

Université de Marne-la-Vallée
en partenariat avec
le C.F.C.P.H. de l'A.P.-H.P.

Master Professionnel de philosophie pratique
Première année

C'est quoi ce délire ?

Réflexion sur le délire dans la relation soignante en service de
psychiatrie adulte

Paulo GOMES

Responsable pédagogique :
Monsieur le Professeur Folscheid

Promotion Georges Canguilhem

Juin 2008

*à Blandine,
à Flora,
à Manon.*

Remerciements

Ils vont dans un premier temps à l'équipe pédagogique l'Université Marne La Vallée pour leur enseignement et leurs conseils. Nous aimerions aussi remercier la direction de l'hôpital Maison-Blanche qui a soutenu ce projet. Enfin, nos remerciements vont aux équipes de l'hôpital Maison-Blanche/Avron qui, en permettant certains aménagements, ont rendu possible le suivi de cet enseignement.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : LE DÉLIRE ENTRE CARACTÉRISTIQUES ET EXPRESSION SINGULIÈRE	4
Chapitre premier : Le délire : un objet d'étude de la psychiatrie.....	4
I. Les origines du mot « délire »	4
II. Les caractères du délire.....	5
III. Les délires et les psychoses	7
Chapitre II : Saisir la personne au-delà du délire.....	11
I. Un signe qui prend un sens universel	11
II. Quand le délire passe de l'universel au particulier	13
III. La clinique : de l'investigation à la découverte	15
DEUXIÈME PARTIE : DÉLIRE ET ALTÉRITÉ : APPRÉHENDER L'AUTRE POUR LE SOIGNER	18
Chapitre III : La considération de l'autre malade.....	18
I. Le bon sens comme guide du soignant	18
II. La fonction du délire : « les antipsychotiques, c'est pas automatique » ...	19
Chapitre IV : L'autre réduit à soi-même	25
I. Quand le signifié dépasse le signifiant.....	25
II. Le cogito comme approche clinique	26
TROISIÈME PARTIE : DÉLIRE ET RESPONSABILITÉ : QUAND LE DÉLIRE ENGAGE LE SOIGNANT AU-DELÀ DU DÉLIRE	31
Chapitre V : Quand le soignant laboure le champ de l'humanisme	31
I. La métaphore du sillon : ce que la souffrance donne comme écho	31
II. De l'humanité Bubérienne.....	33
III. ...à l'humanisme lévinassien	35
Chapitre VI : Les philosophes au secours du terrain	38
I. Le rappeur à l'épreuve de l'hospitalisation	38
II. L'éveil de « la grâce du toi » dans la relation soignante	40
III. Quand Buber fait la courte échelle à Levinas	42
CONCLUSION	44

Introduction

La psychiatrie est une discipline médicale. A ce titre, l'une des particularités de son exercice est le repérage de symptômes. La psychiatrie s'appuie sur l'étude du discours. C'est l'un des éléments qui va permettre d'élaborer un diagnostic. A l'hôpital, le discours du patient dans son quotidien est un sujet qui alimente les réunions pluri-professionnelles. Des psychiatres, des psychologues, des infirmiers, des aides-soignants, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes... mettent en commun leurs connaissances sur celui qu'ils sont amenés à soigner. De ces débats ressortent les éléments qui concourent au diagnostic.

Dans ces réunions, les soignants ont parfois une opinion sur le discours du patient. Si ce discours n'a pas de fondement réel, s'il n'a pas un caractère de vérité, il sera qualifié de délirant.

Ce caractère « délirant » attribué au patient et à ses propos nous pose question. Le concept de délire fait l'objet d'une littérature abondante dans les sciences humaines. « Il est plus facile de repérer un délire que de donner une définition du délire »¹. Mais si le délire est facile à repérer, est-ce pour autant que celui qui l'exprime est tout le temps délirant ? Autrement dit, les propos de celui qui a déliré une fois sont-ils toujours délirants ?

Pourquoi ne croit-on pas ce patient hospitalisé dans un hôpital militaire pour un syndrome dépressif dans un contexte de paranoïa sensitive ? Nous verrons dans notre travail que la paranoïa est une maladie mentale où le patient est amené à délirer. Ce patient paranoïaque exerce le métier d'opérateur radio dans l'armée.

¹. Thérèse Lemperière, *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 2006, p. 57.

En discutant de la presse avec un infirmier, il désigne un journal satirique en affirmant que ce journal est l'organe d'un service de renseignements français. Pour l'infirmier, cette affirmation est improbable ; il la met sur le compte d'un propos délirant. Pourtant, ce caractère délirant est discuté en réunion. En effet, sans que la preuve en soit établie, les psychiatres attestent de la possibilité de liens entre le service de renseignements et le journal désigné.

Le caractère délirant prêté au patient nous pose question. L'affirmation tenue par le patient paranoïaque aurait pu être celle d'une autre personne dans un autre environnement. Dans le café de commerce, une telle déclaration aurait entraîné un simple débat. Dans un service de psychiatrie, les conséquences peuvent être différentes et entraîner des choix thérapeutiques. Parce que le patient est paranoïaque, parce que l'information qu'il donne est peu vraisemblable, le jugement du délire est alors porté. Il aurait suffi que les psychiatres se contentent de demander : « comment va ce patient ? » et l'infirmier de répondre : « il est toujours délirant », pour qu'un traitement soit maintenu ou augmenté.

Mais au-delà de ces conséquences thérapeutiques, nous constatons qu'une information n'a pas la même résonance en fonction de la personne qui la donne. A partir du moment où une affirmation est peu vraisemblable, que l'auteur de cette affirmation soit un malade mental, cette affirmation est considérée comme non réelle, donc délirante. Cette vignette nous amène à orienter notre réflexion vers cette problématique :

Qu'est-ce qui fait que l'on ne croit pas les propos d'une personne portant un diagnostic de maladie mentale ?

On ne peut isoler le délire du délirant. En d'autres termes, on ne peut accueillir des propos qu'à l'aune de la personne qui les tient. Ainsi, des propos considérés faux dans un contexte sont vrais dans un autre : ce qui est faux dans la parole d'un patient devient vrai avec des psychiatres dont le savoir n'est pas contestable. Ainsi, un propos est reçu en fonction de la personne et en fonction de la situation dans laquelle cette personne est amenée à l'émettre. Ce constat nous invite à formuler notre hypothèse de la manière suivante :

Le contexte dans lequel on reçoit les propos de l'autre conditionne ce rapport à l'autre et notre jugement de l'autre.

On ne peut, nous l'avons dit, isoler le délire du délirant. C'est ainsi que nous nous attacherons dans un premier temps à explorer le délire comme objet d'étude de la psychiatrie. Les caractéristiques du délire seront mises en valeur et replacées dans le contexte de la psychose. Cette évocation s'associera à une réflexion sur l'approche clinique du patient.

Cette approche n'est pas anodine car elle met en jeu la question de la réalité. Nous essaierons de comprendre ce qui se joue pour le soignant quand il est face à l'autre délirant. La question du bon sens, la considération du patient et la méthode pour l'appréhender seront dès lors abordées.

Enfin, dans cette approche du patient, les questions de la rencontre et de la relation soignante seront posées. Si la relation soignante va au-delà d'une simple expérience, le soignant doit réfléchir sur les limites et la portée de cette relation.

Première partie : LE DÉLIRE ENTRE CARACTÉRISTIQUES ET EXPRESSION SINGULIÈRE

Chapitre premier :

Le délire : un objet d'étude de la psychiatrie

Le délire est le symptôme principal de la psychose. Pourtant, « délire » est un terme générique, regroupant diverses réalités. Si l'étymologie du mot délire renvoie à un rapport à la réalité, la psychiatrie tente d'en décrire les caractères. De nombreuses classifications ont vu le jour depuis le XVIII^{ème} siècle. Ainsi, Philippe Pinel, un des plus célèbres aliénistes², a édité en 1798 sa *Nosographie philosophique, ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. On peut citer encore les traités d'Henri Ey, ou des classifications américaines comme le DSM³. Ce travail n'a pas la prétention de rendre compte de la richesse des discussions qui ont alimenté depuis deux siècles les débats sur la psychose et le délire. Il s'appuie néanmoins sur quelques ouvrages afin de broser une vision d'ensemble.

1. Les origines du mot « délire »

Au quotidien, les soignants en service de psychiatrie adulte travaillent avec le délire de certains patients. Cependant, malgré la constatation fréquente de ce phénomène, le délire reste un terme difficile à définir. Citant le Dr James⁴,

². « Aliéniste » est le nom donné aux médecins spécialistes des maladies mentales au XVIII^{ème} siècle. Le terme « psychiatre » est plus récent.

³. *Diagnostic and statistical manual*. Cette classification est proposée depuis 1994 par l'Association américaine de psychiatrie. Le DSM en est à sa 4^{ème} version.

⁴. Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard tel, Paris, 1972, p.303.

Michel Foucault nous rappelle l'étymologie du mot « délire ». Ce vocable dérive du latin *lira*, le sillon. *Deliro* signifie donc « s'écarter du sillon, du droit chemin de la raison »⁵. Cet écart du sillon fait du délire « une condition nécessaire et suffisante pour qu'une maladie soit dite folie »⁶.

Sans rejeter l'idée du délire comme rapport à la raison, les manuels de psychiatrie situeront le délire dans un rapport à la réalité. Ainsi, pour le Dr Jean Thuillier, le délire « entraîne une conviction inébranlable, non modifiable avec la réalité, avec perte du sens critique quant à cette conviction »⁷. Il s'agit à la fois d'une réalité alternative et d'une réalité qui réfute la réalité.

Cette définition implique l'idée suivante : pour que le délire existe, il faut qu'il y ait un autre. Mais comment reconnaître le délirant ? Il y a chez le délirant comme chez le non-délirant cette « conviction inébranlable » que sa réalité soit la réalité. La qualification de délire est un jugement que l'on porte sur l'autre qui vit une réalité qui n'est pas la réalité. En ce sens, le délirant, c'est toujours l'autre. On ne peut se qualifier soi-même de délirant au sens psychiatrique du terme. La qualification de délire ne vaut donc que si celui qui porte ce jugement soit un témoin de réalité. Le travail du soignant en psychiatrie est de repérer le délire. Nous verrons, tout au long de cette étude, dans quelle mesure le soignant est un témoin de réalité.

II. Les caractères du délire

Pour caractériser un délire, il est d'usage d'en déterminer les mécanismes, d'identifier les thèmes, la structuration et la durée.

Les mécanismes du délire

Pierre André désigne par mécanismes, « les processus par lesquels se construit le délire »⁸. Un délire peut se construire avec plusieurs mécanismes.

Ces mécanismes peuvent mettre en jeu les cinq sens du corps humains. On parlera d'**illusions** perceptives quand la perception des objets est déformée (déformation du goût, vision d'un mouvement au ralenti ou en accéléré, etc.), ou

⁵. *Idem.*

⁶. *Ibidem.*

⁷. Jean Thuillier, *La folie, histoire et dictionnaire*, Paris, Robert Laffont, 1996, p.502.

⁸. Pierre André, *Psychiatrie de l'adulte*, Thoiry, Heures de France, 1994, p.71.

d'**hallucinations** quand il y a perception d'un objet qui n'existe pas. Dans les situations les plus graves, un patient halluciné peut entendre des voix qui commentent ce qu'il fait ou qui peuvent imposer des actions. Il peut aussi éprouver des sensations internes souvent interprétées sur le mode de l'intrusion ou de la pénétration. Il peut s'agir de sensations de modifications de parties de corps ou de pourrissement interne.

Les mécanismes peuvent mettre en jeu aussi les idées. Ainsi, dans l'**interprétation** délirante, le patient attribue une signification erronée à un fait réel. Il peut par exemple être convaincu que des travaux de voirie sont destinés à écouter ses conversations téléphoniques. Dans l'**intuition** délirante, le patient admet comme réel une idée ou un fantasme qui lui traverse l'esprit. Il peut soudainement avoir la conviction d'être l'élu de Dieu ou que la fin du monde arrive de manière imminente. L'**imagination ou fabulation** délirante consiste en la construction d'une fiction qui est la réalité pour le patient. Celui-ci est souvent au premier plan de ces histoires fantastiques (aventures prodigieuses, guerres planétaires, roman familial avec une ascendance illustre, etc.)

