# Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ?

Caroline Guibet Lafaye

▶ **To cite this version:**

Caroline Guibet Lafaye. Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ?. Pratiques en santé mentale, 2014, n° 4, p. 17-20. hal-01147865

**HAL Id: hal-01147865**
**https://hal.science/hal-01147865**

Submitted on 2 May 2015

**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.

« Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? », *Pratiques en Santé mentale* : « De la contention à la contenance »[1].

Caroline GUIBET LAFAYE
CNRS – (Centre Maurice Halbwachs)

En sciences sociales, une large part de la littérature s'organise autour d'une partition entre d'une part des approches en termes de contrôle social et, d'autre part, des approches intéressées aux processus d'émancipation. En 1961, Erwin Goffman dans *Asiles* soulignait le rôle du recours à la contrainte comme un moyen de contrôle social dont les formes ont varié à travers le temps et l'histoire. Sur le vieux continent, M. Foucault (1975, 2003) dans une perspective générale a montré comment la normalisation sociale opérait sous la forme d'une contrainte euphémisée, opérant sans que les acteurs en aient conscience. Cette normalisation s'appuie sur différentes institutions « disciplinaires », dont la prison et l'hôpital psychiatrique (voir Rhodes, 2004). Ces approches vont jusqu'à relativiser l'injonction au respect du consentement, en considérant qu'elle demeure subordonnée à l'entreprise de contrôle et de discipline exercée par l'institution (Prior, 1993). La dimension de contrainte reste première.

La familiarité avec la psychiatrie suggère néanmoins que le sens profond du *care* y est souci de l'autre plutôt que simplement sollicitude ou empathie. Cette approche permet de renouveler le regard porté sur ce champ, en se départissant du prisme du paternalisme, de la préoccupation pour la protection des personnes pour privilégier le souci de l'autre. Il demeure que la contrainte reste d'usage courant en psychiatrie. Comment le souci de l'autre conduit-il à des mesures de contrainte, à faire fi de la volonté et des préférences de la personne dont on se soucie ?

En psychiatrie, on force les gens à se soigner alors que la loi du 22 avril 2005 a permis que les patients refusent les traitements. La psychiatrie s'affirme, dans le paysage médical, sous la figure de l'exception puisque « les praticiens ont le droit, délégué par la société, de soigner contre leur volonté des individus » (Bottéro, 2011, p. 132).

Ce recours à l'usage de la contrainte, c'est-à-dire aussi à la force et à la violence, fait l'objet, en psychiatrie, d'un apprentissage. Le corps infirmier et les jeunes médecins sont socialisés à l'imposition de la contrainte et à l'acceptation de son exercice. Le passage initiatique advient souvent aux urgences psychiatriques de Sainte Anne, à Paris, ou bien dans des services de psychiatrie fermés où ces soignants sont confrontés à des patients en états de crise psychotique. Ces lieux dessinent la scène où l'on se convaincra que l'on ne peut pas faire autrement. Certains entreprendront ensuite un travail de désapprentissage pour prendre leur distance à l'égard de cette socialisation, pour désapprendre ce qui a leur été inculqué ou se convaincre

[1] Texte publié in *Pratiques en Santé mentale*, numéro « De la contention à la contenance », Fédération d'Aide en Santé Mentale (FASM), Champs Social édition, n° 4, Paris, automne 2014, p. 17-20. [ISSN : 1286-1286] Site web : http://croixmarine.com/revue/presentation/

qu'autre chose est possible que ce soit en fondant de nouvelles structures – des équipes mobiles par exemple – ou bien en s'orientant vers d'autres branches de la psychiatrie, telles la pédopsychiatrie.

Cette socialisation passe par, s'appuie et instaure des processus d'euphémisation de la violence à travers l'usage de jeux de langage (voir Labouret, 2012). Elle passe également par l'adoption d'un discours de la « contenance ». Comme le souligne ce jeune médecin, qui nous rapporte les premières scènes de violence dont elle a été témoin sur un patient en psychiatrie adulte : « L'argument, c'est toujours la contenance, c'est de permettre aux gens de se rassembler, de les recentrer sur les soins, sur eux-mêmes, qu'elles comprennent qu'elles sont dans un lieu de soin[1] mais je continue à ne pas en voir la pertinence. […] C'est une violence qui est faite : on veut passer un uniforme, on ne veut pas permettre des vêtements de ville. » (N.B.) Ce médecin ayant pu mettre en perspective ces scènes avec ce qu'il était possible de faire sans la contrainte, grâce à une expérience réalisée lors de sa formation à La Chesnaie remarque que « La contenance [y] est assurée par les gens, par la parole, par la coordination de la réflexion des soignants autour d'une personne. » (N.B.)

