par la persuasion ou l'incitation par exemple. Cependant, un patient tenant des propos délirants ou irréalistes, surtout si c'est de façon répétée, permet difficilement le maintien d'un tel cadre. Une autre figure est alors disponible, celle d'un patient délirant au point de ne plus être ni pensant ni raisonnable. Dans ce cas, l'intervention thérapeutique des soignants consiste à « faire pour » lui, en se substituant à lui. Dans le contexte psychiatrique, une telle figure n'est pas une anomalie mais bien une partie constitutive du modèle de prise en charge dont elle est d'une certaine manière le point de départ²⁵.

Entre ces deux figures, les patients et les professionnels interagissent dans le contexte psychiatrique. Un patient informant l'équipe qu'il y a une souris dans son appartement sera considéré, et traité, comme un interlocuteur valable, acteur rationnel, envers qui les soignants inscriront leurs comportements dans un registre de collaboration. Un patient décrivant ses hallucinations olfactives d'odeurs de cuisine chinoise pénétrant dans son appartement sera traité comme un interlocuteur dont il faut surveiller l'état et envers qui se préparer à intervenir, y compris sans sa participation.

Ces deux modes d'interaction entre patients et soignants qui se sont dégagés au cours de mes observations ne s'inscrivent pas strictement dans des modèles théoriques de prise en charge. Il s'agit plutôt de « concepts situés »²⁶, au sens où leur définition fait intervenir un savoir lui-même situé, développé par l'équipe au fil de sa pratique. Une telle approche qui ne cherche pas à associer les pratiques à des conceptions théoriques portées par les acteurs répond en partie à une nécessité empirique ; le lieu de soin étudié se caractérisait par des conceptions cliniques variées et hétérogènes, plus ou moins fermement revendiquées, qui n'étaient pas nécessairement

²⁵ Velpry, 2008b, *op. cit.*

²⁶ Floersch J. *Meds, money, and manners. The case management of mental illness*, New York, Columbia University Press, 2002

compatibles mais occasionnaient peu de confrontations et étaient peu mobilisées en tant que telles. Il s'agissait en quelque sorte d'un « savoir situé ». Mais la recherche des concepts situés répondait également à une hypothèse forte ; celle qu'il est possible de dégager des configurations d'interaction entre patients et soignants relativement stables dans les différents contextes psychiatriques. Si l'on peut en étudier les déclinaisons selon les orientations cliniques²⁷, celles-ci ne sont pas déterminantes pour ce qui nous intéresse ici. Ce parti-pris se voit confirmé lorsque l'on s'aperçoit que les deux « concepts situés » que définit Floersch dans son étude d'un programme de « case management » dans le Kansas sont très similaires à ceux observés dans ma recherche. D'un côté, les travailleurs sociaux « font avec » les usagers lorsqu'ils les considèrent à « haut niveau de fonctionnement ». De l'autre, ils « font pour » des usagers qui leur semblent « à bas niveau de fonctionnement ». Cette correspondance entre les observations est d'autant plus digne d'attention qu'elle s'inscrit dans deux contextes de prise en charge très éloignés du point de vue organisationnel comme des discours théoriques qui les portent²⁸. Elle amène à faire l'hypothèse d'une relative stabilité des « manières de faire du bien »²⁹ pour les soignants en psychiatrie.

Si l'on revient maintenant aux projets de logement de Madame K., la disqualification de ses propos a des conséquences certaines sur le comportement des soignants. Parce qu'ils considèrent que ce qu'elle dit n'est pas ce à quoi elle aspire vraiment, ils ne soutiennent pas ses efforts dans ce sens, ni n'intègrent ce projet dans l'ensemble de ce qui constitue son projet thérapeutique. La qualification comme « point de vue » de ce qu'un patient dit a des conséquences en termes de prise en charge.

Ainsi, le groupe des résidents est un lieu où les propos d'un patient peuvent être considérés comme un point de vue (une opinion), comme délirant ou comme irréaliste. Dans ce processus d'interprétation, les soignants font appel à une figure du patient spécifique (rationnel ou

²⁷ Jacqueline S., « Les politiques du patient en pratique. Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital », *Politix*, 2006, 19(73), pp. 83-108

²⁸ Velpry, L., *L'expérience sociale de la maladie mentale. Etre un patient à long terme en psychiatrie de secteur*, op. cit.