Les thèmes délirants

Il s'agit des idées qui constituent le délire. Parmi les thèmes les plus connus, on pourra trouver :

- Les idées de persécution : la personne a la conviction qu'on cherche à lui nuire, à la dénigrer

- Les idées de grandeur : elles peuvent concerner la capacité du sujet (toute-puissance, richesse, etc.), son rôle (mission divine ou politique), son identité (descendance d'une famille illustre, star de la chanson, etc.)

- Les thèmes de revendication et de préjudice : le patient a le sentiment d'une injustice à son égard et demande une réparation de cette injustice. On retrouve ces thèmes chez des personnes qui intentent des actions en justice pour des accidents du travail (la demande de réparation est disproportionnée à l'accident) ou pour des problèmes de filiation.

- Les idées d'influence : le patient a la conviction qu'une force le commande. Cette force peut lui imposer des idées, des sentiments, des paroles,

des actes. Ces idées d'influence peuvent avoir pour le patient plusieurs sens : sorcellerie, manipulation à distance par des personnes malveillantes, etc.

– Les thèmes passionnels comme la jalousie ou l'érotomanie (que l'on définit comme « l'illusion délirante d'être aimé »).

– Les thèmes hypocondriaques. Le patient peut avoir la conviction en dépit de résultats négatifs d'examens, d'avoir une maladie grave comme le cancer, le S.I.D.A.. Il peut aussi s'agir de sensation de transformations corporelles, allant parfois jusqu'à des négations d'organe.

La structuration du délire

On recherche la logique éventuelle d'un délire. Un délire est dit **systematisé** lorsque les idées et/ou les croyances se construisent de manière logique à partir d'un postulat erroné. Ce caractère logique permet parfois l'adhésion d'autrui, on parlera alors de « délire à deux ». Ce délire a comme point de départ des mécanismes intuitifs ou interprétatifs. Les délires **non-systematisés** sont, au contraire, flous, incohérents, illogiques.

La durée des délires

Il est d'usage de distinguer la durée des délires. En effet, dans les délires aigus, l'apparition délirante est souvent brutale, surprenante. Le délire associe parfois plusieurs thèmes et mécanismes avec une grande richesse dans leurs expressions. L'évolution est souvent brève avec parfois une disparition totale du syndrome délirant. Dans les délires chroniques, au contraire, l'installation est progressive, parfois longue. Il peut s'agir de délire systematisé ou, au contraire de délires très pauvres et peu organisés. L'évolution se fait sur le long terme (parfois plusieurs décennies).

III. Les délires et les psychoses

Les différentes caractéristiques étudiées nous montrent qu'il existe plusieurs types de délires. C'est à partir du délire, de ses thèmes, de ses mécanismes de sa structuration et de son apparition, qu'on peut envisager de parler de maladie mentale. Classiquement, on associe le délire à la psychose. Il s'agit, pour Jean Thuillier, d'une « maladie mentale grave caractérisée par une

importante altération du sens de la réalité »⁹. De prime abord, cette définition ne nous apprend que peu de choses. Les différentes psychoses nous donnent plus d'indications sur le rapport du patient à la réalité. On parle dès lors de maladies ; ces maladies peuvent donner une idée de la structure de la personnalité.

Dans la **schizophrénie**, la dissociation est au premier plan. Cette dissociation, décrite en 1911 par Eugen Bleuler sous le terme de *Spaltung*, indique une « rupture de l'unité psychique affectant le fonctionnement affectif, intellectuel et comportemental¹⁰ ». Les formes cliniques liées à la dissociation sont nombreuses et difficiles à décrire dans un travail comme celui-ci. Souvent les délires sont non-systématisés. Cependant, Il n'y a pas de thème, de mécanisme, de mode d'installation privilégié dans la schizophrénie. Parfois, l'apparition est brutale, sous forme de bouffée délirante aiguë. Cette apparition laisse parfois présager un bon diagnostic, ce qui n'est pas souvent le cas lorsque l'installation de la schizophrénie est progressive. Il existe des schizophrénies sans production délirante apparente. On parlera alors de psychose déficitaire. L'apparence physique peut aussi nous renseigner : le schizophrène peut négliger ses soins corporels, son habillement, son hygiène (on dit alors qu'il est incurique). Dans la diversité des schizophrénies, retenons que ce qui peut être déroutant chez le schizophrène est le manque apparent de logique : un patient schizophrène peut se mettre à hurler de rire en apprenant le décès d'un proche par exemple. Il peut aussi s'habiller de manière inadaptée (avec des sandales en hiver, par exemple).

Dans la **paranoïa**, la personnalité est plus construite. Les délires sont systématisés. Les thèmes rencontrés le plus souvent sont les idées de grandeur, de revendication, de persécution ou de jalousie ; ces thèmes ne sont pas cependant exclusifs. Les modes d'expression sont divers. On rencontre parmi les paranoïaques des procéduriers pathologiques. Certains paranoïaques se font justice eux-mêmes. Les délires restent pour certains discrets pendant longtemps et peuvent exploser lors d'une frustration par exemple. On parlera plus volontiers de paranoïa sensitive. D'autres paranoïaques ont une bonne insertion sociale. Leur

⁹. *Ibidem*, p.693.

¹⁰. *Ibidem*, p.744.

intelligence, leur caractère rationnel, objectif, peuvent leur permettre d'avoir des postes très élevés. En règle générale, ces personnes sont reconnues comme de brillants professionnels mais insupportables au quotidien.

Dans la **mélancolie**, la douleur morale est au premier plan. Cette maladie décrite déjà par Hippocrate revêt à notre époque une réalité différente. Cet état dépressif grave peut s'accompagner de propos délirants ayant pour thème la culpabilité, la honte, la possession démoniaque, etc. Souvent ces thèmes ont rapport avec l'impossibilité de sauver ce monde qui est condamné. Cet état peut aller jusqu'à un mutisme (absence de parole) et un immobilisme total. Si la volonté de mourir est souvent présente, la désinhibition du patient est telle qu'il ne peut mettre en action cette volonté suicidaire.

Nous limitons ici la description des psychoses car elles correspondent à la majorité des cas de patients rencontrés dans notre expérience en psychiatrie. En effet, les classifications sont nombreuses, émanant de dogmes parfois contradictoires. Nous ne pouvons dans ce travail témoigner avec exhaustivité de la richesse des débats qui animent la psychiatrie. Cependant, les situations décrites ci-dessus sont suffisamment générales pour qu'elles correspondent à la réalité d'un grand nombre de soignants exerçant en psychiatrie. Mais il faut retenir qu'au-delà des controverses, les mots eux-mêmes portent à confusion. Ainsi, quand un diagnostic est cité, on ne sait pas s'il s'agit d'une structure de la personnalité ou de symptôme. La paranoïa en offre un bel exemple. Le mot désigne à la fois une maladie et un caractère : ce n'est pas parce que l'on a un caractère paranoïaque que l'on est un paranoïaque (en psychiatrie, la paranoïa est une structure de la personnalité avec laquelle le sujet paranoïaque s'est construit). Un patient schizophrène peut évoluer sur un mode paranoïaque, c'est-à-dire présenter un délire systématisé ayant des thèmes rappelant ceux que l'on trouve chez le paranoïaque. Le patient conservera pour autant son diagnostic initial de schizophrène. Les maladies regroupant des réalités diverses, certains psychiatres préféreront parler de « syndromes délirants ». Ces syndromes permettent de décrire les symptômes que présentent les patients sans pour autant préjuger de la structure de leur personnalité. Ceci aboutit à poser la question de ce que vient

signifier le délire. Est-ce une expression qui n'a pas de sens ? Est-ce une expression que seul le patient comprend et que le soignant chevronné doit tenter de décoder ? Est-ce une expression incompréhensible aussi bien pour le soignant que pour le patient ? Est-ce l'expression d'une souffrance connue ou inconnue du patient ? Le délire est-il toutes ces questions à la fois ? Là encore, la diversité des situations rencontrées sur le terrain ne permet pas de donner une réponse unique et certaine. Cette complexité est ce qui rend la rencontre avec le patient à la fois difficile et passionnante.

Ainsi le délire n'est pas qu'une simple expression pathologique. Sa manifestation peut revêtir beaucoup de caractéristiques. Le soignant en repère les mécanismes, les principales idées, la construction pour associer le délire à une maladie mentale. Si la manière de décrire un délire peut prêter à débat, l'important pour le soignant est de se saisir de ce symptôme singulier pour aider le patient. Mais dès lors, comment accueillir l'expression délirante ? Cette expression est-elle une expression en soi et donc un symptôme isolé ou une expression indissociable de l'histoire du patient délirant ?

Chapitre II :

Saisir la personne au-delà du délire

Le délire permet de décrire une maladie, mais que dit-il du malade ? C'est dans cette recherche qu'il faut analyser les signes et tenir compte des classifications des maladies mentales. Mais cette utilisation doit s'enrichir de l'histoire singulière du patient.

I. Un signe qui prend un sens universel

Parler de structure de la personnalité et des symptômes, c'est faire la différence entre ce que le patient *est* et ce que le patient *a*. L'exemple cité à la fin du dernier chapitre nous montre qu'un patient peut donner l'apparence d'un paranoïaque et pour autant ne pas être un paranoïaque.

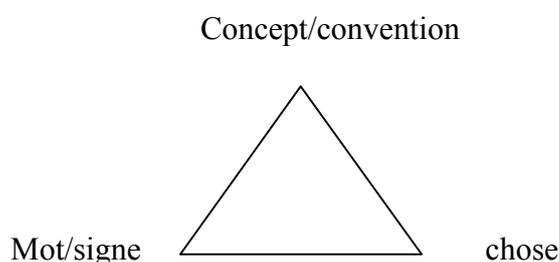
Dans la description de ce que le patient *a*, le soignant essaie de rendre compte de ce que le patient donne à voir ou à entendre. En d'autres termes, le soignant essaie de repérer des symptômes. André Lalande définit le symptôme de la manière suivante : « phénomène ou caractère perceptibles qui sont liés à un état ou un processus caché et qui permettent de le diagnostiquer »¹¹. Ce qui est perceptible est ce qui se présente à nos sens et dont nous tirons une compréhension. Pour Foucault, si « le signe et le symptôme sont et disent la même chose¹² », le signe rend visible le symptôme. En d'autres termes, c'est parce que l'on donne une signification au signe que le signe devient symptôme. Pour Aristote, les signes sont compréhensibles dans le discours. Un discours est

¹¹. André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, « Quadrige dicos poche », Paris, 1926, p.1086.

¹². Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF, « Quadrige grands textes », Paris, 1963, p.92.

composé de mots. Aristote, dans le traité *De l'interprétation* nous montre que le discours a une signification par convention¹³. Le discours comporte des noms et des verbes. Chaque mot est un son. Pris séparément, le mot a une signification conventionnelle. Cependant, il ne représente à ce stade qu'une simple énonciation¹⁴. C'est dans l'agencement des mots que l'on trouvera la signification du discours. Le discours réside en l'assemblage de sons : « les sons émis par la voix sont les symboles des états de l'âme »¹⁵. C'est donc par convention que le signe signifie quelque chose. Ce rapport entre le signe, ce qu'il signifie et la convention a été, depuis ce traité d'Aristote, symbolisée sous forme triangulaire :

Fig. 1 – triade aristotélicienne



Ce rapport triangulaire a aussi été décrit par Albert le Grand, théologien et philosophe médiéval sous le nom de « triangle sémantique ». Pour que les hommes puissent communiquer, il faut que les signes qu'ils utilisent correspondent à une réalité commune. Il faut par exemple parler la même langue, ou utiliser le même jargon professionnel. Avec saint Augustin, les mots ne sont pas les seuls signes des choses. Dans son dialogue avec Adéodat dans *Le Maître*¹⁶, saint Augustin nous permet de comprendre que les mots sont perceptibles par l'ouïe et les gestes par la vue. Le mot écrit, perceptible par la vue, est le signe d'un mot, donc le signe d'un signe. Ceci implique que nous recevons les choses par les sens corporels (de manière sensible) ou par l'esprit (de manière intelligible). Si on use des mots que pour « frapper l'oreille », le nom vient

¹³. Aristote, *Organon I et II, Catégories de l'interprétation*, Paris, Vrin, 2004, p.95.