Une enquête qualitative, menée entre octobre 2012 et juillet 2013, à travers laquelle nous avons recueilli 110 témoignages de professionnels travaillant en psychiatrie, suggère que la contrainte s'impose à partir de plusieurs arguments pouvant tous s'intégrer dans l'un de ces registres : ils sont soit normatifs, soit téléologiques, soit fondés sur le paradigme médical, soit sur l'argument de la nécessité s'imposant apparemment aux protagonistes de la situation, ou sur la requalification de la notion de soin. Les justifications normatives mettent en avant le principe de non assistance à personne en danger, de la continuité dans la prise en charge, l'intérêt du patient – notion sujette à bien des interprétations –, la mise en danger de soi ou des autres avec l'idée que la société doit protéger la personne contre elle-même, le paternalisme revendiqué parfois dans les termes de la responsabilité que doit assumer le médecin[2]. Les justifications de type téléologiques, *i.e.* fondées sur la finalité de l'action entreprise, mobilisent la référence à la souffrance du patient (et à la possibilité de le soulager), la rationalisation de l'organisation des dispositifs de soin, tels les chambres d'isolement ou d'autres formes de contention, la configuration de la réception des patients au service d'urgences.

Certains discours convertissent même l'imposition de la contrainte en une obligation *morale* plutôt que clinique. Cette conversion procède en instituant en principe de premier rang le risque vital ou l'exigence de secourir une personne en danger, en invoquant la catégorie de la dangerosité et sa construction, en proposant une requalification du consentement et la détermination de critères du consentement « valide » (voir Guibet Lafaye, 2014).

D'autres justifications s'appuient sur le paradigme médical, s'exprimant soit en référence à la mission de la psychiatrie exclusivement (conformément à l'idée que « La mission de la psychiatrie est de repérer les gens qui souffrent et d'apaiser leur souffrance ou qu'ils soient chez eux ou à la rue. » (A.M.)), soit en référence à la médecine en général, la mission médicale étant de sauver des vies. La comparaison avec la médecine somatique sert d'opérateur pour légitimer certaines pratiques. De la même, façon la requalification de la contrainte dans les termes du soin rend acceptable ce qui, à certains, semblera inacceptable.

Cette légitimation s'appuie également sur des interprétations de l'intérêt du patient. Certains soulèvent la question : « Faut-il laisser un sujet sans soins sous prétexte qu'il les refuse alors que sa pathologie l'empêche de décider en parfaite autonomie » (Senon et Jonas, 2004, p. 109) ? Les mesures de contrainte sont souvent prononcées – et légitimées – au nom de

[1] Le respect de l'ordre institutionnel et l'éducation passent par la discipline des corps.

[2] Dans ce cas, le principe de bienfaisance signifie : « je sais où est le bien et mon rôle social est de faire le bien ». (C,J.) […] « Je prends la responsabilité et j'estime avoir les arguments pour le faire. » (C,J.)

l'intérêt de la personne mais ces argumentations sont intrinsèquement insuffisantes, dans la mesure où cette notion est sujette à des interprétations variées, son contenu ne prenant pas le même sens selon les individus et selon les parties prenantes. Cette position normative peut être médiatisée par le postulat selon lequel « en général, l'intérêt d'une personne c'est d'être en bonne santé »[1], c'est-à-dire à partir d'une définition restrictive de l'intérêt individuel à quoi on peut opposer que ce dernier est au moins autant d'être traité avec respect, comme une personne et d'être respecté dans sa capacité à décider pour soi-même ou au moins à vouloir conformément à ses propres valeurs. Or il n'est pas certain que soient toujours conciliables les deux normes consistant à « être là pour aider la personne » – en réponse à une demande motivée par la souffrance – et « être là pour qu'elle aille bien, pour la soigner » – plus spécifique à la tradition médicale. « Aller bien » en psychiatrie ne signifie pas nécessairement être guéri ou avoir à déployer le maximum de traitement pour la santé (et pour quelle santé ?).

D'autres mettront à distance la violence que comporte l'imposition de la contrainte en soulignant l'obligation qui s'impose aux psychiatres eux-mêmes, en particulier aux psychiatres ayant accepté de travailler à l'hôpital public. Certains admettent : « J'ai accepté ce principe. » (C.J.[2]) Le fait de choisir d'assumer une fonction, un rôle, en l'occurrence celui de psychiatre de l'hôpital public en France, permet répondre au dilemme que constituerait pour d'autres le recours à la contrainte (voir Guibet Lafaye, 2015). Cependant accepter d'être psychiatre dans des institutions publiques est-ce aujourd'hui encore accepter, de façon corrélative, d'assumer le contrôle social des attitudes déviantes ?

