



HAL
open science

Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux

Livia Velpry, Benoît Eyraud

► To cite this version:

Livia Velpry, Benoît Eyraud. Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux. Pascal J.-C.; Hanon C. Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie, Doin, 2014. halshs-01086628

HAL Id: halshs-01086628

<https://shs.hal.science/halshs-01086628>

Submitted on 1 Mar 2016

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.

« Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux,

Livia Velpry, Benoît Eyraud et al.¹, in Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie, Jean-Charles Pascal et Cécile Hanon (dir.), Doin Editions, 2014

A la suite de la mission qu'il a animée pour l'Assemblée Nationale pendant l'année 2013, le député Denys Robillard dénonce l'augmentation du recours à la contention et des mesures d'hospitalisations sans le consentement des malades comme une « forte dérive de la psychiatrie »². Ce risque de « dérive » est régulièrement dénoncé. Il y a quelques années, la création d'unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) destinées à accueillir des détenus, comme l'ouverture de nouvelles unités pour malades difficiles (UMD) ont ainsi été considérées comme le signe d'une orientation sécuritaire de la psychiatrie. Le recours à l'enfermement, et à la contrainte physique ne sont pas les seuls objets d'inquiétude, il en va de même de la contrainte légale. Les extensions législatives récentes³ des soins sans consentement à l'ensemble des modalités de prise en charge en psychiatrie, ont éveillé des craintes à ce sujet.

Le recours à la contrainte dans les pratiques de soin n'est pas spécifique à la psychiatrie. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a ainsi proposé d'ajouter les maisons de retraite au périmètre de surveillance de son service⁴. Plus largement encore, ces problèmes se posent pour de nombreux professionnels de l'action sociale au moment d'intervenir auprès d'une personne, ou, du moins, à son domicile.

De manière générale, tout soin, qu'il se traduise par un acte médical, par l'accompagnement professionnalisé du travail social ou par des formes plus « profanes » d'activités assurées par les proches –et caractérisées dans certaines recherches comme travail « de la dépendance » ou « de care », a des dimensions contraignantes. Celles-ci posent problème dans un contexte juridique, administratif et éthique qui promeut l'autonomie des personnes et des patients, et qui fait du consentement la pierre angulaire de la relation de soin.

La tension entre les pratiques concrètes qui impliquent de la contrainte et les règles qui les encadrent qui exigent la prise en compte de l'a personne posent au moins deux types d'enjeux. Le premier est plutôt moral. Il s'agit de comprendre les écarts entre ce qui est prescrit par des règles juridiques et la manière dont les acteurs résolvent en situation les dilemmes dans lesquels ils se trouvent. Comment ceux-ci s'expliquent-ils ? Relèvent-ils d'un souci du « travail bien fait » (Clot, 2008), de la réalisation nécessaire du « sale boulot » (Everett-Hughes, 1996), ces tâches qui doivent être exécutées alors même qu'elles vont à l'encontre de valeurs éthiques et notamment de celles qui sont valorisées par le collectif de travail lui-même (Molinier, 2008) ou encore de formes de négligence ? Les pratiques contraignantes dans le soin constituent une « zone grise » dans le sens où il est difficile de déterminer précisément où s'arrête la contrainte inévitable, où commence la maltraitance.

¹ Ce texte est inspiré du programme de recherche Contrast, financé par l'Agence Nationale de la Recherche, que Benoît Eyraud et Livia Velpry codirigent. Il est le fruit d'une réflexion et écriture commune avec les membres de l'équipe : Aude Béliard, Jean-Philippe Cobbaut, Claude-Olivier Doron, Alice Le Goff, Lucie Lechevalier Hurard, Alexandre Litzler, Ana Marquès, Caroline Protais, Olivier Renaudie, Sébastien Saetta, Anne Toppani, Pierre Vidal-Naquet .

² Interview de Libération du 26 décembre 2013

³ Lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013.

⁴ J.M Delarue, Conférence de Presse du 25 février 2013 présentant le rapport d'activité 2012.