¹⁴. *Idem*, p.94.

¹⁵. *Ibidem*, p.89.

¹⁶. Saint Augustin, *Le Maître*, Klincksieck, « philosophie de l'éducation », Paris, 2002.

« marquer le souvenir de l'âme »¹⁷ : le mot renvoie à une abstraction qui dépasse le mot en lui-même.

Par ailleurs, le signe n'apprend rien mais se contente de révéler la connaissance des choses. Autrement dit, pour comprendre le signe, il faut connaître au préalable la chose signifiée. Le signe n'a de sens que s'il correspond, pour la personne qui reçoit ce signe, à une réalité intérieure. Cette idée amène au concept du Maître Intérieur. Ce Maître Intérieur permet l'examen des messages reçus pour en déterminer la vérité. Comme nous le précise Bernard Jolibert¹⁸, Le Maître Intérieur est à comprendre comme une sorte d'esprit universel, donné par le divin. Ce qui nous intéresse dans notre travail, c'est ce caractère universel. Nous comprenons saint Augustin ainsi : le signe se contente de révéler la connaissance des choses qui est en nous. La connaissance de la chose est plus importante que la connaissance du signe. Mais si les signes n'apprennent rien que ce que nous ne sachions déjà, nous ne disposons que d'une connaissance générale. Cette connaissance est une connaissance de la généralité de la chose. C'est cette chose, lorsqu'elle se présentera à nous, qui précisera notre connaissance générale. Le Maître intérieur est donc ce qui nous permet de passer du général au particulier.

II. Quand le délire passe de l'universel au particulier

Les classifications des maladies mentales essaient de donner un caractère universel aux signes rencontrés. Elles ont pour objet de définir les signes afin de les lier à des entités pathologiques. Dans un geste platonicien, Eric Fiat nous apprend que définir, « c'est faire surgir des points communs. C'est découvrir l'unité, c'est trouver une forme commune à diverses choses qui portent le même nom ». Qu'est-ce que l'unité du délire ? Qu'est-ce que le délire dans son caractère universel ?

Nous l'avons vu, le délire se définit par son thème, son mécanisme, etc. La nosologie se définit comme la « discipline médicale étudiant les caractéristiques distinctives des maladies pour aboutir à une classification

¹⁷. *Idem*, p.55.

¹⁸. Bernard Jolibert est le traducteur et le préfacier de l'édition de *Le maître*, référencé ci-dessus.

systématique »¹⁹. Cette table à décrypter nous apprend que quand il y a délire, il y a une maladie. Elle nous permet de dire l'essence du délire. Mais il s'agit juste d'une phénoménologie du délire. Elle ne nous renseigne que sur ce que le patient *a*. Le délire ne nous dit rien sur le délirant. Tout au plus, il nous informe comment le délirant délire. Parler du délire, c'est réduire le patient délirant à sa mécanique délirante ou à sa thématique délirante. C'est affirmer que le patient *est* ce qu'il *a*. Or, dire quelle est l'ossature, l'architecture du délire ne dit rien sur le patient.

Comment dès lors passer d'une situation où l'on considère ce que le patient *a* à une situation où l'on considère ce que le patient *est* ? Essayer de témoigner de ce que le patient *est*, c'est dire comment ce patient habite son délire. C'est passer d'une situation où l'on voit le patient comme un appareil psychique (dans le sens d'un appareil qui permet la pensée) défaillant à une situation où l'on voit le patient comme un être doué d'une âme et qui souffre. Ce n'est pas passer du délire à la psychose. Si la maladie nous donne une idée de comment la personnalité réagit au monde qui l'entoure (l'apparente logique du paranoïaque par exemple), elle ne nous donne pas d'idée sur comment le malade vit sa maladie.

Seul le malade peut donner un sens à sa maladie. Mais, comme nous le montre Foucault, la maladie n'est pas simplement un mal superposable et détachable de la personne. C'est l'être dans sa totalité qui est malade. D'une certaine manière, la maladie est incarnée dans l'être : « il n'y a de maladie qu'individuelle : non parce que la personne réagit sur sa propre maladie, mais parce que l'action de la maladie se déroule [...] dans la forme de l'individualité »²⁰.

Encore faut-il que le malade mental puisse percevoir un caractère pathologique dans ce qu'il vit. En effet, la réalité pathologique que perçoit le soignant n'est pas toujours la réalité que perçoit le patient. Dès lors, il appartient au soignant, en tant que témoin de la réalité, de favoriser un climat d'alliance thérapeutique. C'est une condition nécessaire pour passer de la norme au normal.

Passer de la norme au normal, c'est savoir s'affranchir des classifications pour recueillir la parole de l'autre. C'est écouter l'autre dans sa singularité, dans

¹⁹. *La Folie, histoire et dictionnaire*, Jean Thuillier, *op. cit.*, p.643.

²⁰. *Naissance de la clinique*, Michel Foucault, *op. cit.*, p.173.

ce qu'il a à dire. C'est déconstruire son savoir de soignant à chaque fois que cela est nécessaire. C'est reconnaître l'autre comme ayant un ensemble de caractéristiques propres aux êtres humains mais ayant aussi ses propres caractéristiques. C'est reconnaître l'autre comme un *alter ego*. Ainsi, il faut à la fois avoir à l'esprit ses connaissances de soignant mais aussi savoir sortir de son savoir pour être dans une position d'égal à l'autre. C'est aussi, pour le soignant, retenir cette phrase d'Antonio Damasio :

« Lorsque vous regardez l'ensemble des configurations d'activité cérébrale propre à ma contemplation de la baie de San Francisco, vous faites personnellement l'expérience de ces données neuronales, mais vous n'avez pas accès à mon expérience de la baie de San Francisco »²¹.

Le soignant doit donner autant d'importance à l'expérience singulière qu'aux mécanismes de cette expérience. Passer de la norme au normal, c'est donc reconnaître à l'autre son caractère normal avant de dire en quoi il sort de la norme.

Ces deux mouvements -écouter la classification et écouter le patient- relèvent de deux démarches qui portent le même nom : la clinique.

III- La clinique : de l'investigation à la découverte

Le mot « clinique » tire son origine du mot grec *klinê*, signifiant « lit ». La clinique est donc cette démarche de visiter les malades au lit. La clinique consiste à recueillir des signes qui prennent une valeur de symptôme. Cette idée d'aller « visiter les malades au lit » implique que la clinique est une expérience de terrain, donc une pratique qui ne peut être figée. C'est une démarche évolutive en fonction de la réalité des signes et de leur corrélation avec la maladie. Ainsi, il y a un point de départ à la clinique (les connaissances sur la maladie) et des points d'étape (les découvertes apportées par la « visite du malade »). C'est en cela que Georges Canguilhem indique qu'« en matière de pathologie, le premier mot, historiquement parlant, et le dernier mot, logiquement parlant, revient à la clinique »²².

²¹. Antonio Damasio, *Le sentiment même de soi : corps, émotion, conscience*, Paris, Odile Jacob, p. 302.

²². Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, « Quadrige », Paris, 2003, p.153.

Ainsi, la clinique se sert à la fois de l'universalité des personnes et de la singularité de la personne. Mais elle nous enseigne une idée paradoxale. Les personnes se définissent par leur singularité or la singularité ne peut définir les personnes.

Cette aporie aboutit à la question suivante : A quoi servent les classifications des maladies mentales ? A quoi servent ces classifications si un cas particulier, une exception, peut rendre la règle caduque ? Dominique Folscheid et Jean-Jacques Wunenburger nous donnent un élément de réflexion :

« Se préoccuper seulement du malade risque d'entraîner un recul de la compétence des savoirs sur la maladie ; se focaliser sur la seule pathologie objectivée risque de transformer le médecin en tyran traitant avec suffisance le malade comme un esclave²³ ».

Il s'agit donc dans l'approche du malade, d'un juste mouvement entre les savoirs et la personne. Ce juste mouvement ne peut être décrété et doit s'adapter en fonction des situations. Il faut savoir prendre du recul par rapport aux savoirs ; il faut aussi se servir des savoirs pour nous aider à comprendre en quoi le patient est malade. Il faut à la fois que le délirant fasse parler son délire mais aussi que le délire fasse parler le délirant. Mais il ne faut pas se méprendre. Il faut se garder des illusions d'une clinique exhaustive qui prétendrait dire ce que le patient *est*. C'est parce que l'être est singulier que lui seul peut nous dire qui il *est* et ce qu'il *est*. Pour le soignant, décrire ce que le patient *est*, c'est seulement dire que ce patient *a* ce qu'il *est*. Si le patient est ce qu'il *est*, le soignant ne saura jamais exactement dans quelle mesure le patient *est*. Autrement dit, il y aura toujours un décalage entre ce que le soignant pense ce que le patient *est* et ce que le patient *est* réellement. Cette zone d'ombre est source d'incompréhension qu'il falloir combler.

²³. Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-Le Mintier, Jean-François Mattéi, *Philosophie et droit de l'éthique médicale*, Paris, PUF, « Thémis », p.135.

En somme, le délire n'est rien d'autre qu'un signe ; nous le comprenons avec Aristote et saint Augustin. Mais c'est un signe qui prend une valeur en référence à la personne qui le porte. Décrypter un délire relève pour le clinicien d'un double mouvement : rapprocher le délire de ce qui est déjà connu, et apprendre du patient ce que le délire signifie pour lui. Il faut cependant éviter que le savoir que l'on a sur le patient vienne se substituer au savoir que peut nous apporter le patient. Seul le patient peut nous dire ou nous montrer la singularité de sa maladie. Mais c'est justement parce que seul le patient peut témoigner de cette singularité que la pleine portée de cette maladie échappera toujours au soignant. Celui-ci doit par conséquent réfléchir sur son positionnement face à ce qu'il ne peut pas comprendre.

Deuxième partie :
DÉLIRE ET ALTÉRITÉ : APPRÉHENDER L'AUTRE POUR
LE SOIGNER

Chapitre III :
La considération de l'autre malade

Le patient détient un savoir sur sa maladie. Pour rendre compte de ce savoir singulier, le soignant a besoin de points de repères. S'il tire sa légitimité à soigner du corps social, le soignant doit se référer aux données scientifiquement admises. Dans cette référence, le soignant ne doit pas oublier que l'être qu'il est amené à soigner n'est pas seulement qu'un objet d'expérience.

I. Le bon sens comme guide du soignant

De la même manière que nous avons besoin d'une convention pour relier les mots aux choses (cf. la triade aristotélicienne), nous avons besoin de concepts pour comprendre les situations que nous rencontrons. Le soignant n'est pas seulement face à une situation. Il est face à un être humain. Dans la compréhension de ce que l'autre nous présente, nous avons besoin de points de repère. Le premier point de repère en psychiatrie, c'est de dire que l'un est soignant et l'autre est patient. Ce point de repère donne une légitimité à l'un que l'autre n'a pas. Le soignant dispose dès lors d'un pouvoir, celui de représenter le bon sens ou, comme dirait Henri Bergson, du sens social²⁴. Bergson rappelle que le « délire d'interprétation est là pour nous montrer que le bon sens peut être

²⁴. Henri Bergson, *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, PUF, « Quadrige grands textes », Paris, 2007, p.110.

endommagé alors que la faculté de raisonner reste intacte »²⁵. Si l'on peut affirmer que cette proposition est vraie quelque soit le délire, on peut se demander ce qu'est le bon sens. Pour Bergson, le bon sens est inné à « l'homme normal » au sein d'une « société [...] dessinée dans les organismes individuels²⁶ ». Comment peut-on dès lors définir le bon sens ? Le bon sens naît dans la pression sociale. Elle donne lieu à une obligation morale qui s'impose à la volonté de chacun dans une société close. C'est pour se défendre contre l'intelligence (qui pousse à l'égoïsme) et contre l'idée de l'inévitabilité de la mort qu'existe la religion. Si la religion vient baliser les poussées de l'élan vital, il faut combler ce qui est incompréhensible : « il faut que l'événement qui se découpe à nos yeux dans l'ensemble du réel paraisse animé d'une intention²⁷ ». L'intention peut avoir une relation avec le divin. C'est une manière de rationaliser les choses, c'est-à-dire de leur donner une raison d'être. L'autre manière de rationaliser les choses est d'en donner une description scientifique. La nosologie a pour objet de donner une explication aux maladies mentales, donc de les rationaliser.