²⁹ Pols J., "Enforcing patient rights, or improving care? The interference of two modes of doing good in mental health care.", *Sociology of Health and Illness*, 2003, 25(4)

irrationnel) et à un mode de prise en charge, ce qui détermine le cadre dans lequel se déroulent les interactions avec le patient. Deux cadres d'interaction se dessinent : un modèle de collaboration avec un acteur accessible et rationnel, un modèle d'intervention pour un acteur dominé par les manifestations de sa maladie.

Deux éléments amènent à complexifier quelque peu ce tableau. D'une part, la détermination du cadre d'interaction entre patient et soignant est instable, ce qui signifie que l'interprétation est un processus continu, qui se modifie au cours du temps en fonction des événements qui surviennent et de leur interprétation. D'autre part, ces deux figures sont appréciées et valorisées différemment par les soignants et plus largement par la société. Le patient accessible et raisonnable est implicitement celui qui est postulé dans le modèle de la relation médicale qui tend à s'imposer aujourd'hui, fondé sur la collaboration des soignants et des patients autour d'un objectif commun, celui de la gestion d'une maladie chronique³⁰. Plusieurs types de prise en charge reposent sur ce modèle, très développé dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord, et qui se diffuse également en France, quoique plus récemment, notamment en psychiatrie. De fait, la prise en charge en psychiatrie est conçue sur le principe qu'au moins par moment, la personne n'est pas un acteur accessible et raisonnable, en raison des manifestations mêmes de la pathologie qu'elle traite. C'est la nécessité de prendre soin du patient dans ces moments qui justifie et légitime l'intervention psychiatrique³¹. Ainsi, même de façon théorique, le modèle participatif ne peut inclure l'ensemble des situations auxquelles sont confrontés patients et soignants ; un second modèle est nécessaire pour intégrer également les interventions réalisées contre ou sans le consentement du patient.

Le point de vue du patient comme projet collectif

Je voudrais maintenant montrer comment ces deux pôles de l'interaction entre patient et soignants sont mis en relation en faisant de

³⁰ Baszanger I., *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995 ; Dodier, *op. cit.*

³¹ Floersch, *op. cit.* ; Pols, *art. cit.* ; Velpry, 2008a

l'acteur accessible et raisonnable le principal objectif de la prise en charge. Dans le contexte psychiatrique, la justification de l'intervention peut alors être de rendre le patient capable de devenir le protagoniste d'une relation de type participatif avec les soignants. Le groupe des résidents, qui réunit des soignants et des patients dans une discussion collective sur le statut de ce qui est dit, constitue un bon lieu d'observation de ce processus.

Dans le groupe des résidents dans lequel j'ai conduit des observations sur une période de huit mois consécutifs, tous les participants travaillent collectivement à la construction du statut du patient dans l'interaction. Cette construction se fait par la façon dont les soignants « entendent » ce que les résidents « disent ». Formellement, le patient a un statut de partenaire de l'interaction dans une relation de collaboration. Cependant, l'objectif du groupe étant également d'effectuer une intervention thérapeutique (en amenant le patient à modifier son comportement par exemple), le patient est un objet de l'interaction en même temps qu'il en est un agent. Cette double position conduit à des conflits, qui se cristallisent autour de l'interprétation des propos du patient ou de la construction de points de vue spécifiques.

Comment ce travail collectif de construction des points de vue se réalise-t-il ? Le groupe des résidents est un lieu où chacun apprend à exprimer des sentiments et des opinions. Lors de la réunion, les résidents évoquent divers aspects de leur situation de vie, leurs activités quotidiennes et les événements survenus récemment. Les sujets de discussion vont de problèmes de plomberie à des sujets d'actualité, en passant par l'évocation des projets d'avenir. L'intervention des soignants (psychiatre, psychologue ou infirmier) peut consister à encourager les résidents à exprimer ou formuler leur opinion à travers des questions récurrentes. A d'autres moments il s'agira plutôt de corriger ou de consolider les opinions déjà constituées que des membres expriment. Quand un patient exprime « quelque chose » dans le groupe, qu'il s'agisse d'une perception, d'une opinion ou d'une attitude, ce « quelque chose » sera négocié au sein du groupe, par les soignants, par les autres patients et par le patient lui-même. Il se produit donc dans le groupe une négociation sur l'interprétation et la qualification de ce qui est dit et de ce qui est fait.