Le second enjeu est relatif à l'évolution de l'action publique et des différentes instances juridictionnelles⁵ du soin. La valorisation du consentement dans les pratiques de soin renouvelle les conflits entre différentes juridictions, médicales ou professionnelles, mais aussi judiciaires et administratives qui arbitrent entre le souci civil des libertés individuelles et celui plus social de la protection. Elles ont donné lieu au niveau européen ou constitutionnel à des décisions déplaçant les domaines de compétence des juridictions administratives et judiciaires sur le soin sans consentement⁶. Elles ont également conduit à des transferts de compétences⁷. Mais pour beaucoup, ces conflits juridictionnels ne sont pas résolus. Le flou qui entoure en France la possibilité d'administrer un traitement que refuse un patient hospitalisé sans son consentement est emblématique. Si l'hospitalisation relève aujourd'hui du respect des libertés individuelles garanties par le juge, de multiples traitements⁸ impliquant des interventions sur le corps relèvent de décisions qui peuvent être aussi bien cliniques, qu'éthiques ou judiciaires, sans qu'une hiérarchie ne soit établie.

Ces deux enjeux concernent tous les protagonistes du soin. Ils sont particulièrement visibles dans le soin en santé mentale, dans la mesure où les enjeux liés à la disqualification des capacités à consentir par des professionnels ainsi qu'aux dimensions contraignantes du soin y apparaissent de façon particulièrement saillante. Cet article propose de montrer comment les sciences sociales peuvent contribuer à mieux comprendre ces enjeux. Il revient sur les analyses classiques de la contrainte dans les pratiques de soin et présente un programme pluridisciplinaire de recherche renouvelant ces perspectives, qui s'adresse aussi bien aux chercheurs qu'aux acteurs du soin.

1. Le soin en santé mentale et son cadre réglementaire

Le soin en santé mentale se définit *a minima* à partir de deux critères, l'incertitude sur les capacités d'une personne à consentir et l'existence de prise en charge portant atteintes aux libertés fondamentales de la personne⁹. Historiquement, ce type de soin a été régulé par une législation spécifique, celle de la loi du 30 juin 1838, dite « Loi sur les Aliénés » et fondatrice de l'histoire moderne de la psychiatrie. Cette logique perdure aujourd'hui, la loi du 5 juillet 2011 ayant actualisé le statut civil particulier réservé aux personnes qui font l'objet de soin sans consentement en psychiatrie. Cette contrainte se caractérise d'abord d'un point de vue juridique par l'autorisation de se passer du consentement de la personne

⁵ Dans la lignée de l'usage d'Andrew Abbott (1988), nous utilisons ce terme de juridictionnel dans un sens élargi, qui désigne toute instance, administrative, judiciaire, professionnelle, éthique ou autre, qui est amenée à juger d'un problème selon des règles propres.

⁶ Par exemple, **au Royaume-Uni**, le *Bournewood case* qui a amené la Cour Européenne à considérer, à propos d'un internement que, si les professionnels ont agi dans « l'intérêt supérieur » du requérant, leur décision a souffert d'un défaut de « garantie procédurale » et que, en conséquence, ce dernier n'a pas été protégé contre la privation arbitraire de liberté. **En France**, la décision du 26 nov. 2010 du Conseil Constitutionnel déclare contraire à la Constitution l'article L. 337 du code de la santé publique qui autorise le maintien de l'hospitalisation sans consentement sans contrôle de la décision par une juridiction judiciaire.

⁷ Par exemple, le soin aux détenus est passé par la loi du 18 janvier 1994 de l'autorité pénitentiaire à l'autorité sanitaire.

⁸ Est entendu ici par traitement ceux qui relèvent de la chimiothérapie, de la chirurgie ou de la psychothérapie comme des différentes thérapies psychodynamiques ou encore des soins de réhabilitation ou d'accompagnement.

⁹ Une telle définition du soin en santé mentale prend en compte l'héritage de la psychiatrie tout en ouvrant la possibilité de penser des problèmes communs à des acteurs très diversifiés, et notamment en s'affranchissant des découpages administratifs (entre le social et le sanitaire, le handicap et la dépendance), professionnels (entre gériatrie et psychiatrie), ou juridictionnels (entre judiciaire et médical). Cette définition intègre ainsi différentes significations du terme de santé mentale, relatives aussi bien à la délimitation de politiques publiques, à des champs de discours sociaux ou de philosophie morale, sans se réduire à aucune d'entre elles.

dans de nombreuses situations dans lesquelles le médecin peut intervenir, quel que soit l'avis du patient (péril imminent, urgence, motif de santé publique, sûreté et protection des personnes), ce qu'entérine la jurisprudence administrative. La loi du 5 juillet 2011 a même étendu l'autorisation possible de pratiques de soin sans le consentement de la personne, dans le cas de soins psychiatriques.