Si le soignant tire sa première légitimité de la reconnaissance sociale, sa seconde légitimité est tirée de ce que lui donne les scientifiques et leurs classifications. En l'espèce, ce sont les classifications qui disent ce qui doit relever du bon sens.

Ainsi, comprendre un patient, c'est, peu ou prou, le chosifier dans notre représentation. Ceci ne veut pas forcément dire le prendre pour une chose ; il s'agit d'avoir une idée de ce qu'il présente. En ce sens, c'est l'idée qui représente la chose. En étant platonicien, on pourrait dire que pour comprendre le délire, il faut déjà avoir une Idée du délire.

Il y a une deuxième étape, en plus d'avoir une Idée du délire, il faut se poser la question de la fonction même du délire.

II. La fonction du délire : « les antipsychotiques, c'est pas automatique »

Nous avons vu que la maladie agit dans l'individualité du malade. Le délire, symptôme de la psychose, est pathologique. Le délire constitue-t-il un phénomène à part entière, perturbant le fonctionnement psychique ou est-il une

²⁵. *Idem.*

²⁶. *Ibidem.*

²⁷. *Ibidem*, p.172.

expression de la personne en tant que sujet ? Dans la première de ces propositions, le délire est séparable de la personne ; ce serait une sorte de germe que l'on pourrait éradiquer. Dans la deuxième, le délire est immanent à la personne : on ne peut retirer le délire sans faire perdre quelque chose à la personne.

Peut-on trancher une telle question ? Ce travail n'en a pas la prétention. Néanmoins, L'évolution de la pharmacopée des délires donne une réflexion intéressante. Au départ, la famille des médicaments traitant les délires était les neuroleptiques. Certains neuroleptiques sont encore utilisés mais ils cèdent peu à peu leur place aux antipsychotiques. Les antipsychotiques sont censés donner des effets plus efficaces et provoquer moins d'effets secondaires. Nous ne discuterons pas des avantages d'une famille de médicaments sur l'autre. Nous nous contenterons de réfléchir sur l'utilisation des mots. « Neuroleptique » dérive des deux termes grecs *neuron* qui signifie « nerf » et *léptos* qui signifie « qu'on peut saisir ». En d'autres termes, le neuroleptique est ce qui permet de saisir les nerfs, ce qui permet de contrôler les nerfs défaillants. Le terme « antipsychotique » induit un sens différent. Il dérive du préfixe *anti* qui veut dire « contre » et du terme grec *psukhé* qui signifie « âme ». Le terme « antipsychotique » introduit une notion d'éradication plus que de contrôle. On ne peut, quand on cite le terme « antipsychotique », s'empêcher de penser à celui d'antibiotique. L'antibiotique est ce qui est « contre la vie » des bactéries. Par la signification que le mot « antibiotique » porte, l'intention visée par cette famille de médicament est claire : c'est d'éradiquer, d'anéantir les bactéries. Ainsi, une famille de médicaments -les neuroleptiques- nous pousse au contrôle, l'autre -les antipsychotiques- à l'éradication. Avec les antipsychotiques, que faut-il éradiquer ? Le délire ? L'âme ? Le psychotique ?

Il ne nous appartient pas de répondre à cette question pas plus qu'il nous appartient de trancher sur la fonction du délire. Retenons simplement que la désignation des médicaments peut en dire beaucoup sur la prise en compte du symptôme majeur de la psychose. Cette prise en compte du délire a des retentissements sur la posture soignante et la posture clinique.

L'Idée du délire et la fonction du délire auront une incidence sur le plan de la considération de l'homme.

Si l'on pense que le délire atteint le psychisme à la manière d'un germe, on aboutit à estimer que les conditions du délire peuvent être reproduites expérimentalement. Ainsi, il existerait un agent du délire qu'il suffirait d'isoler. Nous serions alors dans un schéma de pensée, décrit par Canguilhem de l'être diminué ou augmenté de la maladie.

III. La mélancolie expérimentale d'Aristote

L'homme de génie et la mélancolie, texte d'un discours attribué à Aristote²⁸ donne corps à cette double idée : celle du malade augmenté ou diminué de quelque chose et celle des conditions pour reproduire un état pathologique. Il ne s'agit pas ici de définir ce que la mélancolie signifiait à l'époque d'Aristote, ni si on peut exactement transposer le délire de notre temps à la mélancolie du temps d'Aristote. Il s'agit de réfléchir sur la démarche du Stagirite en tant que clinicien.

Aristote part du postulat que les comportements des individus sont liés à la carence ou à l'excès de bile noire dans l'organisme. La température de la bile noire dans l'organisme a aussi diverses conséquences sur le comportement de l'individu. Or le vin, par nature venteux comme la bile noire, peut provoquer, quand il est consommé, des états provisoires qui ressemblent à ceux observés chez les personnes dont la bile est en excès. C'est ainsi que l'on peut, en faisant absorber graduellement du vin, décrire les différents caractères que l'on retrouve dans les excès de bile.

Cette observation n'est pas sans rappeler de nos jours le lien que l'on fait entre certains états délirants et la consommation de stupéfiants. Mais cette corrélation n'explique rien d'autre que le lien entre la cause (la consommation de stupéfiants) et l'effet (la manifestation délirante). Cette corrélation n'explique en rien la maladie de la personne.

De la même manière, si Aristote peut décrire les états de caractère liés à la consommation de vin, s'il peut en faire l'analogie avec certains états liés à la bile noire, il ne peut pas expliquer pourquoi il y a excès de bile dans un organisme, ni pourquoi cette bile s'échauffe ou reste froide.

Cette réserve n'invalide pas pour autant ce traité d'Aristote. Comme nous l'avons dit précédemment, nous avons besoin de points de repère pour

²⁸. Aristote, *L'homme de génie et la mélancolie*, Paris, Payot & Rivages, poche, 2006.

comprendre les situations qui se présentent à nous. Ces points de repère, Aristote s'efforce de les poser. Si nous nous autorisons à les critiquer, c'est parce que nous avons l'expérience d'une médecine qui a évolué sur plusieurs siècles. Ainsi, nous ne pouvons reprocher à Aristote ce qu'il ne pouvait savoir.

La démonstration d'Aristote nous amène néanmoins à nous questionner sur la conclusion de *L'homme de génie et la mélancolie*. Constatant la variabilité de la présence de bile noire entre les individus, Aristote en déduit que « tous les mélancoliques sont donc des êtres d'exception, et cela non par maladie, mais par nature »²⁹.

Comment comprendre le terme « nature » ? L'exposé d'Aristote, insistant sur les carences ou les excès de bile noire, pourrait nous faire entrevoir la mélancolie comme la maladie d'un organe qui sécrète mal la bile. Ainsi, on pourrait comprendre « nature », dans son sens biologique : la disposition de cet organe à sécréter de la bile.

La traduction grecque de « nature » en *phusis* donne une autre dimension à la conclusion d'Aristote. Avec la *phusis*, la nature n'est pas seulement « ce qui existe spontanément³⁰ », c'est un « principe de mouvement et de repos »³¹. Autrement dit, il y a dans la *phusis* d'Aristote une notion dynamique, celle d'une nature qui évolue en fonction de son entourage. Pour Aristote, « la nature de chaque chose est précisément sa fin³² » : il y a donc une nature première, mais cette nature première est indissociable de ce que vers quoi elle tend. Ceci est vrai pour les animaux comme pour les hommes. La nature de l'homme est celle d'être intégré dans une Cité³³. La nature a fourni à l'homme le *logos* (la parole) qui lui permet de faire lien dans toute « société domestique ou civile »³⁴. Ainsi, l'homme a des dispositions premières qui sont amenées à évoluer en fonction de son entourage familial, social, géographique, etc. C'est cette évolutivité, qui n'est pas donnée au départ, qui permet à chaque homme de vivre sa singularité. Cette singularité, c'est l'essence de l'homme. En ce sens, on peut comprendre la

²⁹. *Idem*, p.105.

³⁰. Laurence Hansen Løve, *La philosophie de A à Z*, Paris, Hatier, 2000, p.307.

³¹. *Idem*, p.308.

³². Aristote, *La politique*, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 1995, p.16.

³³. *Idem*, p.17.

³⁴. *Ibidem*.

conclusion d'Aristote de la manière qui suit : c'est parce que le mélancolique est un être qu'il est un être d'exception.

On objectera néanmoins que ce n'est pas l'excès de bile ou la température de la bile qui fait que le mélancolique « dépasse la normale »³⁵, c'est d'abord le jugement que son entourage lui porte.

Mais dans notre compréhension d'Aristote, il manque un élément essentiel : la parole d'Aristote. Car seul Aristote pourrait nous dire si nous avons compris sa parole. Seul Aristote peut donner une explication à sa parole. « Explication » vient du latin *explicatio* et dérive du préfixe « ex » (sortir de) et *pliquare* (plier). Autrement dit, expliquer c'est déplier sa parole ; c'est rendre sa parole explicite. Expliciter, c'est clarifier son explication. C'est donner une explication à l'explication. Expliciter, c'est l'idée qu'une explication ne se suffit à elle seule. Par conséquent, en l'absence d'Aristote, nous ne pouvons que rester à une explicitation.

Ceci illustre bien la nécessité de deux éléments dans la compréhension du message de l'autre :

- Un langage commun, c'est ce que nous avons vu avec la triade aristotélicienne. Les mêmes mots doivent renvoyer aux mêmes choses.
- Une explicitation de la parole. Il faut que notre compréhension de la parole soit validée par l'autre. Autrement, il y a toujours un risque de décalage entre la parole de l'autre et notre compréhension de cette parole.

Le bon sens est un guide dans l'approche du patient délirant. Prendre le bon sens comme valeur dans le soin, c'est en fait se prévaloir de la légitimité sociale. Mais il ne faut pas que le délire soit réduit au simple symptôme. L'autre serait vu alors comme un individu dont il suffirait d'enlever la manifestation

³⁵. *L'homme de génie et la mélancolie*, Aristote, *op. cit.*, p.106. J. Pigeaud, le traducteur et la préfaceur de l'édition de cet ouvrage, note que περιττοι peut se traduire par « d'exception » ou « qui dépasse la normale ». Nous retenons cette dernière traduction pour notre argument.

pathologique. Dans notre compréhension de l'autre, il faut veiller à ce que l'autre puisse valider notre interprétation. C'est pour éviter les excès de cette interprétation que le soignant doit se parer d'une méthode.

Chapitre IV :

L'autre réduit à soi-même

Faire parler la maladie, c'est d'abord faire parler le malade. En l'absence de la parole du malade, la compréhension du soignant peut parfois dépasser la réalité de la maladie. Ainsi, le soignant se doit de réfléchir sur ses préjugés. Ceci pose l'importance de la démarche par laquelle on aborde le patient.

