



**HAL**  
open science

# La notion de handicap psychique comme analyseur des mots de la psychiatrie

J.-J. Bonamour Du Tartre

► **To cite this version:**

J.-J. Bonamour Du Tartre. La notion de handicap psychique comme analyseur des mots de la psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (10), pp.776. 10.1016/j.amp.2010.09.014 . hal-00698863

**HAL Id: hal-00698863**

**<https://hal.science/hal-00698863>**

Submitted on 18 May 2012

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

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

## Accepted Manuscript

Title: La notion de handicap psychique comme analyseur des mots de la psychiatrie

Author: J.-J. Bonamour du Tartre

PII: S0003-4487(10)00326-4  
DOI: doi:10.1016/j.amp.2010.09.014  
Reference: AMEPSY 1255

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Tartre J-JB, La notion de handicap psychique comme analyseur des mots de la psychiatrie, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2010.09.014

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***La notion de handicap psychique comme analyseur des mots de la psychiatrie****Concept of handicap psychic like analyzer of the words of psychiatry****J.-J. Bonamour du Tartre**

*Psychiatre, Praticien Hospitalier temps partiel, Unité de Jour de Psychiatrie du secteur 6 des Yvelines (chef de service, Dr F.-R. Cousin), 30, rue du Maréchal Galliéni, 78100 St Germain-en-Laye, France*

Auteur correspondant : Dr Jean-Jacques Bonamour du Tartre, psychiatre, Praticien Hospitalier temps partiel, Unité de Jour de Psychiatrie du secteur 6 des Yvelines (chef de service, Dr F.-R. Cousin), 30, rue du Maréchal Galliéni, 78100 St Germain-en-Laye, France

Adresse email : jjbdt@aliceadsl.fr

**Résumé**

L'évolution des mœurs et de la législation depuis une dizaine d'années a introduit une levée de l'inhibition à parler des affections psychiatriques et à utiliser des termes techniques ou assimilés. La relation clinique montre malgré tout qu'il est souvent bien illusoire de penser que des mots, quels qu'ils soient, pourraient en quelque sorte neutraliser la violence psychique que comporte notamment la notion de psychose, ce qui met le thérapeute au long cours dans l'embarras avec une insistance redondante.

La notion de handicap psychique peut bien représenter un progrès sur certains plans, elle n'en demeure pas moins un concept « hostile » pour la plupart des patients, en tant qu'elle vient entamer un vœu d'intégrité psychique toujours âprement défendu.

*Mots clés* : Handicap psychique ; Relation clinique

**Abstract**

The evolution of manners and the legislation for about ten years has introduced a lifting of inhibition to speaking about the psychiatric affections and using technical or comparable terms. The clinical relation shows that it is often illusory to think that words, whatever they are, could to some extent neutralize the psychic violence which in particular the

concept of psychosis comprises, which puts the therapist at the long course in the embarrassment with a redundant insistence.

The concept of psychic handicap can represent a progress on certain plans, it does not remain about it less one “hostile” concept for most patients, as it comes to start a psychic wish of integrity always bitterly defended.

*Keywords:* Clinical relation; Psychic handicap

Peut-il y avoir de relation thérapeutique dans notre discipline qui ne nous amènerait à rencontrer répétitivement l’embarras à désigner l’objet qui nous rassemble, et n’exigerait pas de nous d’assumer un certain degré de rétention de discours, dans l’attente des moments au fond assez rares, où nous pouvons vraiment dire quelque chose à nos patients sur leur maladie ?

Il y a un trentaine d’années, personne ne se posait la question de savoir s’il convenait de parler au patient de sa maladie mentale, et il était tout juste possible de commencer simplement à nommer les symptômes sans se sentir encombré : le clinicien préférait de loin tenter d’obtenir habilement du patient l’aveu spontané de ses troubles d’ordre psychotique, et chacun se souvient de l’art de certains maîtres de la psychiatrie pour la présentation clinique publique dans les services de soins, quand bien même le patient s’y trouvait quelque peu acculé à « jouer son rôle », parfois avec brio, d’ailleurs.

Notre psychiatrie s’adonnait encore librement à une culture de l’observation, du détail et de la finesse sémiologique et nosographique qui a fait sa tradition et sa réputation, dans laquelle l’insaisissable de la folie était en quelque sorte métabolisé grâce à sa transposition dans le discours scientifique de notre discipline, discours qui ne regardait que nous, maîtres et disciples, ou presque.

Patients comme familles étaient volontiers exclus de ce vocabulaire, si ce n’est rejetés par le cercle d’initiés que nous formions, hormis quelques moments où « une posture médicale magistrale » autorisait la délivrance assurée d’une parole vécue alors comme incontestable...