Au-delà des arguments, nos travaux montrent que le rapport à la contrainte et à son usage sont fondés sur des représentations. Il dépend, en premier lieu, des représentations de la folie (et des maladie mentales), en particulier de la présupposition d'absence d'*insight* ou absence de conscience caractéristique de la schizophrénie (voir Masson *et al.*, 2001 ; Bottéro, 2008), de l'interprétation de la pathologie en termes d'ambivalence, ou encore de la reconnaissance d'une incapacité inhérente au patient ou à son état. La possibilité et la capacité d'imposer la contrainte à autrui et donc de lui faire subir une violence dépend également de la perception de l'autre – du « patient » – comme quelqu'un que l'on doit soigner, respecter, traiter ou contrôler. Ces représentations concernent enfin la valeur que les soignants confèrent à l'hospitalisation et à ses effets. Selon ces représentations, les attitudes à l'égard des patients et de la contrainte varieront. À l'inverse, certains médecins soulignent l'antinomie entre le soin et la contrainte pour autant que celui-ci implique, en psychiatrie comme dans la médecine en général, la relation qui s'avère mise en péril par la contrainte et le pouvoir d'imposer cette dernière.

De même et pour revenir à la question soulevée de façon liminaire : quel sens a le respect de l'autre et le souci de l'autre, lorsqu'il prend forme *via* des dispositifs de contrainte ? On peut douter que s'actualise alors le respect de l'individualité. Lorsque la contrainte s'impose comme une nécessité et que la psychiatrie assume sa fonction de salut public, probablement est-ce davantage la personne en tant qu'individu organique (plutôt que dans sa singularité) que l'on veut préserver. Cette attitude se fonde sur une métaphysique du sujet, distinguant une part saine et une part malade au sein du sujet (voir H. Ey). Certains feront de la part raisonnable du sujet la seule instance de l'individualité. Or la possibilité d'envisager l'individualité, au-delà des limites de la rationalité dépend de la capacité à faire une place à l'altérité, à la différence. Entrevoir qu'autre chose soit possible que la réponse psychiatrique par la contrainte suppose une prise de distance par rapport à certains outils de la psychiatrie, qu'ils soient médicamenteux, fondés sur la privation de liberté ou la séparation d'avec l'extérieur, et de

[1] « Le bien de chaque chose est ce qui la conserve » (Aristote, *Politique*, II, 1261 b 9).

[2] « En travaillant en psychiatrie à l'hôpital, on sait qu'il y a ces situations. Il faut les accepter et les gérer. On sait que ce sont des patients qui ont besoin de nous. » (C.J.)

considérer aussi que la contrainte hospitalière peut induire plus de souffrance qu'elle ne prétend en soulager.

## Références


Bottéro A., « Insight et psychose » *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 2008, 33, p. 9-11.

Bottéro A., « Travaux préparatoires à la rédaction du chapitre V de la CIM-11 », *Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci.*, 2011, 9, p. 131-138.

Foucault M., *Surveiller et punir*, Paris, NRF Gallimard, 1975.

Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique.* Cours au Collège de France, 1973-1974, Paris, Hautes Études, Gallimard, Le Seuil, 2003.

Goffman E., *Asiles* [1961], Paris, éd. de Minuit, 1968.

Guibet Lafaye C., « Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves) », *Éthique et santé*, Issy-les-Moulineaux (France), Elsevier Masson, 2014.

Guibet Lafaye C., « Irréductibilité des conflits normatifs et dilemmes moraux en psychiatrie », *Éthique, Politique et Religions*, Institut de recherches philosophiques de Lyon, Paris, n° 7, 2015.

Labouret O., *Le Nouvel ordre psychiatrique*, Paris, Eres, 2012.

Masson M. *et al.*, « La conscience de la maladie dans les troubles schizophréniques, schizo-affectifs, bipolaires et unipolaires de l'humeur : résultats d'une étude comparative de 90 patients hospitalisés, *AMP*, 2001, 159, p. 369-374.

Prior L., *The social organization of mental illness*, Thousand Oaks, CA Sage Publications, 1993.

Rhodes L., *Total Confinement Madness and Reason in the Maximum Security Prison*, University of California Press, California Series in Public Anthropology, 2004.

Senon J.-L. et Jonas C., « Droit des patients en psychiatrie », *EMC-Psychiatrie*, 1, 2004, p. 107-127.