I. Quand le signifié dépasse le signifiant

Nous l'avons vu, dans la compréhension du message de l'autre, nous avons besoin de partager avec l'autre un langage et que notre compréhension soit validée par l'autre. Sans cette explicitation, Nous sommes réduits à commenter la parole de l'autre. Pour Foucault, commenter, « c'est admettre [...] un excès de signifié sur le signifiant³⁶ ». En linguistique, le signifié est à comprendre comme le « sens d'un mot, ou encore le concept auquel il renvoie³⁷ ». Le signifiant est « la forme phonique ou graphique d'un mot³⁸ ». La phrase de Foucault nous rappelle que « commenter » vient s'inscrire quand le signifiant est insuffisant pour dire ce à quoi il renvoie. Mais l'excès de signifié peut entraîner à rendre le signifiant excessif. Autrement dit, on peut prêter aux mots plus que ce qu'ils ne veulent dire.

Illustrons cette affirmation par l'histoire de M.B. Nous recevons à l'hôpital ce patient pour troubles du comportement sur la voie publique. Le diagnostic porté est celui de « psychose d'allure paranoïaque ». M.B a la conviction délirante d'être le propriétaire d'un appartement. Cette conviction l'a

³⁶. *Naissance de la clinique*, Michel Foucault, *op. cit.*, p.xii.

³⁷. *La philo de A à Z*, Laurence Hansen Løve, *op.cit.*, p.415.

³⁸. *Idem*, p.414.

amené à s'introduire dans un appartement dont le propriétaire porte le même nom que lui. Il y a trouvé une fille de 14 ans et l'a violemment précipitée dans les escaliers de l'immeuble. Interpellé par la police, du fait de l'incohérence de ses propos, M.B a été hospitalisé sous contrainte par le préfet de police de Paris (on parle alors d'hospitalisation d'office). Malgré l'interpellation par la police, malgré les preuves que l'appartement n'est pas le sien, M.B garde sa conviction que c'est son appartement. M.B est parfois agressif, menaçant et le risque de fugue pour aller regagner « son » appartement est très probable. De ce fait, M.B est enfermé en chambre de soins intensifs³⁹ pendant de nombreuses semaines. Pendant ce séjour, M.B demande à pouvoir sortir de cette chambre. Souvent, il argumente cette demande par la phrase suivante : « un jour, moi aussi je me retrouverai dans la rue et on peut se croiser ». Les soignants interprètent cette phrase dans le sens : « je me vengerai si on se retrouve dans la rue ». Le patient n'a pas parlé de vengeance. Or, l'expérience du contact avec les paranoïaques montre que ceux-ci parlent parfois par sous-entendus. Il est donc probable que M.B évoque une menace. Un jour, un soignant demande à M.B ce qu'il veut dire par cette phrase. Le patient répond : « je ne passerai pas toute ma vie ici [dans la chambre de soins intensifs], un jour je serai guéri et je serai comme vous et là vous me serrerez la main ». Par cette phrase, le patient vient signifier qu'un jour il sera en position d'égalité avec les soignants et qu'à ce titre, ils pourront se serrer la main.

Ainsi, dans la phrase initiale, on a prêté à M. B des propos qu'il n'avait pas. On avait attribué à M.B. un caractère menaçant du fait du contexte de l'hospitalisation, et de son diagnostic. Le fait d'être paranoïaque implique l'idée d'un risque de passage à l'acte agressif.

Cette exemple montre comment l'excès de signifié peut altérer la compréhension de l'autre délirant. Le soignant juge dans les propos délirants ce qui est recevable ou non.

II. Le cogito comme approche clinique

Pour juger de ce qui est recevable, le soignant use, nous l'avons vu, de son bon sens. René Descartes donne du bon sens une définition à peu près

³⁹. Autrefois appelée « chambre d'isolement », la chambre de soins intensifs est destinée à isoler du reste du service les patients dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui.

analogue à celle de Bergson. En faisant du bon sens « la chose du monde la mieux partagée »⁴⁰, Descartes donne au bon sens une notion collective que l'on retrouve chez Bergson. Ces deux philosophes différencient le bon sens (qui permet de distinguer le vrai du faux) de l'appareillage qui permet de déterminer ce bon sens (la faculté de raisonner chez Bergson et la puissance de bien juger chez Descartes). Bergson ne lie pas directement le bon sens à la raison, ce que fait Descartes. Il nous paraît néanmoins nécessaire de ne pas faire du bon sens et de la raison deux synonymes. En effet, à la lecture de ces auteurs, nous comprenons le bon sens comme ayant une définition commune, sociale. Nous comprenons la raison plutôt comme, au départ, une expérience singulière. Pour guider cette raison, Descartes nous livre dans le *Discours de la Méthode*, son expérience. C'est parce que notre faculté à raisonner est potentiellement défaillante, qu'il faut tout recevoir comme faux. C'est ce qu'on appelle le doute méthodique. Mais pour penser que quelque chose soit faux, il faut nécessairement penser. Nous obtenons dès lors l'idée principale de l'ouvrage : « je pense, donc je suis⁴¹ ». Le *cogito ergo sum* amène Descartes à affirmer qu'il est une pensée (plus exactement une substance dont l'essence est de penser ; on pourrait parler d'âme) distincte du corps. C'est à partir du doute méthodique que Descartes étudie ce qu'il peut recevoir comme vrai. Ce qui est vrai pour Descartes, ce sont « les choses que nous concevons fort clairement et fort distinctement⁴² ». Descartes finit son ouvrage en posant sa méthode comme possible principe universel pour connaître la nature, maîtriser la nature et tendre vers le bien-être des hommes. En médecine comme en d'autres sciences, il faut chercher les causes des faits qui se présentent. Si on peut lier les effets à des causes, les effets sont-ils indéfectiblement liés aux causes connues ?

Essayons de répondre à cette question par un exemple. Cette situation, qui se déroule il y a une vingtaine d'années, nous est contée par un ancien infirmier. M.C est un patient schizophrène hospitalisé depuis très longtemps. La schizophrénie de M.C ne lui permet pas de vivre en dehors de l'hôpital psychiatrique. M.C a des capacités intellectuelles limitées. Ses idées délirantes sont peu exprimées et il s'est fait à l'organisation institutionnelle de l'hôpital.

⁴⁰. René Descartes, *Discours de la méthode*, Paris, Flammarion, « GF », 2000, p.29.

⁴¹. *Idem*, p.66.

⁴². *Ibidem*, p.68.

Régulièrement, M. C se rend à la ferme de l'hôpital pour offrir son aide. La ferme (qui n'existe plus aujourd'hui) permet aux patients d'avoir une activité en dehors de leur pavillon d'hospitalisation. C'est aussi le lieu d'un lien social et communautaire. M.C aime bien aider à ramasser les œufs, à livrer des légumes aux cuisines de l'hôpital, etc.

Un jeune interne en médecine⁴³, qui prend son poste dans le pavillon de M.C, décide de voir ce dernier en entretien médical. M.C est content, peut-être un peu gai : « c'est moi qui ai conduit le cheval blanc ce matin », dit-il. Ignorant l'existence de la ferme, l'interne décide de prescrire un médicament afin de limiter le délire du patient.

Cet exemple nous aide à réfléchir sur le lien entre le délire (l'effet) et la schizophrénie (la cause). Le délire est le symptôme qui permet au médecin de poser le diagnostic de psychose. De l'effet, on en déduit la cause. Dans notre situation, le médecin connaît le diagnostic du patient -la psychose- il en déduit l'effet : si les propos du patient sont hors de la réalité, c'est qu'il délire. Pour l'interne, un décalage se produit. Il ne s'agit pas de propos hors de la réalité, mais des propos hors de *sa* réalité propre : il ne lui paraît pas vraisemblable qu'un psychotique mène un cheval blanc dans le contexte d'un hôpital psychiatrique. Cet exemple nous montre que la raison permet d'appréhender le monde ; mais cette appréhension n'est pas dissociable de la réalité individuelle. C'est toujours en rapport à une individualité que le monde s'offre. Si le monde s'offre aux personnes, deux personnes ne saisissent pas le monde de la même manière. Mais l'erreur de l'interne n'est pas l'erreur de Descartes. On peut comprendre néanmoins l'erreur de l'interne dans ce que Descartes décrit de l'erreur. Dans sa Méditation Quatrième⁴⁴, Descartes se pose la question du vrai et du faux. Partant de l'idée que l'erreur est « la privation de quelque connaissance [que l'on devrait] posséder »⁴⁵, Descartes fait de l'erreur le concours de deux causes : l'entendement (« la puissance de connaître qui est en moi »⁴⁶) et la volonté (« la puissance d'élire »⁴⁷). L'entendement, qui permet de concevoir les idées des choses, est

⁴³. Tout en étant étudiant en médecine, l'interne a un statut de médecin à part entière. Ses stages sont répartis en semestres.

⁴⁴. René Descartes, *Méditations métaphysiques*, Paris, Flammarion, « GF », 1992.

⁴⁵. *Idem*, p.137.

⁴⁶. *Ibidem*, p.139.

⁴⁷. *Ibidem*.

limité à la personne. En revanche, la volonté, qui est le pouvoir de faire ou de ne pas faire, de ne nier ou ne pas nier... n'a pas de limite. L'erreur naît de ce que la volonté est plus étendue que l'entendement et que l'on peut porter un jugement sur quelque chose que l'on ne connaît pas. De cette affirmation, Descartes en déduit que « la connaissance de l'entendement doit toujours précéder la détermination de la volonté »⁴⁸. C'est la condition nécessaire pour éviter de faillir. L'interne de notre exemple aurait dû se saisir du conseil de Descartes et se renseigner pour savoir si ce cheval existait.

Néanmoins, la démarche de Descartes peut prêter à réflexion. L'excès du doute méthodique entraîne à tenir pour seule vérité son existence et celle de Dieu. Si Descartes concède faire partie de l'université de tous les êtres⁴⁹, le doute méthodique est une expérience de l'homme vers le monde, vers son extérieur. Avec Descartes, nous ne tenons pour vrai que ce qui nous est indubitable. Cette expérience du *cogito* est donc un mouvement unilatéral : pour accepter la vérité de l'autre, il faut que nous ayons déjà éprouvé cette vérité. Que l'autre nous dise que ce soit sa vérité ne nous suffit pas. En d'autres termes, pour que nous croyions que l'autre ait mal, il faut au préalable avoir expérimenté la même douleur. Si nous n'avons pas expérimenté cette douleur, nous ne pouvons que douter que l'autre ait mal.

Le *cogito* est donc l'expérience d'une personne qui regarde ce qui l'entoure. S'il s'agit d'une expérience de la découverte, c'est une expérience passive. Ce qui ne se présente pas à notre expérience ne serait alors pas à chercher.

Si le soignant saisit le psychotique par l'expérience du délire, le délire ne permet qu'une compréhension partielle du patient. Mais ce n'est pas la compréhension du patient. En d'autres termes, le délire ne se substitue pas au patient.

⁴⁸. *Ibidem*, p.147.

⁴⁹. *Idem*, p.139.

L'approche aristotélicienne nous montre qu'il s'agit de trouver, ce qui au-delà des mots ou des situations, va trouver une signification chez le patient. Tout comme pour les choses, la compréhension d'une situation est plus profonde que les mots qui servent à la décrire. La deuxième étape est de savoir si ce que le soignant distingue comme délire est réellement délire, c'est-à-dire un propos décalé par rapport à la réalité. Une approche cartésienne permet de prendre une distance par rapport à ses préjugés. Mais l'approche cartésienne ne suffit pas à elle-même car on n'admet vrai pour l'autre que ce qui est vrai pour soi-même, on ne laisse pas de place à l'autre dans sa singularité.

La prise de distance ne veut pas dire un rejet des classifications qui servent au soignant. Nous avons aussi vu que pour cette prise de distance, l'écoute du patient est importante. Ainsi, par la parole du patient, la nosologie prend du sens, et la nosologie donne du sens à la souffrance exprimée, sous-entendue ou niée par le patient. Comment cependant recevoir les paroles du patient ? Doit-on tenir pour vraies les paroles d'un patient dont on sait que le contact à la réalité est altéré ? Si c'est au contact du patient que l'on découvre sa singularité, si l'importance de la prise en compte de cette singularité supplante parfois l'intérêt des classifications, quelle adhésion porter aux propos du patient ? N'est-ce pas risquer de le faire sombrer dans son délire que d'accepter dans sa totalité son délire ? Le travail du soignant ne consiste-t-il pas à donner une accroche de la réalité pour aider le patient à revenir dans le sillon ?

Comment doser dans le soin l'acceptation de la singularité du patient tout en faisant que le délire ne soit pas trop envahissant ?

Troisième partie :
DÉLIRE ET RESPONSABILITÉ : QUAND LE DÉLIRE
ENGAGE LE SOIGNANT AU-DELÀ DU DÉLIRE

Chapitre V :
Quand le soignant laboure le champ de l'humanisme

Aller vers le patient, c'est tenter de comprendre une souffrance intime. Aller suppose de se déplacer et donc sortir de ses préjugés. C'est aussi prendre le temps de s'arrêter. Mais cette invitation chez l'autre ne doit pas faire oublier ce à quoi l'autre nous assigne.

1. La métaphore du sillon : ce que la souffrance donne comme écho

La métaphore du délire comme étant « en dehors du sillon » recèle plus de trésors que l'on pourrait supposer. Imaginons le soignant et le délirant dans un champ. Lorsque le soignant se trouve au milieu de ce champ, sur le sillon du bon sens, il est facile pour lui de repérer le délirant dans le sillon voisin, et de lui dire : « tu déliras ». Quand le champ est vaste et qu'on regarde au loin la perspective des sillons, on peut subir un effet d'optique. Si le délirant se trouve à un kilomètre, il est difficile d'apercevoir exactement sur quel sillon il se place. Le patient est-il sur le sillon juste à côté de celui du soignant ou est-il sur le même sillon que le soignant ? Le seul moyen pour le soignant de le savoir est de marcher sur son sillon et d'aller vers le patient. En arrivant vers le délirant, le soignant peut

faire deux constats : soit le délirant est sur le même sillon, soit il est sur le sillon d'à côté.

Si le délirant est sur le même sillon que le soignant, celui-ci découvre que le supposé délirant ne délirait pas. Il n'en reste pas moins que le patient est malade. Mais dans ce que le soignant qualifiait de délire, le patient était en fait en avance sur une réalité que le soignant ne saisissait pas encore. En marchant, le soignant a rejoint le patient sur une réalité.

Si le délirant est sur le sillon d'à côté, le soignant pourra dire que le patient délire. Mais c'est uniquement parce que le soignant a fait l'effort de marcher, d'aller vers le délirant, qu'il pourra poser son diagnostic.

Marcher vers l'autre n'est pas facile. C'est un labeur. C'est faire un effort en direction de l'autre. C'est accepter de modifier ses points de repère pour errer dans l'inconnu. L'inconnu fait peur. C'est pour cela qu'il est plus simple de regarder l'autre de sa position, au risque que l'effet d'optique nous trompe. Ainsi, on regarde l'autre en fonction de ses repères. Nous restons à notre place, dans le champ.

C'est plus confortable quand l'autre se déplace vers nous. Mais là, une partie de la compréhension des choses nous échappe. Réduisons un moment le délire à l'expression d'une souffrance. Le terme souffrance dérive du latin *ferre* qui signifie « porter » et qui a donné le verbe « souffrir ». La souffrance est ce que nous avons à porter, à tolérer, à endurer. Nous avons tous une expérience de la souffrance, mais nous avons tendance à penser que l'autre souffre de ce qui nous ferait souffrir. Cette proposition aboutit à trois affirmations :

- Nous trouvons normal que l'autre souffre de quelque chose qui nous ferait souffrir. C'est parce que la perte d'un être cher me ferait souffrir que je trouve normal que l'autre souffre dans de telles circonstances.

- Nous sommes dubitatifs quand l'autre souffre de quelque chose qui ne nous ferait pas souffrir. Nous trouverions déplacé que quelqu'un souffre de la perte d'un poisson rouge si nous n'éprouvons pas un attachement particulier pour cet animal.

- Nous sommes choqués quand quelqu'un ne souffre pas de quelque chose qui nous ferait souffrir. Nous ne comprendrions pas pourquoi quelqu'un apprendrait le décès d'un de ses proches en riant à gorge déployée.

De ces trois propositions, le soignant aidera plus volontiers le patient à porter le premier type de souffrance. Rester à cette conception, ce serait de considérer qu'aller vers l'autre, ce serait soigner l'autre dont la souffrance nous ferait souffrir. En fait, ce ne serait pas aller vers l'autre, ce serait attendre que l'autre nous convainque que sa souffrance est digne d'être prise en compte. Or le soignant resterait dans cette position que la seule souffrance valable est celle dans laquelle il se reconnaît. Ne serait recevable et digne d'être soigné que la personne dont la souffrance ressemblerait à celle du soignant.

II. De l'humanité Bubérienne...

Si le soignant se contentait de soigner une souffrance qui ressemblait à la sienne, il ne reconnaîtrait pas la singularité de la souffrance du patient -qui est la singularité de l'autre. Or c'est l'autre qui nous donne la possibilité d'accéder à notre humanité. Nous entendons par humanité, ce que Gaston Bachelard introduit dans la préface du *Je et Tu*⁵⁰ de Martin Buber.

Citant Fichte, Bachelard définit l'homme par rapport à l'homme : « l'homme n'est un homme que parmi les hommes »⁵¹. C'est dans une reconnaissance mutuelle que l'homme est homme. C'est en rapport à l'homme que l'homme est son humanité. C'est donc l'autre qui révélera mon humanité : « le moi s'éveille par la grâce du toi »⁵². Cette phrase vient symboliser la rencontre de deux consciences, qui crée le lien humain et sans laquelle rien n'est possible. Cet éveil, Buber le situera dans la rencontre du « Je » et du « Tu ». La relation *Je-Tu* est ce qui fonde la relation entre les hommes. Cette relation n'est pas un simple contact à l'autre. C'est une relation qui va au-delà de ce que l'autre donne à voir. L'autre qui se présente à nous à des caractères physiques ou psychologiques mais en restant à ces caractéristiques, nous ne sommes pas dans une relation *Je-Tu*. Nous serions dans un rapport superficiel que Buber appelle *Je-Cela*. En effet, « l'expérience est l'éloignement du Tu »⁵³. La relation *Je-Tu* va au-delà du monde de nos expériences. Il va toucher l'être dans ce qu'il de plus

⁵⁰. Martin Buber, *Je et Tu*, Paris, Aubier, « Bibliothèque philosophique », 1969.

⁵¹. *Ibidem*, p.9.

⁵². *Ibidem*, p.8.

⁵³. *Ibidem*, p.27.

profond, dans ce qu'il a de singulier. Le *Je-Tu* fonde le monde de la relation par l'existence de trois sphères : la « vie de la Nature », où les créatures se croisent, la « vie des hommes » où la relation est manifeste et explicite. On peut dans cette vie donner et recevoir le « Tu ». La troisième sphère est la communion avec les essences spirituelles. C'est un dialogue qui, au-delà de l'autre va vers le divin. C'est en invoquant ce « Tu éternel » que la relation *Je-tu* prend sa valeur transcendante, c'est-à-dire qui va au-delà de la rencontre de deux personnes dans un rapport *Je-Cela*.

Ainsi, dans la relation *Je-Tu*, les hommes sont des entités inséparables, le « Je » n'existe que s'il peut dire « Tu » ; le « Tu » existe parce qu'il est reconnu par le « Je » comme étant un « Je ». Ceci ne fait pas que les êtres soient substituables, mais que chacun se reconnaisse dans sa singularité et reconnaisse à l'autre une singularité. C'est ainsi que nous comprenons cette phrase de Bachelard :

« Il y a là une sorte d'ontologisme réciproque qui transcende le substantialisme du moi, qui fait du tu, en quelque manière, l'attribut le plus prochain, le plus fondamental du je. Je suis une substance si je suis une personne. Je suis une personne si je me lie à une autre personne⁵⁴ ».

Nous saisissons que si l'on extrayait le « Tu » de la relation, ceci n'entraînerait pas simplement une modification du « Je ». C'est l'essence même du « Je » qui serait en jeu. Le « Je » serait réduit à rien. Si c'est grâce au « Je » que la relation *Je-Tu* existe, c'est grâce au « Tu » que le « Je » existe. C'est dans cette idée que la maxime bachelardienne « le moi s'éveille par la grâce du toi »⁵⁵ prend sa valeur.

A l'expérience cartésienne, nous préférons donc la grâce Bubérienne et bachelardienne. En effet, l'expérience au sens cartésien nous amène à chosifier l'autre dans un ensemble de signes qui fera écho à notre entendement et guidera notre action. En d'autres termes, les signes qui ne feront pas écho à notre entendement nous condamneront à l'incompréhension ou à l'indifférence. Or Buber et Bachelard nous donnent une lumière nouvelle dans la relation soignante.

⁵⁴. *Ibidem*, p.10.

⁵⁵. *Ibidem*, p.8.

Ils nous font comprendre que quelques soient les raisons de la souffrance, le plus important, c'est que le patient souffre. Ce n'est pas pour-ce que le patient souffre qu'il faut le soigner. C'est parce que le patient souffre qu'il faut le soigner. Ce n'est pas ce qui fait souffrir l'autre qui doit me toucher. C'est parce que l'autre souffre que cela me touche.

Rester à l'expérience cartésienne, c'est être dans un rapport *Je-Cela* à l'autre. C'est soigner une mécanique défaillante. Dans ce sens, soigner le patient délirant, c'est réparer un appareil psychique défaillant. Envisager l'autre dans une relation *Je-Tu*, c'est témoigner de l'humanité de l'autre. C'est vivre une expérience humaine extraordinaire, c'est-à-dire qui sort de l'ordinaire et de la standardisation du quotidien du travail. Mais on ne sort pas du quotidien sans risque. Ce n'est pas sans risque qu'un soignant donne un morceau de pain à un patient alors qu'il est interdit de donner à manger en dehors des repas. Ce n'est pas sans risque que le soignant prolonge un dialogue avec un patient alors que le temps même du soin en tant qu'acte technique est limité. Ce soignant pourrait se voir reprocher de mettre trop de temps à ses soins. Pourtant, malgré ces risques, témoigner de l'humanité de l'autre est essentielle. C'est par ce témoignage que le soignant est un être humain et non une fonction. C'est parce qu'il se risque à l'humanité que l'être humain est homme. En même temps, ce risque est une nécessité. Emmanuel Levinas, comme nous allons le voir, dirait même que c'est une obligation.

III. ...à l'humanisme levinassien

Dans son dialogue avec Philippe Némou, retranscrit dans *Ethique et infini*⁵⁶, Levinas aborde la « responsabilité pour autrui ». Cette responsabilité passe par la reconnaissance du visage de l'autre. Ce visage ne se réduit pas à ses caractéristiques physiques ; il va bien au-delà d'une « phénoménologie du visage »⁵⁷. Il y a, par ce visage, quelque chose qui va signifier l'être. Ce n'est pas un savoir sur l'être mais la rencontre d'un être, de sa singularité. C'est la rencontre d'un être qui, en tant qu'être, est irremplaçable, insubstituable. Il ne s'agit donc pas d'une connaissance mais d'une reconnaissance de l'humanité de

⁵⁶. Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, Fayard, « Livre de poche », Paris, 1982.

⁵⁷. *Idem*, p.79. Levinas ajoute que la phénoménologie décrit de qui apparaît.

l'autre par le simple fait qu'il se présente à mon regard. L'apparition du visage chez Lévinas rappelle la relation *Je-Tu* de Buber, à ceci près que chez Lévinas, le visage de l'autre nous rend responsables. A la symétrie Bubérienne du *Je-tu*, correspond l'asymétrie lévinasienne de l'apparition du visage. Car, chez Levinas, c'est à partir du moment que l'on voit le visage d'autrui qu'on est responsable d'autrui : « ma responsabilité est incessible, personne ne saurait me remplacer »⁵⁸. Cette responsabilité n'attend pas de réciproque⁵⁹. S'engager pour l'autre, c'est s'engager pour l'humanité, c'est-à-dire pour l'ensemble des hommes et pour ce qui fait que les hommes sont hommes. C'est parce que je suis Homme et que l'autre est Homme que je m'engage. Ainsi, la responsabilité s'impose quelle que soit la volonté de l'autre. Elle s'impose à l'autre comme elle s'impose à moi. Je dois assumer cette responsabilité que je sache ou non comment l'assumer. La responsabilité se traduit en termes éthiques : c'est le visage qui me fait agir. C'est cette humanité mise en acte que nous appelons « humanisme ». C'est parce que l'autre est mon *alter ego* que sa responsabilité m'incombe. C'est parce que j'existe que l'autre existe car sans mon existence, l'autre est réduit à néant. Mais, ajouterait Buber, « l'homme devient un *Je* au contact du *Tu* »⁶⁰. C'est aussi parce que l'autre existe que j'existe. Pour toutes ces raisons que nous venons d'expliquer, l'autre m'oblige. Mais c'est parce qu'il m'oblige que la relation avec l'autre n'est pas facile.

Le soignant doit porter une attention particulière à l'autre, non seulement parce que c'est son métier, mais surtout parce que c'est une nécessité humaine. Si Buber nous invite à accueillir l'autre dans sa parole et dans sa singularité, Lévinas nous rappelle que nous ne pouvons pas rester passifs face à cette parole, à cette singularité. Porter une attention particulière à l'autre, c'est parfois contrarier l'autre.

⁵⁸. *Ibidem*, p.97.

⁵⁹. *Ibidem*, p.94 : « Je suis responsable d'autrui sans attendre la réciproque, dût-il m'en coûter la vie ».

⁶⁰. *Ibidem*, p.52.

La métaphore du sillon nous apprend que le soignant doit parcourir un chemin parfois difficile pour accéder à la compréhension du patient. Ce chemin parcouru aide à appréhender une souffrance qui n'est pas sienne. Derrière la souffrance se cache une personne. C'est en tenant compte non seulement de la souffrance, mais aussi de la personne, que le soignant fait acte d'humanité. Si cet acte s'impose au soignant, l'acte de soigner doit parfois s'imposer aussi au patient.

Chapitre VI :

Les philosophes au secours du terrain

L'acte de soigner n'est pas une simple responsabilité juridique pour le soignant. C'est aussi une responsabilité humaine. Aménager cette responsabilité, qui peut prendre les formes d'une contrainte, et le soin relève dès lors d'un art.

I. Le rappeur à l'épreuve de l'hospitalisation

L'expérience soignante recèle de situations où, pour aider l'autre, il faut aller contre sa volonté. M. F est un patient d'une vingtaine d'années hospitalisé pour troubles du comportement sur la voie publique. Le diagnostic annoncé sur le certificat médical qui préconise l'hospitalisation d'office est celui de « bouffée délirante aiguë ». Le certificat fait aussi état d'« idées délirantes à thématiques mégalomaniaques et mystiques », chez ce patient « déclamant des poèmes à contenus universalistes ».

A peine entré, M.F devient insupportable pour les autres patients et les soignants. Il vocifère, il est parfois menaçant. Son comportement l'amène à faire un séjour en chambre de soins intensifs. C'est que M.F est pressé de sortir de l'hôpital. M.F argumente cet empressement : il est chanteur. Il doit vite rejoindre son groupe de rap. L'enregistrement de leur second disque est imminent et ils ont pris du retard dans leurs répétitions. Les soignants ne discréditent pas M.F, mais ils mettent ces paroles au crédit de la mégalomanie du patient. La situation perdure pendant trois jours, jusqu'au moment où le médecin, en contact avec la famille du patient, confirme les dires de M.F. Cette confirmation ne vient pas

mettre un terme à l'hospitalisation. Elle permet cependant d'aménager l'hospitalisation avec les nécessités du patient, ce qui permet d'apaiser les rapports. Les « poèmes à thème universalistes » prennent aussi une autre appellation : il s'agit tout simplement d'un rap que les soignants pourront écouter sur le prochain album de M.F.

Cet exemple met en scène trois personnages principaux : le patient, le soignant et le psychiatre. Le patient est réduit à son statut de délirant et parce qu'il est délirant, tous ses propos sont mesurés à l'aune d'une réalité. L'étalon de cette réalité est déterminé par les soignants et le psychiatre. C'est parce qu'ils jugent peu probable que le patient soit chanteur qu'ils inscrivent cette idée dans une thématique délirante mégalomaniacale. Mais, dans un second temps, c'est le psychiatre qui fait passer l'idée exprimée du délire à la réalité. Quelle différence y a-t-il entre la parole du patient et celle du psychiatre ? Aucune, ils disent tous les deux la même chose. Certes, le patient le dit avec plus de véhémence. Certes, le psychiatre a une légitimité supplémentaire : c'est en portant la parole de l'entourage du patient qu'il vient attester de la réalité des propos du M.F. Cependant, ce n'est pas une preuve. Le psychiatre ne s'est jamais rendu dans un studio où M.F. enregistrerait un disque. Il a jugé réels les propos que d'autres personnes lui ont portés. S'il a jugé réels ces propos, c'est qu'il a considéré qu'il pouvait faire confiance aux personnes qui les ont tenus. De la même manière, les soignants ont considéré qu'ils pouvaient croire les propos du psychiatre. L'exemple énoncé ci-dessus nous montre que les soignants auraient pu croire le patient. Cette confiance prêtée à l'autre nous amène à valider provisoirement notre hypothèse de départ :

Le contexte dans lequel on reçoit les propos de l'autre conditionne ce rapport à l'autre et notre jugement de l'autre.

Le fait que les propos du patient soient crédibles conditionne la relation soignante et le jugement des soignants. Lalande nous signale que la crédibilité est « le caractère de ce qui mérite d'être cru, ou de celui qui mérite d'être cru⁶¹ ». C'est estimer que la parole, que la croyance de l'autre est recevable. Ce n'est pas forcément adhérer à la croyance de l'autre. C'est accepter de l'autre que sa réalité puisse être réelle. La crédibilité, c'est donner à l'autre une reconnaissance, une

⁶¹. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, André Lalande, *op. cit.*, p.195.

dignité. Après quelques jours d'hospitalisation, on a reconnu à M.F la dignité d'être crédible. Or cette reconnaissance n'influe pas sur la décision de l'hospitalisation. Tout au plus, elle rend cette hospitalisation un peu plus supportable pour tous. Mais il y a encore une décision de l'équipe médicale et paramédicale qui contraint le patient. Dans notre exemple, ce n'est donc pas la crédibilité seule qui conditionne le rapport du soignant au patient. Ainsi, la crédibilité ne donne pas une réponse parfaite à notre hypothèse. Pour aller plus loin dans notre compréhension, nous avons besoin de réfléchir sur la relation soignante.

II. L'éveil de « la grâce du toi » dans la relation soignante

Buber nous apporte des éléments intéressants sur la relation. Tentons donc d'éclairer la relation soignante d'un œil Bubérien. Reprenons la situation de M.F depuis le départ. Au début de l'hospitalisation, le patient est considéré par le soignant à partir de ses caractéristiques pathologiques. Le soignant se sert de son expérience : apprentissages théoriques, vécu de situations similaires ou approches de patients présentant des symptômes analogues. Dès lors, le patient s'efface derrière une représentation expérimentale : on ne le connaît pas et pourtant on pense savoir qui il est. Dès lors, le patient n'est pas « Tu », il n'est que « Cela ». Cette connaissance expérimentale fait que les soignants ne vont pas au fond des choses : la parole reste une parole défaillante, délirante et donc pathologique. Ce que le patient présente est déjà connu : d'autres l'ont déjà présenté avant lui. La parole du patient s'inscrit dans la banalité des propos d'un délirant. On n'en tient pas compte. La parole étant délirante, mégalomane, elle n'a pas de sens, sinon de confirmer le diagnostic que l'on a posé. Certes, l'agressivité du patient n'aide pas à lui apporter une écoute particulière. Mais ce qui est matière à détresse pour le patient ne fait pas écho au « Je » du soignant.

Cependant, le caractère délirant allégué au propos du patient est-il le seul obstacle à la rencontre singulière entre le soignant et le patient ? Suffit-il que la réalité des propos du patient soit attestée par le psychiatre pour que le « Je » du soignant rencontre le « Tu » du patient ? Buber nous indique que « Tout moyen est un obstacle. Quand les moyens sont abolis, alors seulement se produit la

rencontre »⁶². Le délire⁶³ est certes un obstacle, mais il peut y en avoir d'autres comme l'agressivité du patient par exemple. L'agressivité et le délire de M.F ne sont que des expressions de sa maladie mentale. La maladie mentale est elle-même un caractère que l'on prête à M.F. Buber nous apprend que pour qu'un être devienne « Tu », il faut qu'il soit « affranchi » des caractéristiques que nous serions tentés de lui donner. Affranchir un être de ces caractéristiques, c'est la condition pour vivre la rencontre, « le miracle d'une présence exclusive »⁶⁴. C'est dans cette rencontre singulière que l'on peut soigner l'autre. Selon Buber, seul l'amour de l'autre peut permettre de l'affranchir de ses caractéristiques.

Dans notre hypothèse de départ, le terme « contexte » peut regrouper l'ensemble des caractéristiques que l'on prête au patient. Ainsi, notre hypothèse, ajustée à la parole de Buber, se déclinerait dans une autre dimension : *dans la relation soignante, il faut s'affranchir des éléments du contexte.*

Cependant, on pressent dans cette conclusion les prémises d'une nouvelle limite. Car pour vivre la plénitude d'un *Je-Tu*, il faudrait, dirions-nous à Buber, que le *Je-Tu* soit aussi une relation *Tu-Je*. Cette relation suppose une certaine symétrie. Cette symétrie n'est pas parfaite car l'être n'est pas parfait. Les oscillations dans cette symétrie doivent cependant être minimales. Si avec Buber, on comprend que « dans l'amour, un *Je* prend la responsabilité d'un *Tu* », l'aide que l'on apporte à l'autre ne peut pas s'imposer à l'autre. Si notre aide s'impose, elle aboutit à ce que l'autre voit en nous la méchanceté, c'est-à-dire le « Cela ». Buber nous rappelle que « l'homme ne peut vivre sans le *Cela*⁶⁵ ». Cependant, notre compréhension de cet auteur ne nous donne pas une déclinaison satisfaisante de notre hypothèse. Pour Buber, « c'est par la grâce que le *Tu* vient à moi⁶⁶ ». L'étymologie de « grâce » nous renvoie à la *gratia*, la reconnaissance. Si, selon la maxime bachelardienne, cette reconnaissance du « toi » permet un éveil, on ne peut préserver cet éveil sans le parer d'une vigilance. Autrement, cet éveil deviendrait une extase, c'est-à-dire une paralysie. Ce qui est précieux amène à un respect, à une conservation. Le soignant peut s'éveiller par la grâce du patient, il

⁶². *Je et Tu*, Martin Buber, *op. cit.*, p.30.

⁶³. Nous considérons le délire comme un moyen en ce sens que, comme le moyen, il s'interpose en tant qu'expérience entre le « Je » et le « Tu ».

⁶⁴. *Ibidem*, p.34.

⁶⁵. *Ibidem*, p.60.

⁶⁶. *Ibidem*, p.29.

doit aussi être éveillé par la grâce de tous les êtres. Tous ces êtres font partie du contexte. Dans le rapport au patient, on ne peut faire abstraction des autres hommes. Le soignant doit protéger le patient, c'est pour cela qu'il ne peut pas le laisser sortir de l'hôpital. Mais la décision de ne pas faire sortir le patient se prend aussi vis-à-vis de l'extérieur. M.F, au stade critique de sa maladie pourrait mettre en danger d'autres personnes. Le soignant doit donc tenir compte des éléments du contexte de soins. Ainsi, Buber, par l'éveil du *Je-Tu*, ne nous permet pas de résoudre notre hypothèse mais il nous fait comprendre vers quoi doit tendre la relation soignante.