Patients et familles sont devenus des usagers, la nécessité et la valeur de l’information reconnues, et l’évolution du statut du patient vers la « citoyenneté » va parfois jusqu’à le mettre en position de consommateur de soins, non seulement responsable mais avisé : tout cela a totalement changé la donne et « exigé » de nous un positionnement tout autre, de nature

apparemment partenariale et égalitaire, et un partage du savoir sur la maladie, « au nom du droit ».

Enfin, le désenclavement du sujet de la folie et la nécessaire lutte contre la stigmatisation des malades mentaux semblent avoir soutenu comme une évidence la nécessité « d'en parler », en tout cas dans le mouvement de lutte des familles ou d'autres intervenants auprès de cette population, « au nom de la militance associative ».

Discours du maître, droit à l'information, revendication des familles, autant de raisons de forcer l'adresse au patient, voire parfois de le contraindre à savoir ce qu'il ne peut entendre tel quel, ou a peut-être très souvent besoin de méconnaître...

Ainsi, sous l'influence d'une certaine idéalisation de l'information et de la transparence, et au nom d'un principe de coopération pacifique avec patients et familles, s'est construite une banalisation, si ce n'est une obligation des discours, et nous serions devenus capables de tout dire, et les usagers capables de tout entendre et de tout interroger, au nom du progrès officiel, en quelque sorte...

La notion toute neuve de handicap psychique pourrait bien être prise dans ce mouvement idéalisant, qui tend à escamoter tout autant la difficulté de la psychiatrie de trouver les mots justes pour désigner ses objets que celle de trouver le moment et le ton propices à une information non traumatique des patients comme des familles, et ce sera là mon propos.

La question du handicap psychique et de son évaluation est en effet venue relancer pour moi une réflexion largement induite initialement par la problématique de l'information depuis une dizaine d'années : en effet, la prise en compte de ce handicap et l'installation des mesures compensatoires passent de façon quasi obligatoire par une investigation poussée auprès du patient, laquelle va très probablement rencontrer la résistance de ce dernier à la conscience détaillée du trouble, mais aussi notre propre manque de recul dans ce domaine de l'information et du partenariat dans la relation de soins.

Mon propos n'est bien sûr pas de contester le bien-fondé de l'information des patients ou de la reconnaissance du handicap psychique comme spécifique ; le clinicien a tôt fait d'en mesurer l'intérêt théorique, dans la distinction entre l'affection et les empêchements qu'elle génère, tout comme l'intérêt thérapeutique, en termes de clarification possible de la relation et des objectifs du soin ou de l'accompagnement, mais plutôt d'insister sur la complexité du dialogue avec le patient et avec sa famille, et sur l'impact de nos discours sur le développement de l'investissement des soins.

Car à l'ère du « tout dire et tout évaluer », il nous faudrait sans doute nous arrêter plus souvent et avec plus d'attention sur la distance entre les concepts nourrissant notre réflexion et les mots que nous pouvons utiliser avec nos patients.

Trois petites évocations de ces problèmes dans notre contexte :

1) La promulgation de la loi de mars 2002, avec l'obligation d'information et l'accès au dossier qu'elle comprend, associée à une tendance générale à banaliser la psychose, comme si elle était une maladie comme une autre, pouvaient constituer de solides arguments pour des passages à l'acte informatifs pour le moins violents, si ce n'est sauvages. Cela n'a pas manqué de se produire, et en de nombreuses occasions, des patients ont pu rapporter comment, par exemple, un diagnostic de schizophrénie avait pu leur être délivré de façon très directe : pour la plupart, ils en ont fait une sorte d'identification prothétique non intégrée, à la fois superficielle et obsédante, et donc peu utilisable en termes de dynamique du rapport au soin, voire susceptible d'alimenter son refus. Nombreux sont ceux qui l'ont vécu comme une disqualification inacceptable, si ce n'est comme une insulte... Le mot de handicap est-il beaucoup plus avenant, ou le restera-t-il bien longtemps ? Est-il plus facile d'être handicapé que d'être malade mental ou psychique ?

2) Lors du colloque du CNSA de Versailles organisé à l'automne 2008 sur la question de l'évaluation du handicap psychique, j'eus la naïveté d'utiliser le terme de schizophrène pour désigner le patient psychotique lors d'une question posée dans un atelier : je fus aussitôt gentiment mais fermement désavoué par quelques participants s'avérant être des parents membres de l'Unafam, précisant que ce mot était désormais proscrit de leur vocabulaire.

3) Le déroulement d'un certain nombre de réunions publiques rassemblant des familles et des professionnels de la psychiatrie montre que très souvent, nous psychiatres, cherchions un discours suffisamment distancié propice à tous les apaisements (c'est volontiers le discours de la science qui est alors emprunté), les familles s'y inscrivant en miroir, tandis que ça et là pointaient rapidement des échappements de violence verbale à l'endroit des patients ou des soignants, montrant bien que l'apaisement n'est peut-être pas si probable ni stable dans notre domaine...