Cependant, le lien entre cette législation et les formes contraignantes des pratiques de soin s'est considérablement distendu (Eyraud et Velpry, 2013 ; Eyraud et Moreau, 2013). Trois principaux éléments en rendent compte de la tension croissante entre la valorisation du consentement et de l'autonomie et le maintien de dimensions contraignantes dans les pratiques de soin en santé mentale.

Tout d'abord, l'activité psychiatrique ne se réduit pas aux pratiques thérapeutiques comportant une contrainte encadrée légalement. La prise en charge psychiatrique s'inscrit aujourd'hui largement dans un droit commun sanitaire où le recueil du consentement et la participation du patient sont devenus la règle privilégiée, dans la loi comme dans les politiques publiques.

Depuis la fin du XXe siècle, les notions de consentement et d'autonomie sont largement mobilisées et valorisées, tant dans le champ de la santé que dans le champ social et médico-social. Ce mouvement est international et déjà ancien. En France, la nécessité de rechercher le consentement "éclairé" est réaffirmée depuis plusieurs décennies par Cour de Cassation. Au niveau international, de nombreux textes, comme la Charte Européenne des droits du patient (1984), affirment depuis longtemps les droits des bénéficiaires de soin.

Plusieurs dispositions législatives récentes cherchent à renforcer l'autonomie du bénéficiaire de soin et le respect de sa volonté (Cluzel-Métayer, 2012). La Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé introduit le droit à l'information des malades, l'accès à leur dossier médical, et la désignation possible d'une personne de confiance lorsque leur état les rend incapables d'exprimer leur volonté. Des dispositions similaires sont prévues par la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux. La Loi du 11 février 2005 sur le handicap adosse les plans de compensation des conséquences du handicap au projet de vie des usagers ; la loi, dite Léonetti rend possible les directives anticipées ; la Loi du 5 mars 2007 organise plusieurs dispositifs pour soutenir l'autonomie des personnes faisant l'objet de mesures de protection. La Loi du 17 juin 1998 sur les infractions sexuelles a même affirmé la nécessité du consentement de la personne au soin dans le domaine pénal, dans le cadre notamment des injonctions judiciaires.

Cette valorisation du respect du consentement des personnes bénéficiant de soins se diffuse également par les nouvelles pratiques de gouvernance et d'évaluation. Les politiques publiques relatives à la santé, au handicap ou à l'action sociale promeuvent ce souci de la personne et de son consentement dans l'organisation des services et des établissements de soin ou médico-sociaux. De nouvelles autorités administratives ou agences (HAS, ANESM, CNSA¹⁰) diffusent des recommandations de bonnes pratiques, des démarches qualité, qui insistent sur la place qui doit être faite à la personne. Des instances consultatives se développent également (CCNE, comités d'éthiques hospitaliers, groupe ad hoc). Cette

¹⁰ HAS : Haute Autorité de Santé, ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux ; CNSA : Caisse Nationale Solidarité Autonomie

affirmation du souci envers la manière dont les patients, usagers, personnes bénéficiaires sont pris en considération dans la relation de soin commence même à avoir des implications budgétaires et économiques. Les modalités de recueil de l'adhésion et/ou de la participation aux soins des patients sont introduites dans les projets d'établissement qui conditionnent les agréments administratifs et les éligibilités financières.

Ensuite, au-delà des situations de soins sans consentement définies et encadrées légalement, toutes les observations ethnographiques montrent que les proches, les professionnels, les médecins exercent, le plus souvent de manière informelle, diverses formes de contrainte. Celles-ci vont du recours à la force physique à la persuasion, en passant par le volontarisme contraint et l'observance utilitaire (Lovell, 1996), et visent à engager ou maintenir les personnes dans des démarches de soin, voire pour les amener à consentir. Ces contraintes créent des conflits moraux, lorsque les aspirations réelles ou supposées des malades se heurtent manifestement à leurs intérêts, ou ceux de la société, et que les soignants entendent malgré tout défendre ces intérêts.