III. Quand Buber fait la courte échelle à Levinas

Si la relation soignante doit être nimbée de vigilance, c'est parce que l'autre nous oblige. Nous avons vu avec Levinas que la responsabilité pour autrui s'impose dès l'apparition de son visage : « sans même avoir à prendre de responsabilité à son égard ; sa responsabilité "m'incombe" : c'est une responsabilité qui va au-delà de ce que je fais »⁶⁷.

Cette responsabilité s'impose au soignant, mais elle impose si nécessaire que le soignant impose au patient. C'est un devoir vis-à-vis du patient mais aussi vis-à-vis des autres personnes. C'est donc par devoir envers la communauté des hommes mais aussi envers l'humanité que la responsabilité pour autrui s'impose. Si dans la relation soignante, le soignant doit chercher le « Tu » du patient, il doit être capable de baliser cet éveil. C'est cette responsabilité pour autrui qui sert de balisage et qui guidera les actions du soignant.

On voit bien dans la situation de M.F, que la réalité de ses propos ne suffit pas à faire sortir le patient. S'il ne sort pas, c'est parce qu'il est malade. On lui impose cette décision, mais on l'impose pour lui et pour la société. Cette responsabilité pour autrui nous permet de valider notre hypothèse de départ :

Le contexte dans lequel on reçoit les propos de l'autre conditionne ce rapport à l'autre et notre jugement de l'autre.

Dans la relation soignante, la question du délire est un élément important, mais ce n'est pas l'élément primordial. Ce qui est primordial est ce que l'on doit faire pour l'autre tout en lui préservant sa dignité. A ce titre, il faut savoir

⁶⁷. *Ethique et infini*, Emmanuel Levinas, op. cit., p.92.

s'affranchir du contexte, mais il faut tenir compte du contexte chaque fois que celui-ci s'impose. Ainsi, c'est le contexte qui guidera le rapport à l'autre et le jugement de l'opportunité d'une action.

Ces quelques éléments nous permettent de valider notre hypothèse de départ. Cependant, l'éclairage Bubérien et lévinassien amène à repenser la question de départ :

Qu'est-ce qui fait que l'on ne croit pas les propos d'une personne portant un diagnostic de maladie mentale ?

Nous avons montré que la crédibilité peut amener un élément de réponse. Mais la présence du délire ou du caractère délirant allégué aux propos du patient doit être pris dans un ensemble plus vaste : c'est à la fois le patient dans sa singularité mais aussi le contexte dans lequel évolue le patient.

Conclusion

La psychiatrie est une spécialité médicale à part. Si la médecine a connu de nombreuses avancées techniques, la psychiatrie ne dispose pas de moyens d'investigation de l'appareil psychique : il n'y a pas d'imagerie de l'âme. Certes, il existe des examens modernes pour décrire la sphère cérébrale. Ces moyens sont capables de mettre en évidence quelques connexions neuronales ou de quantifier des taux d'enzymes cérébrales. Mais l'aide qu'apporte ces examens aux patients reste accessoire.

C'est parce que la médecine essaie de déterminer les mécanismes des maladies qu'elle décrit le délire comme une machine à part entière. C'est une machine qui fonctionne avec ses mécanismes, avec ses thèmes, etc. mais il serait excessif de prétendre que la psychiatrie réduit le délire à sa machinerie.

Pour comprendre le délire, il faut accueillir ce qu'il est au départ : c'est une parole. Quand on dit « parole », on ne dit pas forcément « mots ». On dit plutôt que c'est un ensemble de signes. Avec Aristote et saint Augustin, nous apprenons que les signes sont parfois imparfaits pour désigner les choses qu'ils sont censés désigner. Face à cette imperfection, le soignant se voit assigné de combler la part obscure de la signification. Le risque est de créer une signification qui n'existe pas dans la parole du patient. A l'inverse, le soignant risque de ne pas mesurer la pleine-réalité de ce que le patient veut signifier. Ces risques nous rappellent la fragilité du diagnostic du délire et la nécessité d'avoir à l'esprit cette question : en quoi la parole d'un patient ne correspond pas à la réalité ? Dans cette perspective, le bon sens ou sens social décrit par Bergson ne suffit pas. Le

soignant a besoin d'une démarche clinique. Cette démarche permet de rapprocher la parole du patient à des généralités pathologiques. Cependant, il appartient au soignant de ne pas céder à cette généralité et de faire de la clinique une histoire vivante. L'histoire vivante est à la fois une histoire de vie et une histoire qui évolue en fonction de la parole du patient. Mais pour que cette histoire prenne une couleur singulière, le soignant doit réfléchir sur sa représentation du délire. Est-ce un simple symptôme ou une parole qui a un sens et qu'il faudra inscrire dans la singularité du patient ? Le *cogito* aide le soignant à remettre en question ses représentations. Néanmoins, le *cogito* ne donne pas de réponse satisfaisante lorsque la présentation de l'autre ne paraît pas rationnelle. Dans sa réflexion, le soignant doit accepter de faire un pas vers l'autre. Il ne s'agit pas pour le soignant de se contenter de soigner les seules souffrances dans lesquelles il se reconnaît. Il doit être capable de reconnaître chez l'autre la légitimité de sa souffrance. Buber nous apprend que cette reconnaissance, cette *gratia* permet un éveil de notre humanité profonde. Levinas fait de cette reconnaissance un devoir de responsabilité pour autrui. C'est dans le secours de ces deux philosophes que le soignant trouvera sa voie. Il faut aller à la rencontre de l'autre, respecter sa singularité, mais aussi attacher cette singularité pour lier l'être au reste du monde. Soigner l'autre, c'est se soucier de l'autre, y compris lorsque l'autre ne se soucie pas de lui. Le souci de l'autre n'est pas qu'une affaire de soignant. C'est un devoir qui incombe à tous les êtres.

Index *nominum*

A

André, *Pierre* 5
 Aristote 11, 12, 21, 23, 44
 Augustin 12, 13, 44

B

Bachelard, *Gaston* 33, 34
 Bergson, *Henri* 18, 19, 27, 44
 Bleuler, *Eugen* 8
 Buber, *Martin* 33, 34, 36, 40, 41, 42, 45

C

Canguilhem, *Georges* 15, 21

D

Damasio, *Antonio* 15
 Descartes, *René* 26, 27, 28, 29

F

Fiat, *Eric* 13
 Fichte 33
 Folscheid, *Dominique* 16
 Foucault, *Michel* 5, 11, 14, 25

H

Hippocrate 9

J

James 4
 Jolibert, *Bernard* 13

L

Lalande, *André* 11, 39
 Le Grand, *Albert* 12
 Levinas, *Emmanuel* 35, 36, 42, 45

N

Némo, *Philippe* 35

P

Pinel, *Philippe* 4

T

Thuillier, *Jean* 5, 7

W

Wunenburger, *Jean-Jacques* 16

Index rerum

A

altérité 18
 âme 12, 13, 14, 20, 27, 44
 antipsychotiques 19, 20

B

bile noire 21, 22
 bon sens 3, 18, 19, 23, 26, 31, 44

C

clinique 15
cogito 26, 27, 29, 45
 convention 12, 18
 crédibilité 39, 43

D

délirant 1, 2, 5, 10
 délire. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 16,
 18, 19, 20, 21, 23, 28, 29, 30, 31, 32, 39,
 41, 42, 43, 44
 discours 1, 11, 21
 doute méthodique 27, 29

E

élan vital 19
 entendement 28, 34
 erreur 28
 explication 23

G

grâce 33, 34, 40, 41

H

humanisme 36
 humanité 33, 35, 37, 42, 45

J

Je-Cela 33, 35
Je-Tu 33, 34, 35, 41

M

méthode 3, 4, 24, 27

N

nature 22
 neuroleptiques 20
 normal 14, 15, 19, 32
 norme 14, 15
 nosologie 13, 19, 30

P

parole 2, 9, 14, 22, 23, 25, 30, 36, 39, 40, 41,
 44
phusis 22
 psychisme 21
 psychose 3, 4, 8, 14, 19, 20, 25, 28

R

raison 5, 19, 27, 28
 réalité ..3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 25, 28,
 30, 32, 39, 40, 42, 44
 relation soignante, 41, 42
 responsabilité pour autrui 35

S

sens social 18, 44
 signe 11, 12, 13, 16
 signifiant 15, 25
 signification 6, 11, 12, 20, 29, 44
 signifié 25, 26
 sillon 30, 31
 singularité ..14, 15, 17, 22, 30, 33, 34, 35, 36,
 43, 45
 souffrance 10, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 45
spaltung 8
 symptômes 1, 10, 11, 40

T

témoin de réalité 5, 14
triade aristotélicienne 12
 triangle scolastique 12

V

visage 35, 42
 volonté 9, 19, 28, 36, 38

Bibliographie

- Pierre André, *Psychiatrie de l'adulte*, Thoiry, Heures de France, 1994.
- Aristote, *L'homme de génie et la mélancolie*, Paris, Payot & Rivages, poche, 2006.
- Aristote, *La politique*, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 1995.
- Aristote, *Organon I et II, catégories de l'interprétation* Paris, Vrin, 2004.
- Augustin, *Le Maître*, Klincksieck, « philosophie de l'éducation », Paris, 2002.
- Henri Bergson, *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, PUF, « Quadrige grands textes », Paris, 2007.
- Martin Buber, *Je et Tu*, Paris, Aubier, « Bibliothèque philosophique », 1969.
- Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, « Quadrige », Paris, 2003.
- Antonio Damasio, *Le sentiment même de soi : corps, émotion, conscience*, Paris, Odile Jacob.
- René Descartes, *Discours de la méthode*, Paris, Flammarion, « GF », 2000.
- René Descartes, *Méditations métaphysiques*, Paris, Flammarion, « GF », 1992.
- Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-Le Mintier, Jean-François Mattéi, *Philosophie et droit de l'éthique médicale*, Paris, PUF, « Thémis ».
- Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard tel, Paris, 1972.
- Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF, « Quadrige grands textes », Paris, 1963.
- André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, « Quadrige dicos poche », Paris, 1926.
- Thérèse Lemperrière, *Psychiatrie de l'adulte*, Masson, Paris, 2006.
- Emmanuel Levinas, *Ethique et infini*, Fayard, « Livre de poche », Paris, 1982.
- Laurence Hansen Løve, *La philosophie de A à Z*, Hatier, Paris, 2000.
- Jean Thuillier, *La folie, histoire et dictionnaire*, Paris, Robert Laffont, 1996.

Symptôme de la psychose, le délire est un ensemble de signes qui annonce au soignant que le patient est hors réalité. L'expérience en psychiatrie montre qu'un propos ne reçoit le qualificatif de délire qu'en fonction de l'étiquette de la personne qui l'émet. Nous émettons dès lors l'hypothèse que le contexte influe sur la croyance des propos d'une personne.

Dans la relation au patient, la démarche clinique doit faire sens sur deux plans : la psychopathologie et l'histoire singulière du patient. Sans cette histoire, la clinique donne lieu à des stéréotypes. Ces stéréotypes sont renforcés si cette histoire s'efface devant le bon sens, ce sens social décrit par Bergson. Le délire ne serait alors qu'une expérience physiologique subie par le patient, expérience qu'il suffirait de reproduire graduellement comme l'aurait conseillé Aristote.

Donner un sens singulier au délire, c'est au contraire essayer de comprendre de quoi le patient veut témoigner. Pour ce faire, il faut rejeter tout préjugé. Si le *cogito* peut représenter le point de départ de cet exercice, il ne permet pas de comprendre comment le patient vit ses troubles. Un chemin supplémentaire est à parcourir pour s'éveiller à la grâce d'autrui. Ainsi, le soignant bubérien peut reconnaître à l'autre la légitimité de sa souffrance. Mais c'est parce que l'autre est reconnu dans sa légitimité d'être ce qu'il est, que le soignant en prend la responsabilité. Cette responsabilité décrite par Levinas transcende la croyance de l'autre. Elle fait de la réalité des propos quelque chose d'accessoire dans la relation soignante.

Mots clés : délire - psychiatrie - réalité - relation soignante - singularité