Ces quelques éléments pour illustrer combien parler de la maladie mentale ou de ses conséquences, comme le handicap, c'est toujours tenter de dire l'indicible ou l'inqualifiable, et se pencher sur l'horreur de n'être plus soi, voire de n'être plus, tout simplement. Va-t-il nous être possible d'inventer une manière de parler à nos patients du handicap psychique qui soit adaptée, et de ce fait recevable ?

Nous avons sûrement quelques années devant nous pour y parvenir, et je souhaite aujourd'hui seulement développer la réflexion dans deux directions :

- celle de l'inévitable embarras des mots propre à notre discipline ;
- celle du caractère volontiers exceptionnel d'une réelle possibilité d'information ou d'évaluation dans la relation de soins.

### **1. L'embarras des mots**

Si l'on se réfère au langage courant, le mot handicap renvoie à des notions peu flatteuses : on retrouve à son propos la dimension péjorative, voire injurieuse, propre à la plupart des termes désignant un trouble psychique : le « schizo », le « parano », le « ouf », l'« handicapé mental », servent souvent à surdésigner et rejeter le porteur momentané ou durable d'un « écart à la norme du côté de l'insuffisance », et la bienséance contemporaine réprouve fortement l'usage du mot « fou », pourtant si parlant et si partageable.

Les mots que nous aurions tendance à utiliser a priori, puisqu'ils sont référencés à notre pratique, émanent généralement du vocabulaire médical ou du registre savant : schizophrénie, trouble bipolaire, maladie ou handicap « psychique », avec cette notion de psychique tout à fait inusuelle en fait, et de nature très savante : si le « psychologique » peut s'être fait désormais une place dans le registre du normal, et que le « moral » est depuis longtemps passé dans la langue profane pour qualifier un trouble certain à ce niveau, il n'en est pas de même pour le « psychique », tout aussi mystérieux qu'imprononçable...

Que ce soient ceux-là ou d'autres, ces mots portent en eux généralement une puissance difficile à manier (sauf à l'imaginer neutralisée par la posture magistrale de son utilisateur), au point qu'il convient de l'amortir en l'enrobant par des périphrases, comme « situation de handicap psychique » : entre la brutalité de certains mots et le risque de brouillage des idées si l'on cherche à l'atténuer, se pose en continu la question de leur définition, de leur pertinence, et de la limite de leur portée.

Pour peu que la question de la psychose s'en mêle, avec ce qu'elle comporte de vécus persécutifs à l'endroit des mots, qui deviennent souvent à la fois énigmatiques, hypersignifiants et surpuissants, notre affaire devient très compliquée, si ce n'est inextricable...

Mais peut-on espérer que la réflexion aboutisse à définir des mots de maniement facile ? Je n'y crois guère, tant il me paraît que le sujet de la psychose en particulier vient justement désigner cette précarité même de notre rapport aux mots et au sens, précarité dont

nous, sujets réputés normaux, nous distrayons assez aisément, mais qui, pour nos patients psychotiques ne peut s'évanouir, et devient un véritable handicap de tous les instants.

D'où ma conviction que l'embarras du psychiatre est tout aussi inévitable que définitif, quand il se trouve au pied du mur de l'adresse au patient, et qu'il importe qu'il en prenne acte, et en accepte l'augure.

## **2. La complexité et la rareté de l'acte d'information ou d'évaluation**

Il est courant dans notre pratique de rencontrer le déni du trouble de la part de nos patients, et même assez souvent de la part de leur entourage : le mécanisme nous en paraît classique, pas surprenant, au fond, et nous savons le repérer dans ses variantes, comme la banalisation, par exemple.

Mais notre démarche d'information ou d'évaluation peut aussi tout simplement rencontrer « la nécessité narcissique ordinaire de se penser normal et complet, voire un peu immortel », sans laquelle il est tout de même difficile d'avancer au jour le jour : qui parmi nous pourrait vivre sans s'appuyer sur un certain fantasme d'intégrité psychique de principe ? Peut-être pas nos patients psychotiques non plus, après tout, handicapés ou pas...

L'expérience du suivi au long cours de patients psychotiques tend à montrer, d'autre part, que la possibilité de travailler dans une liberté de parole satisfaisante pour les deux parties n'apparaît généralement qu'assez loin dans l'après-coup des premiers moments critiques : souvent, trois à dix années sont nécessaires après le début des troubles pour qu'apparaisse une fenêtre de dialogue, en quelque sorte, permettant au clinicien de délivrer une information, « à un moment où le patient le demande et/ou semble prêt pour la recevoir ». Cette apparition présente comme il se doit un caractère éphémère ou pour le moins sporadique, et peut laisser de très longs intervalles de silence ou de refus obstiné, donnant parfois à penser que rien ne s'est inscrit, ce qui est probablement faux.