Enfin, le recours à des formes de contrainte dans les pratiques de soin existe de manière diffuse dans de nombreux lieux non concernés par cette législation. Dans ces structures, qui peuvent relever administrativement de services sanitaires mais aussi sociaux et médico-sociaux ou encore appartenir au secteur pénal, l'adhésion de la personne aux soins doit être recherchée (établissements pour personnes handicapées, pour personnes âgées, services d'accompagnement, médecine de ville...) ou est nécessaire à l'exécution de la mesure (suivi socio-judiciaire). Pour autant, de nombreuses formes de contrainte sont pratiquées dans ces structures. Si de plus en plus de textes encadrent les pratiques¹¹, les règles qu'ils énoncent demeurent non obligatoires.

La relation thérapeutique tend donc largement à être encadrée aujourd'hui par des règles juridiques, administratives, éthiques, qui accordent une place centrale à la personne saisie au travers de sa volonté et de sa capacité à entrer dans un rapport de nature contractuel avec les soignants. Pour autant, la mise en avant du consentement ne signifie pas, loin de là, une disparition de la contrainte dans les pratiques de soin. De quels éléments de réflexion dispose-t-on pour analyser la tension qui en résulte ?

2. Le regard des sciences sociales sur la contrainte dans le soin en santé mentale

Les sciences sociales se sont traditionnellement intéressées à deux dimensions des pratiques de soin. Elles ont d'abord éclairé les dimensions de contrôle social, tout particulièrement dans le soin en santé mentale ; elles ont plus récemment souligné les enjeux d'émancipation présents dans les pratiques de soin.

Prééminence du contrôle social

De nombreux auteurs d'orientation théorique différente ont adopté une perspective de contrôle social pour analyser l'intervention thérapeutique en santé mentale. Dans les années 1960, Erving Goffman (1968) analyse les effets délétères de l'hospitalisation prolongée sur

¹¹ Par exemple : Limiter les risques de contention, ANAES, 2000 ; Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, FHF, 2004 ; Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, HAS, 2009 ; Avis de l'EREMA, 2012

les patients, du fait notamment de la contrainte exercée sur l'ensemble de leur environnement par l'institution totale. Le recours à la contrainte apparaît dès lors comme un moyen du contrôle social dont les formes ont varié historiquement. L'une des formes caractéristiques des sociétés contemporaines industrialisées aurait été, pour Michel Foucault (1975, 2003), la normalisation sociale pensée sous la forme non plus de la contrainte physique mais plutôt d'une contrainte euphémisée tout aussi efficace puisqu'agissant la plupart du temps sans que la personne en ait conscience. Si la normalisation s'appuie sur diverses institutions "disciplinaires", notamment la prison et l'hôpital psychiatrique, et ce encore aujourd'hui (Rhodes, 2004), elle amorce aussi, par de nouvelles formes de « gouvernement des conduites » un mouvement de diffusion et touche les pratiques de soins, principalement hors de l'hôpital, qui s'appuie sur le consentement et l'autonomie des patients (Castel, 1981, Rose 1999, Fassin, 2006, Doron, 2008). Dans le domaine de la vieillesse, certains auteurs identifient, avec l'essor d'une médecine gériatrique et de filières de soins spécifiques, l'avènement d'un nouveau modèle de protection et de sécurisation de la fin de vie : ce modèle repose sur la participation des proches à une surveillance et un contrôle accrus de la personne (Thomas, 2005). Ces approches relativisent l'importance de l'injonction au respect du consentement en considérant qu'elle est, quoiqu'il arrive, subordonnée à l'entreprise de contrôle et de discipline exercée par l'institution (Prior, 1993). La dimension de contrainte reste donc toujours première. Dans ce cadre, le fait de solliciter le consentement dans des situations où existe une dimension contraignante est considéré comme une technique, assumée ou non, pour faire accepter des mesures coercitives – que ce soit pour le bien de leurs destinataires et/ou dans le but de protéger la société.

Centralité du consentement et de l'autonomie

A l'inverse, la mise en avant du consentement et de l'autonomie a également été portée par certaines approches théoriques en sciences humaines qui se sont accompagnée notamment de l'émergence de l'éthique comme discipline, tout particulièrement dans le champ médical (Beauchamp and Childress, 1994). Parallèlement, de nombreux travaux à visée moins normative ont contribué à l'élaboration d'une généalogie du soin, notamment psychiatrique, soulignant les dynamiques d'individualisation et d'émancipation (Gauchet et Swain, 1980). Le mouvement de transformation institutionnelle de la psychiatrie (Henckes, 2009) a ensuite ouvert la voie à l'analyse des processus d'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux à la vie ordinaire et de leurs effets (Estroff, 1981). Pour un courant important de l'anthropologie américaine, la prise en compte du point de vue de la personne et de son expérience a ainsi constitué à la fois un parti pris méthodologique et un outil pour accroître l'autonomie (Velpry, 2003). Rejoignant l'intérêt de la sociologie de la santé et du handicap pour les modalités de participation des personnes à la vie sociale et leurs conditions de possibilité, ces approches s'intéressent ainsi aux processus de préservation, de restauration et de réalisation de l'autonomie des individus et se centrent sur les modalités d'accompagnement et sur le travail de care (Paperman et Laugier, 2005 ; Le Goff et Garrau, 2010). En France dans le cadre des divers développements de la politique de maintien à domicile des personnes âgées, des travaux s'intéressent aux situations de prise en charge créées par les politiques publiques en interaction avec les fonctionnements familiaux, identifiant parfois des risques pour la personne âgée comme pour ses proches (dépossession de soi, enfermement dans la relation d'aide, maltraitance) (Pennec, 2003 ; Weber, 2012, Gimbert et Malochet, 2011). Au-delà de leurs différences, ces approches tendent à définir la contrainte comme un envers du consentement et de l'autonomie. La légitimité comme le

recours à des interventions contraintes sont voués à se réduire à mesure que le respect du consentement s'impose.

3. Une approche par les régulations

En se focalisant soit sur les effets de contrôle social des prises en charge en santé mentale soit sur les processus d'émancipation qui s'y produisent, les travaux de sciences sociales cités précédemment laissent de côté la manière dont ces dilemmes sont résolus en pratique par les acteurs, tout comme la place prise par les prescriptions des politiques publiques. Ces deux éléments sont pourtant de plus en plus articulés dans des dispositifs de reprises des pratiques de soin qui ont pour objectif d'analyser les situations, de qualifier ou disqualifier l'action en train de se faire, et de dégager des règles de fonctionnement.

Articuler pratiques contraignantes et cadre juridique et éthique

L'analyse des manières de rendre compte des pratiques embarrassantes fait l'objet d'une attention nouvelle dans certains travaux de sociologie du soin, plus particulièrement dans le monde anglo-saxon. Aux Pays-Bas, c'est à partir d'une inspiration résolument pragmatiste que Jeannette Pols a développé une observation très fine des différentes manières de préserver l'autonomie des patients, activités qu'elle caractérise comme relevant d'une mise en ordre morale des pratiques (Pols, 2003). A partir d'une inspiration foucauldienne nourrie des apports de la sociologie des sciences, les travaux américains de Jerry Floersch (2002) ou de Paul Brodwin (2008) éclairent la « coproduction » des résolutions des dilemmes moraux dans l'articulation de textes juridiques et des pratiques. Leurs travaux soulignent aussi les écarts entre les formes écrites de compte-rendu des pratiques et ce que l'observation en rend visible. En France, quelques travaux récents ont cherché à rendre compte de la manière dont les acteurs résolvent ces dilemmes en éclairant les « économies morales » dans lesquelles ils s'inscrivent (Fassin, 2010, Fernandez and Lézé, 2011).

Certains travaux de sciences sociales ont également permis d'éclairer les justifications des pratiques contraignantes de soin dans leur relation avec les cadres éthiques ou juridiques existant. Benoît Eyraud et Pierre Vidal-Naquet ont souligné la difficulté pour les acteurs de s'appuyer sur la notion de consentement entendue dans un sens extensif (2008). Caroline Protais (2011) a également montré comment les pratiques responsabilisantes d'experts psychiatres en contexte pénal s'enracinaient dans des justifications valorisant une conception radicalement contractuelle du soin psychiatrique. Claude-Olivier Doron a étudié comment les soignants travaillant avec les auteurs de violences sexuelles devaient s'efforcer de « produire une demande de soin » authentique en anticipant sur le consentement du sujet (2011). Lucie Lechevalier Hurard (2013) a décrit les différents modes de légitimation du travail de contrainte dans une unité de soins de longue durée d'un hôpital gériatrique public de région parisienne et dans une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) spécialisée dans la prise en charge de personnes âgées ayant reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Ana Marques (2010) a analysé la production d'une demande de soin ou d'un consentement ou, dans l'impossibilité, la légitimation des interventions sans consentement par des équipes mobiles de psychiatrie-précarité, dans la rue ou des centres d'hébergement d'urgence. D'autres travaux analysent dans le cadre des hospitalisations sans consentement comment les professionnels conjurent la dimension insoutenable de la contrainte à partir de justifications nécessairement informelles (Moreau, 2010).

Le programme Contrast: une analyse comparative des régulations

Si ces travaux récents fournissent une première documentation sur la manière dont les

acteurs rendent compte des formes de contrainte dans les pratiques de soin en fonction de cadres réglementaires et éthiques, ils ne les analysent ni de manière systématique ni dans leur transversalité à des contextes différents. Plus encore, ils laissent dans l'ombre les implications relatives aux tensions entre les formes officielles et officieuses de rendre compte des pratiques (Bourdieu, 1972, Boltanski, 2004). Ce sont ces implications que le programme Contrast entend explorer.

Le programme repose sur l'hypothèse que la mise en avant réglementaire de la notion de consentement implique de nouvelles manières de rendre compte ou de maintenir dans la discrétion les pratiques contraignantes, de séparer des pratiques acceptables et assumées des pratiques intolérables regroupées par exemple sous la qualification de maltraitance. Au-delà de la pluralité des règles juridiques existantes, il s'agit d'analyser leurs usages sociaux et leur organisation interne dans des contextes variés. Le programme procède ainsi à une comparaison systématique de la prise en compte du consentement des personnes dans des pratiques de soin diversifiées et des contextes réglementaires variés.

Le recours au concept de « régulation » permet d'appréhender la notion de consentement telle qu'elle se décline dans des règles de différents niveaux, depuis les plus formalisées jusqu'aux plus informelles. Les formes les plus « stabilisées » de régulation (règles juridiques formalisées, règles éthiques informant les pratiques routinières) et leur rapport internes doivent être analysés avec le concours de juristes. Le croisement des disciplines permet de ressaisir les tensions pouvant se faire jour entre règles juridiques et principes éthiques. Pour cela, l'apport des philosophes est nécessaire. En analysant la signification normative des différents degrés de formalisation des pratiques, on éclairera en retour de manière féconde des hypothèses plus spécifiquement sociologiques relatives à la légitimation différenciée des pratiques contraignantes selon le type de profession ou leur place dans la hiérarchie des soins. Pour cela, le programme Contrast prend appui sur un pluralisme méthodologique assumé¹². L'approche interdisciplinaire par les régulations qu'il met en œuvre permet de montrer que si les pratiques ne sont pas une application directe des normes générales, elles ne relèvent pas pour autant uniquement de déterminants situationnels.

Un programme qui s'adresse aux différents acteurs du soin

L'apport du programme Contrast concernant la tension entre les dimensions contraignantes du soin et la promotion du recueil du consentement des personnes s'adresse à différents acteurs.

Acteurs politiques et gestionnaires

En éclairant les enjeux de l'action publique, il s'adresse aussi bien aux différents professionnels qui élaborent les politiques publiques qu'aux administrateurs des services et établissements sanitaires et médico-sociaux. Les conséquences des évolutions récentes dans l'orientation des politiques publiques, comme la diffusion du new public management (Belorgey, 2009, Bezès, 2009) et du souci de maîtrise des dépenses de santé (Benamouzig, 2005) sont peu éclairées dans les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Il s'agira donc d'apporter des résultats relatifs aux conséquences de ces nouvelles régulations. Notre

¹² D'un point de vue théorique, l'objectif du projet implique de ne pas s'inscrire dans telle ou telle « école » ou « courant » sociologique (type sociologie « pragmatique » versus sociologie « critique », ou théories « fonctionnalistes » versus approches individualistes).

approche permettra également d'analyser la portée des dynamiques de spécialisation des prises en charge, autour de certaines pathologies (Alzheimer, autisme) ou de populations (personnes détenues). D'un côté se développent des lieux de soin très sécurisés, considérés par certains comme le signe du renforcement d'une société « sécuritaire » (Mucchielli, 2008 ; Chantraine et Cauchie, 2006). De l'autre, se multiplient des dispositifs d'accompagnement et d'empowerment qui s'attachent à valoriser le consentement et l'autonomie des individus (Génard et Cantelli, 2008). Il s'agira de sensibiliser les acteurs à cette distinction entre des lignes d'actions plutôt « libérales » et d'autres plutôt « sécuritaires », mais aussi de la nuancer en prenant en compte sur un même plan les justifications des mesures contraignantes en termes de protection des personnes ou des professionnels.

Parallèlement se développent des procédures à vocation générale, telles que l'évaluation des capacités à consentir, ainsi que des législations visant à rapprocher les différentes populations prises en charge du droit commun, dont l'effet est plutôt unificateur. Dans le domaine de la psychiatrie que la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi que des personnes ayant un handicap psychique ou les politiques pénales, ces évolutions administratives et de management seront mises en perspective au regard de la valorisation du consentement et de la prise en compte de la contrainte.

Professionnels du soin, proches, et usagers

En éclairant les enjeux moraux dans les pratiques de soin, le programme CONTRAST s'adresse également aux différents professionnels du soin, ainsi qu'aux proches et aux usagers. Les évolutions législatives, tout comme l'autonomisation de l'éthique comme discipline, ont conduit à faire de l'éthique du consentement une pierre angulaire de la relation de soin. On sait que dans leurs pratiques, les acteurs combinent presque toujours à la fois la contrainte et le consentement, ce qui ne manque pas de générer des dilemmes. Dans cet écart entre d'un côté les principes éthiques et les normes juridiques, de l'autre les pratiques mises en œuvre par les professionnels et les proches se rejoue la tension entre respect des droits et exigences liées à la clinique. Le programme Contrast amènera à préciser comment ce qui relève du « sale boulot » est redéfini et renégocié entre les différents professionnels du soin, mais aussi des proches et des usagers. Notre approche par les régulations apporte un éclairage nécessaire sur les débats entre les critiques de la judiciarisation de la relation de soin s'opposent aux défenseurs d'une limitation du pouvoir médical. Elle permettra de cerner les types d'articulation entre autonomie et contrainte qui se dessinent au travers des pratiques de soin étudiées ; de revenir sur la façon dont ces pratiques, dans ce qu'elles peuvent avoir de « routinier », sont informées par des règles éthiques ; enfin d'analyser les formes que peut prendre la délibération éthique face aux situations « problématiques » liées notamment aux conflits entre diverses logiques de régulation (éthique, juridique, administrative, managériale etc). Elle mettra l'accent particulièrement sur les pratiques plus ou moins formalisées qui permettent aux professionnels d'évaluer la capacité à consentir.

Abbott A. (1988), *The system of professions: An essay on the division of expert labor*, Univ. Chicago Press

Beauchamp T.L., Childress J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed). New York: Oxford University Press

- Belorgey N.** (2009), Réformer l'hôpital, soigner les patients. Une sociologie ethnographique du nouveau management public, Thèse de doctorat sous la direction de Florence Weber, Paris, EHESS, 750 p
- Benamouzig D.** (2005), La santé au miroir de l'économie : une histoire de l'économie de la santé en France, Paris, PUF
- Bezes P.** (2009), *Réinventer l'Etat*, Paris, PUF
- Boltanski L.** (2004), La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement, Paris, Gallimard
- Bourdieu P.** (1972), Esquisse d'une théorie de la pratique, Genève, Droz
- Brodwin P.** (2008), The coproduction of moral discourse in U.S. community psychiatry, *MAQ*, 22 (2)
- Chantraine G., Cauchie J.F.** (2006), Risque(s) et gouvernementalité, *Socio-logos. Revue de l'AFS* [En ligne], 1
- Clot Y.** (2008), Travail et pouvoir d'agir, Paris, PUF
- Cluzel-Métayer L.** (2012), Le droit au consentement dans les lois des 2 janvier et 4 mars 2002, *Revue de droit sanitaire et social*, n°3, pp.442-453
- Doron C.O** (2008), La maladie mentale en question, in Missa J.N. (dir.), *Les maladies mentales*, Paris, PUF
- Estroff S.** (1981), *Making It Crazy*, Berkeley, University of California Press
- Everett C. Hughes** (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par J-M. Chapoulie, Paris, Ed.EHESS
- Eyraud B.** (2013), Protéger et rendre capable, La considération civile de la personne vulnérable, Erès
- Eyraud B., Velpy L.** (2012), Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ?, *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [En ligne], n°7
- Eyraud B., Vidal-Naquet P.** (2008), Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesure de protection, *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], n°14
- Fassin D.** (2006), Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique, *Politix*, 2006/1, n°73
- Fassin D.** (2010), *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Ed. EHESS « Hautes études », Seuil/Gallimard
- Fernandez F., Lézé S.** (2011), Finding the moral heart of treatment: Mental health care in a French prison, *Social Science and Medicine*, 72, pp. 1563-1569
- Floersch J.** (2002), *Meds, Money, and Manners. The Case Management of Mental Illness*, Columbia University Press
- Foucault M.** (1975), Surveiller et punir, naissance de la prison, Paris, Gallimard
- Foucault M.** (2003), *Le pouvoir psychiatrique*, Paris, Seuil/Gallimard, « Hautes Etudes »

- Gauchet M., Swain G.** (1980), *La pratique de l'esprit humain : l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard
- Genard J.L., Cantelli F.** (2008), Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques, *Sociologies* [En ligne], Théories et recherches. URL : <http://sociologies.revues.org/1943>
- Gimbert V., Malochet G.** (2011) (dir.), *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance*, La Documentation Française
- Goffman E.** (1968), *Asiles*, Paris, Editions de Minuit
- Henckes N.** (2009), Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : La trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950, *Genèses* (76)
- Le Goff A., Garrau M.** (2010), *Care, justice et dépendance*, Paris, PUF
- Lechevalier Hurard L.** (2013), Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique, *Sociologie du Travail* 55, 3, pp. 279-301
- Lovell A.M.** (1996), Coercion and Social Control. A Framework for Research on Aggressive Strategies in Community Mental Health, in Dennis D.L., Monahan J. (eds), *Coercion and aggressive community treatment. A new frontier in mental health law*, New York, Plenum Press
- Marques A. (2010)**, Construire sa légitimité au quotidien : le travail politique autour des Equipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité, Thèse de doctorat en Sociologie, Direction Nicolas Dodier, EHESS.
- Molinier P.** (2008), *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Payot
- Moreau D.** (2010), Contraindre pour soigner? Le *care* à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique, in Crignon C., Gaille M. (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient? Qu'est-ce qu'un bon médecin?*, Paris, Seli Arslan
- Mucchielli L.** (2008) (dir.), *La frénésie sécuritaire*, Paris, La Découverte
- Paperman P., Laugier S.** (2005) (dir.), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, Ed. EHESS
- Pennec S.** (2003), L'institutionnalisation du salaire filial. A travers la prestation spécifique dépendance et l'aide personnalisée à l'autonomie, *Gérontologie et société*, 2003/1 n°104, p.213-230
- Pols J.** (2003), Enforcing patient rights, or improving care? The interference of two modes of doing good in mental health care, *Sociology of Health and Illness*, 25 (4)
- Prior L.** (1993), *The social organization of mental illness*, Sage Publications
- Protais C.** (2011), *Sous l'emprise de la folie ? La restriction de l'irresponsabilité psychiatrique en France 1950-2007*, Doctorat de sociologie mention très honorable avec les félicitations du jury, EHESS, direction Nicolas Dodier
- Renaudie O.** (2012), La confection des lois des 2 janvier et 4 mars 2002, *Revue de droit sanitaire et social*, n° 3, pp.421-431

Rhodes L.A. (2004), Total confinement. Madness and reason in the maximum security prison, Univ. of California Press

Rose N. (1999), Governing the soul: the shaping of the private self, Free Associations Books

Thomas H. (2005), Le métier de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse, *Politix*, vol. 4, n°72.

Velpry L. (2003), Ce que disent les personnes confrontées à un trouble mental grave, in Joubert M., *Santé mentale, ville et violences*, Paris, Erès

Velpry L. (2008), Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale, Paris, Armand Colin, 336 p. (Sociétales)

Weber F. (2012), Être pris en charge sans dépossession de soi?, *Alter European Journal of Disability Research*, Elsevier, vol.6, n°4, pp.326-339