Un des critères utilisés pour qualifier le propos d'un patient est normatif : il s'agit des valeurs plus ou moins partagées par les membres du groupe, soignants comme résidents, sur ce que devraient être les attentes et aspirations des patients pour ce qui concerne leur vie quotidienne. Cependant, la façon dont cette dimension normative est incorporée par les résidents est complexe. En effet, les soignants comme les résidents sont conscients de se référer à un idéal de bien-être personnel et social, où l'individu est capable de prendre soin de lui, est désireux d'avoir une vie active sinon productive, et reconnaît l'existence de sa maladie et la nécessité de prendre un traitement. Les attentes réelles des soignants combinent ces traits idéaux avec ce qu'ils estiment être les limites personnelles de chaque patient, qu'ils considèrent généralement comme provenant de sa pathologie. Les attentes normatives sont donc modifiées en fonction de l'évaluation des capacités du patient. Avant d'examiner le rôle que jouent ces attentes dans l'interprétation des propos des patients, je voudrais préciser la façon dont elles apparaissent dans les discussions au sein du groupe.

Les attentes normatives apparaissent rarement de façon explicite et font rarement l'objet d'interventions directes de la part des soignants. La parole est relativement libre lors de la réunion. Les résidents peuvent notamment exprimer des opinions qu'ils savent s'opposer à celles des professionnels. Par exemple, au cours d'une réunion, Monsieur O. défend la consommation de cannabis comme automédication :

« Le cannabis m'a aidé à guérir. J'ai besoin de rester au lit et de me concentrer pour aller mieux. »

Reprenant cette affirmation, les deux soignantes présentes avanceront des arguments visant à la nuancer, sans contredire le patient pour autant ni tenter de le faire changer d'avis³². De manière générale, les résidents tiennent leurs positions même lorsqu'elles contredisent les valeurs du sens commun telles que les professionnels les portent. Ainsi, lors d'une discussion sur le thème récurrent du tabac, la psychologue demande aux fumeurs s'ils achèteraient leurs cigarettes en priorité si leur prix venait à

³² Et ce alors que pendant les réunions d'équipe, la consommation de cannabis de Monsieur O. est discutée et considérée comme excessive et ayant un effet néfaste sur son état.

augmenter au point de mettre leur budget en difficulté. Tour à tour, tous répondent oui sans hésiter, même s'il est évident qu'il ne s'agit pas de la réponse « correcte » et que certains manifestent clairement qu'ils en sont conscients. En retour, les soignants ne réagissent pas à ces réponses « déviantes ». Si l'on regarde globalement les discussions, on y voit les soignants énoncer de façon explicite quels sont les comportements ou opinions corrects d'un point de vue normatif. Par leurs questions, ils offrent la possibilité aux résidents d'exprimer le fait qu'ils se conforment à ces normes ou du moins qu'ils les acceptent. Cependant, lorsque les résidents ne répondent pas à cette ouverture, les soignants n'insistent pas. C'est plutôt par la répétition des mêmes questions, au fil des réunions, que les soignants révèlent leur posture aux résidents : ils proposent un cadre et attendent que les résidents convergent spontanément vers le cadre qu'il propose³³. En ce sens, les attentes normatives apparaissent de façon implicite et indirecte dans le groupe.

Lorsque les paroles des résidents sont directement reprises par un professionnel, il s'agit souvent d'un travail sur la façon de s'exprimer. Ainsi, lorsque Monsieur W. raconte les différents lieux où il a travaillé, il dit : « Arnaud [son psychiatre] m'a mis à l'hôpital de jour, puis il m'a mis à l'atelier thérapeutique ». Bérénice, la psychologue, le reprend en transformant la formulation en expressions actives : « Non, il ne vous a pas mis ici et là. Vous y êtes allé, c'est juste qu'il en a posé l'indication ». Il s'agit là d'un travail sur la forme du récit et sur la mise en scène de sa capacité d'action par le patient.

Le plus souvent, le travail sur les comportements, en particulier ceux qui touchent aux modes de vie, est l'objet d'une attente normative implicite. L'attente apparaît dans des questions au caractère répétitif, voire ritualisé, et dans la valorisation des comportements allant vers la conformité. Le fait de « faire quelque chose de ses journées » constitue une telle attente. Lors de la réunion, la question « qu'est-ce que vous avez fait ce week-end » fait partie des rituels. Les réponses des uns et des autres également, comme le montre mes notes de terrain :

³³ Ainsi, dans les discussions du groupe, des affirmations normatives circulent explicitement, mais les soignants ne manifestent jamais explicitement une attente que les résidents s'y conforment ou les acceptent.

Bérénice, psychologue, demande si quelqu'un est sorti ce week-end. Monsieur W. dit qu'il est sorti avec des copains, il est allé voir un match de foot. Monsieur N. n'est pas sorti, il a plein de choses à faire chez lui, lire, écouter de la musique, regarder la télé. Monsieur S. n'est pas sorti, Monsieur C. non plus, de même que Madame K. qui le dit en souriant. Bérénice lui dit qu'il faut sortir quand il fait beau comme ça. Madame K. répond qu'elle a regardé le soleil, mais n'avait pas envie de sortir. Madame M. dit qu'elle est sortie tous les jours. Bérénice insiste pendant plusieurs minutes sur le fait qu'il faut sortir lorsqu'il fait beau, plutôt que de rester chez soi. Elle ne s'adresse à personne en particulier. (JT, 31 mars)

Cet échange se déroule presque à chaque réunion, à chaque fois il suit les mêmes répliques et inclut les mêmes protagonistes. En ce sens, il est ritualisé. Le schéma adopté ici montre comme une attente normative (ici, le fait de « sortir » ou de « faire quelque chose » pendant le week-end) peut être formulée de façon implicite et indirecte. La récurrence de cette question au fil des réunions (« Qu'avez-vous fait ce week-end ? ») ouvre la possibilité aux résidents de s'en saisir à tout moment, et d'indiquer à la psychologue, par l'évolution de leur position, un éventuel signe d'amélioration clinique. Pourtant, les résidents manifestent à la fois leur conscience du sous-entendu normatif de la question et leur position déviante vis-à-vis de cette norme. Répondre que l'on n'a « rien fait ce week-end » est ainsi une façon de ne pas jouer complètement le jeu des professionnels, tout en se prêtant à l'échange ritualisé.

Changer les habitudes est un autre objet sur lesquels se porte l'attention des soignants vis-à-vis de la vie quotidienne. Ainsi, Monsieur P. part chaque année quatre jours en vacances, toujours au même endroit et à la même date. En réunion, une infirmière lui demande s'il n'aimerait pas partir plus longtemps une année. Paul répond « non, je ne suis pas trop partant ». Quand la psychologue s'enquiert de ses raisons, il fournit successivement et spontanément plusieurs motifs. Il dit d'abord que c'est trop cher, puis qu'il a des médicaments à prendre (et doit pour cela se rendre régulièrement au centre de consultation), ensuite qu'il ne veut pas s'éloigner trop longtemps et finalement juste qu'il n'a pas envie. La réponse de Monsieur P. semble montrer qu'il perçoit la nécessité implicite de se justifier de ses décisions ou de ses choix avec les soignants et qu'il accepte de se situer dans cette

interaction. Par contraste, Madame K., lorsqu'on lui pose ce genre de question –qui portent, dans son cas, sur le caractère invariable et limité, pendant plusieurs mois, de son alimentation–, répond tout aussi invariablement, en souriant, que non, elle n'a pas envie de changer. Ce faisant, elle refuse de se placer avec les professionnels sur un terrain de discussion dont elle semble estimer qu'il ressort de ses décisions privées. Monsieur P., tout en étant aussi peu réceptif à ces injonctions (dans leur traduction concrète), entre tout de même dans la discussion. Autrement dit, si tous deux réagissent différemment à cette intrusion sur leur mode de vie, ils sont conscients du sous-entendu normatif de la question et de leur position déviante vis-à-vis de cette norme.

La ritualisation des échanges permet également de développer entre résidents et soignants un sentiment d'intimité et d'inclusion dans le groupe, notamment en dessinant des rôles. Madame K. est ainsi celle qui ne s'intéresse pas à l'actualité, ne veut pas partir en vacances. Il s'agit d'un sujet d'humour auquel les soignants et Madame K. participent :

Pendant la première réunion à laquelle j'assiste, Bérénice, psychologue, demande ainsi à madame K. si elle sait que la guerre a été déclenchée [en Irak], madame K. répond que oui. Bérénice se tourne alors vers moi en disant que madame K. a une particularité. Madame K. prend la parole et explique qu'elle n'a pas la télévision ni la radio, et ne s'intéresse pas aux nouvelles.

Ce mécanisme permet de faire de certains comportements « déviants » des résidents des objets appropriés collectivement, avec lesquels on peut jouer.

Bérénice demande ainsi à Monsieur S. s'il a reçu ses quittances [de loyer, qu'il réclamait depuis plusieurs semaines]. Il dit oui. Elle enchaîne, sur le ton de la blague : « bon une chose de réglée, qu'est-ce que vous allez trouver maintenant, ça va être quoi votre nouveau truc ? » Il commence à répondre très sérieusement qu'il va s'occuper de son relevé de banque. Plusieurs personnes de l'assistance se mettent à rire.

En décrivant la façon dont les attentes normatives sont formulées dans le groupe, on voit que le travail sur la subjectivité s'inscrit dans un effort plus large de transformation des comportements des résidents. L'objectif

poursuivi par les soignants, lorsqu'ils interviennent, n'est pas seulement d'évaluer la capacité du résident à se prêter au jeu d'une collaboration entre deux acteurs raisonnables mais également d'amener le résident à devenir cet acteur, tout en respectant ses limites personnelles. Le point de vue du patient apparaît comme un des effets attendus du groupe, plus que comme un attribut attaché à la personne. Il prend forme au terme d'une négociation entre la manière dont le résident parle et celle dont les soignants l'entendent.

Conclusion

En se penchant finement et d'un point de vue empirique sur un aspect du processus de construction de la perspective du patient, on est à même de proposer une vision à la fois plus complexe et plus dynamique de la subjectivité du patient que celle généralement sous-entendue par les usages du terme. D'abord, le point de vue du patient ne se constitue pas indépendamment du contexte psychiatrique, qui en fait même parfois un objectif de l'intervention thérapeutique. Ensuite, deux acceptions du patient sont en tension ; l'une, officielle et idéale, où le patient est un acteur raisonnable, l'autre où le patient est dominé par sa maladie et plus ou moins capable de se voir reconnu un point de vue. Or selon le contexte, ce qui est dit par un patient dans le cadre psychiatrique est susceptible d'être qualifié de point de vue, ou d'être considéré comme un symptôme de maladie mentale. Il faut alors reconsidérer les distinctions habituelles des analyses linguistiques des discours en médecine, qui opposent une vision profane, attribuée au patient, à une vision médicale. Les spécificités de la maladie mentale font que dans le cadre psychiatrique une troisième catégorie apparaît, qu'on peut qualifier de « discréditée ». Au moins à certains moments, un patient en psychiatrie peut être considéré comme incapable d'avoir, ou comme ayant perdu, la capacité même d'exprimer quelque chose qui soit pris pour un « point de vue ». C'est dans ces moments que s'exerce une prérogative de la psychiatrie, qui est reconnue socialement et légalement, et qui consiste justement à négliger ce que dit le patient, et de décider pour lui de ce qui lui convient. Le fait que cette option existe colore l'ensemble des interactions entre patients et soignants dans le contexte

psychiatrique. En effet, même en dehors de ces moments qu'on peut qualifier de « crises », la disqualification de ce que dit le patient, la lecture en termes de symptômes de maladie mentale plutôt que de point de vue reste toujours ouverte, de l'ordre du possible (pour les soignants). C'est le cas, par exemple, pour ce que les patients disent dans le groupe : même s'ils sont considérés comme « stabilisés » par les soignants, ces derniers conservent la possibilité d'interpréter ce qu'ils disent comme « vrai », « réel », ou pas. Ce que dit un patient peut tout à fait être lu comme délirant, et donc ne pas pouvoir servir comme argument pour défendre une position par exemple.

Finalement, pour être considéré comme un « point de vue », ce que dit un patient doit apparaître comme réaliste, ce qui signifie, entre autres choses, qu'il doit être en adéquation avec la vision qu'a le soignant de la maladie du patient et de ses limites. Trois caractéristiques sont nécessaires pour qu'une affirmation devienne un point de vue. La première caractéristique est que l'affirmation doit pouvoir être partagée : ce n'est pas une hallucination. La seconde qualité que doit avoir cette affirmation est de constituer un support de changement et d'évolution : il ne peut s'agir d'être passivement satisfait de n'importe quelle situation. La troisième caractéristique est que ce point de vue peut être mis en relation avec une évaluation extérieure (par un tiers) de la situation. On voit bien que pour qu'on lui accorde un « point de vue », le patient doit trouver un équilibre délicat entre faire la démonstration de son indépendance et se conformer aux conceptions du soignant sur les limites de ses capacités. Sinon, si le patient montre « trop » d'indépendance, il risque d'être discrédité comme « irresponsable ». En somme, plus qu'un attribut, le « point de vue » qui émerge au cours des interactions dans le groupe est un outil, une ressource susceptible d'être utilisée dans la négociation de la relation entre soignants et patient.