Cette réalité me paraît très importante, au sens où elle détermine la nécessité pour le psychiatre d'assumer une posture de rétention, parfois durable, parfaitement justifiée à mon sens par les nécessités de préservation narcissique du patient : il s'agit là pour moi d'une « exigence éthique » dont le clinicien ne saurait se dédouaner, quand bien même il contreviendrait par là à ses obligations légales formelles en matière d'information, ou bien qu'il passerait outre le précepte contemporain d'une nécessité de l'information pour asseoir le soin.

Il me semble que la question du handicap psychique et de son évaluation gagneraient à être abordées par le clinicien avec la même prudence.

### **3. Face à toutes ces contraintes, quelle solution ?**

Il me semble que les progrès dans la conception ou dans la prise en compte des problèmes psychiatriques s'étaient sur une évolution de nos modes de pensée, à nous qui ne sommes pas affectés par ces troubles, du moins en sommes-nous convaincus... Et que les mêmes concepts prennent une toute autre dimension lorsque cet écart ne peut se faire aisément : l'appréhension du trouble psychique est nécessairement plus complexe et laborieux pour le psychisme qui en est affecté.

Ainsi, penser le handicap psychique et arriver à se penser en tant qu'handicapé psychique représente des dynamiques et des temps bien différents, et le risque existe aujourd'hui qu'ils soient collabés par une certaine banalisation contemporaine de l'annonce, sous la pression de certaines modes ou dispositions, et surtout celle du temps, qui nous fait de plus en plus défaut.

Il nous appartient de travailler à réduire l'inadéquation entre les concepts et le discours délivré au patient, à partir d'une prise de conscience de notre part des contraintes propres à notre domaine. Ainsi, un effort d'identification nous est sûrement nécessaire, qui nous amène à repérer nos impasses de pensée tout autant que l'impact de nos paroles sur leurs destinataires : par exemple, il va bien nous falloir faire quelque chose de la réaction souvent totalement éberluée de nos patients psychotiques devant la notion de « projet de vie », maintenant à l'ordre du jour de la plupart des évaluations et des protocoles mis en place dans les institutions, sans que la violence de cette expression soit le moins du monde entendue par ses utilisateurs, quand elle est proposée à quelqu'un qui a plus ou moins conscience de s'être échoué dans sa vie et pour qui la conception de la temporalité est des plus délicates.

Il n'est sans doute pas de solution miracle, ni encore moins définitive, mais il me semble que le « bon usage » de ces concepts ou dispositions récents imposerait que nous prenions le temps de nous les approprier au travers d'une élaboration critique soignée, faute de quoi ils risquent de constituer des objets de langue irrecevables, déterminant leur rejet, ou pire, une identification à l'agresseur, en quelque sorte (« je suis bipolaire, je suis handicapé »).

Chaque mot dans notre domaine frappant au cœur de l'être, il nous faut à la fois reconnaître la difficulté à appréhender cette intimité, et à nous la représenter dans une langue « utile », c'est-à-dire assimilable et ouvrant sur un allègement possible du fardeau.

À la suite de l'apparition de l'obligation légale de l'information aux patients, nous nous sommes attelés à l'Unité de Jour à la rédaction d'un document expliquant les troubles psychotiques : c'est finalement le terme que nous avons retenu. Après de nombreuses réunions d'équipe étalées sur plusieurs mois, et sa validation par nos patients réunis spécialement à cet effet, nous avons pu aboutir à la rédaction d'un document avec lequel nous sommes en paix, je dirais : autrement dit, nous pouvons l'utiliser ponctuellement sans réserve, parce que la violence initiale des concepts a été largement métabolisée par l'élaboration préalable du groupe.

Il est probable que la notion de handicap psychique nous contraigne à un travail analogue, déjà entamé au demeurant, travail de récréation de langue en quelque sorte, que le sujet de la psychose réclame tout particulièrement, et qui ne peut guère s'inscrire que patiemment dans une relation thérapeutique au long cours.

#### **4. Pour conclure**

Je souhaitais insister aujourd'hui sur la nécessité de garder à l'esprit le hiatus entre la langue savante, celle de nos concepts, ou encore celle du législateur, et la langue profane, celle dans laquelle s'exprime la grande majorité de notre patientèle, ainsi que sur la difficulté très particulière à notre discipline à trouver ses mots.

Contrairement au domaine des affections somatiques, dont la connaissance est généralement réservée aux spécialistes de l'affaire, le trouble psychique, ce qui relève du domaine de la folie, en terme générique, est l'objet d'une approche et d'une connaissance profanes, qui privilégient certains mots et en rejettent certains autres.

Il nous appartient de prendre le temps et de faire la démarche de réélaboration qui permette un glissement possible d'une langue à l'autre, et la notion de handicap psychique devra sûrement accepter cette épreuve.

**Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur**