



HAL
open science

Représentations de la maladie mentale et recours à la contrainte

Caroline Guibet Lafaye

► **To cite this version:**

Caroline Guibet Lafaye. Représentations de la maladie mentale et recours à la contrainte. Psychiatrie et violence, 2016. halshs-01311030

HAL Id: halshs-01311030

<https://shs.hal.science/halshs-01311030v1>

Submitted on 25 May 2017

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.

REPRESENTATIONS DE LA MALADIE MENTALE ET RECOURS A LA CONTRAINTE

Caroline GUIBET LAFAYE
Directrice de recherches
Centre National de la Recherche Scientifique, Centre Maurice Halbwachs (CNRS -
EHESS - ENS)
48 Bd Jourdan, Bât B, 1er étage, bur. 8
75014 Paris (France)
caroline.guibetlafaye@ens.fr

Résumé : La tradition psychiatrique française est marquée d'une spécificité – la tradition analytique – ayant une présence bien moins forte dans de nombreux autres pays. La psychiatrie dispose en outre de moyens thérapeutiques ignorés par les autres disciplines médicales, en particulier la possibilité d'imposer aux patients, dans certaines conditions, des soins sans leur consentement. Peut-on envisager que les représentations de la maladie mentale, portées par les psychiatres, puissent avoir un lien avec le recours à des formes de contrainte ? Nous tenterons d'apporter une réponse à cette question à partir d'une enquête de type sociologique menée auprès de 90 psychiatres entre 2012 et 2013. Trois types d'attitudes sont majoritairement partagées à l'égard des descriptions de la maladie mentale par l'ensemble des psychiatres néanmoins des corrélations se dégagent entre certaines des interprétations proposées de ces grands types (modèle médical, paradigme individuocentré de type subjectiviste) selon les usages que les médecins ont de la contrainte.

Mots-clés : Maladie mentale, psychose, modèle médical, souffrance psychique, contrainte.

REPRESENTATIONS DE LA MALADIE MENTALE ET RECOURS A LA CONTRAINTE

Representations of psychosis and use of constraint

Résumé : La tradition psychiatrique française est marquée d'une spécificité – la tradition analytique – ayant une présence bien moins forte dans de nombreux autres pays. La psychiatrie dispose en outre de moyens thérapeutiques ignorés par les autres disciplines médicales, en particulier la possibilité d'imposer aux patients, dans certaines conditions, des soins sans leur consentement. Peut-on envisager que les représentations de la maladie mentale, portées par les psychiatres, puissent avoir un lien avec le recours à des formes de contrainte ? Nous tenterons d'apporter une réponse à cette question à partir d'une enquête de type sociologique menée auprès de 90 psychiatres entre 2012 et 2013. Trois types d'attitudes sont néanmoins majoritairement partagés à l'égard des descriptions de la maladie mentale par l'ensemble des psychiatres. Ainsi des corrélations se dégagent entre certaines des interprétations proposées de ces grands types de représentation (modèle médical, paradigme individuocentré de type subjectiviste) selon les usages que les médecins ont de la contrainte.

Mots-clés : Maladie mentale, psychose, modèle médical, souffrance psychique, contrainte.

Abstract: Psychiatry in France has been influenced by the analytical/psychoanalytical tradition that is less pregnant in other countries. Contrasting with other medical disciplines, psychiatry is the only in France able to impose medical care to patients in some conditions. Is there [could it exist] a link between psychiatrists' representations of mental diseases and the propensity to use constraint? I will explore this issue in the light of empirical data collected in the framework of a sociological survey undertaken between 2012 and 2013. Psychiatrists share three main representations of mental disease. Some correlations can be showed between the interpretations of these representations and the use of therapeutic constraint.

Key words: Mental disease, psychosis, medical paradigm, mental suffering, constraint.

Introduction

Avec Pinel, le fou devint l'aliéné, c'est-à-dire un citoyen atteint d'aliénation mentale. Le traitement moral se présente comme la méthode appropriée pour répondre à son état. Le mythe fondateur de la psychiatrie moderne est celui du désenchaînement des fous. La

psychiatrie, dans cette mythologie historique qui renvoie à Ph. Pinel et J.-B. Pussin¹, se fonde donc sur un acte libérateur. Cependant cet acte fondateur trace en même temps une ligne de partage entre raison et folie, comme déraison visible dans un espace aménagé par la raison (voir Foucault, 1976). Par « cet ordonnancement de l'espace hospitalier, [p]ar [ce] "renvoi", [cet] "isolement", [cet] "éloignement" dans des bâtiments distincts, [...] la catégorie folie se détache alors dans sa spécificité. Et elle est, de ce fait, devenue maladie. À partir du moment où il est isolé dans son propre espace, l'insensé apparaît séquestré comme les autres sans doute, mais pour d'autres causes que les autres. Pour cause de maladie. » (Castel, 1977, p. 89)

Or le traitement moral est fondé sur le principe de l'isolement des aliénés – qui est aussi séquestration, confinement – conformément à l'idée que « l'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés, c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales. » (Esquirol, 1832, p. 31)

L'hypothèse selon laquelle le remède approprié face à la maladie mentale réside dans l'enfermement ou au moins dans la contrainte, qu'elle soit spatiale – dans les murs de l'asile ou du service de psychiatrie – ou imposée légalement par un médecin, via des soins sous contrainte, éventuellement en ambulatoire (voir loi n° 2011-803 du 7 juillet 2011²), persiste à travers les siècles³. Cette croyance se fonde sur des représentations de la maladie mentale qui ont évolué avec le temps⁴. Cette dernière était aliénation au XVIIIe siècle et jusqu'au milieu du XIXe siècle. Au XXe siècle, elle est appréhendée à partir d'un paradigme déterministe. Celui-ci constitue alors un point d'appui au paternalisme médical, le psychiatre représentant les intérêts d'un malade dont on considère qu'il a perdu la raison. Avec H. Ey,

¹ L'iconographie a consacré ce geste (voir Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795. Tableau de Tony Robert-Fleury).

² Modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

³ « L'isolement des aliénés est souvent d'une nécessité prompte et absolue, aussitôt que la fureur éclate, soit pour la conservation du malade, soit pour la sûreté de la famille, et la tranquillité publique. [...] *Des faits nombreux démontrent que l'isolement seul a guéri les aliénés*. Ces malades guérissent quelques fois dès qu'ils sont isolés. Les privera-t-on de ce moyen de guérison qui est d'autant plus utile qu'il est employé plus promptement ? » (Sémelaigne, citant Esquirol, 1894, p. 125 ; nous soulignons).

⁴ Nous ne récusons pas le rôle des traitements chimiques et des neuroleptiques, à partir des années 1950, dans l'évolution des pratiques psychiatriques et des *habitus* eu égard à la contrainte.

la maladie mentale se décrit comme « une pathologie de la liberté »¹. Plusieurs phases se succèdent, au cours du XXe siècle, en matière de description des maladies mentales (voir Lantéri-Laura, 2005, p. 36 *et sqq.*) ainsi que différentes écoles. On passe progressivement d'une conception d'un « individu misérable », privé de raison, au XIXe et persistant jusque dans les années 1950, à l'identification du malade mental à un individu « en souffrance » durant la seconde moitié du XXe siècle (voir Protais, 2011, p. 313) pour lequel il est du devoir de l'institution médicale et de la société de lui prodiguer des soins, doivent-ils passer par la contrainte, au motif que « l'ensemble de la communauté refuse d'accepter l'idée que quelqu'un puisse être libre "d'être malade mental" et que nous acceptons tous la nécessité d'imposer alors des soins... » (Vidon, 1995, p. 66)

De nombreuses études existent sur les représentations de la santé mentale, en population générale, qu'elles concernent les théories naïves de la maladie (Furnham et Lowick, 1984 ; Furnham et Manning, 1997 ; Furnham et Haraldsen, 1998 ; Furnham et Rees, 1988 ; Furnham et Buck, 2003 ; Furnham et Chan, 2004), les connaissances que le public en a (Jorm *et al.*, 1997 ; Jorm, 2000) ou encore la perception des symptômes psychotiques par les personnes entourant les malades (Chung *et al.*, 1997). Ces travaux retiennent comme paramètres discriminants l'âge (De Rosa, 1987 ; Weiss, 1994), le genre (Ng et Chan, 2000), l'origine ethnique ou communautaire (Angermeyer *et al.*, 2004 ; De Toledo et Blay, 2004), le niveau d'étude des personnes interrogées (Haslam et Diosan, 2002). Ces enquêtes suggèrent par exemple que le public tend à conférer davantage d'importance causale aux facteurs psychologiques, sociaux et familiaux (Angermeyer et Matschinger, 1996a, 1996b). Néanmoins « notre connaissance des représentations des professionnels de santé est très pauvre » (Kohl, 2006, p. 25 ; voir aussi Salvarelli, 2013) et peu développée s'agissant des médecins (voir Hugo, 2001). Plusieurs études, dans le domaine anglophone toutefois, ont été menées auprès d'infirmières (Caldwell et Jorm, 2000, 2001 ; Magliano *et al.*, 2004).

¹ Bien que souvent citée, cette interprétation de la maladie mentale n'est pas la seule sur laquelle Ey s'appuie : « le malade mental est un homme atteint, altéré, sinon aliéné dans son humanité, par une nécessité interne, par une désorganisation de son être » (Ey, 1952, p. 895). Il « est anormalement enchaîné au fond de lui-même » (Ey, 1964, p. 2).

Dans le champ de la pathologie psychiatrique comme dans celui de la maladie en général, il n'existe pas *une* représentation de la maladie mais *des* représentations de celle-ci, de ses causes et de ses thérapeutiques. Siegler and Osmond (1966) ont identifié cinq types de modèles conformément auxquels les théories psychiatriques rendent compte de la schizophrénie, en l'occurrence, le modèle médical, le modèle moral-comportementaliste, le modèle psychanalytique, le modèle social, le modèle du conspirateur. L'appréhension nosologique et descriptive des maladies mentales, au cours des cinquante dernières années, a été associée à une approche explicative de la maladie, issue de cadres de référence cognitivo-comportementaliste, biologique et psychodynamique. Ces perspectives font de l'irrationnel, du péremptoire et du spontané les trois propriétés constitutives de base à partir desquels définir une maladie mentale (voir Müller, 2007). D'un point de vue conceptuel, les ressorts explicatifs de la maladie mentale se déploient selon des approches de type catégoriel ou dimensionnel, respectivement motivées par un réalisme des maladies mentales pour une part, et un réalisme ou essentialisme des traits psychologiques pour une autre part (voir Demazeux, 2008). La représentation de la maladie fondée sur la description de symptômes, *i.e.* le modèle médical, a été jusqu'à présent prédominante.

L'objet social qu'est la maladie mentale est non seulement complexe mais cette représentation sociale est en outre articulée à d'autres représentations. La présente étude vise à interroger les liens entre représentations de la pathologie psychiatrique et attitudes à l'égard de formes spécifiques de contrainte, utilisées en psychiatrie. En effet, bien que l'étude se soit déroulée dans les suites de la réforme de la loi du 5 juillet 2011, elle n'a pas pour objet d'en explorer ni les modalités ni les conséquences (Ledesma, 2013)¹ ni l'évolution des soins dans ce nouveau cadre (Chevillotte, 2011). Cet article n'aborde pas non plus la contrainte dans le cadre d'un dispositif particulier, tel que l'hospitalisation sous contrainte (Ott, 2007), ni à la lumière d'une pratique singulière comme la chambre d'isolement (Baratta et Morali, 2010) ou la contention (Guedj *et al.*, 2004). Il n'envisage pas non plus les

¹ Les résultats précédés dépassent largement le cadre de la réforme de 2011.

implications, en termes de liberté, du recours aux outils classiques de la psychiatrie (Cano *et al.*, 2014) mais bien les représentations de la maladie que suppose leur mise en œuvre.

1. Méthodologie

OBJECTIFS

L'exploration du champ représentationnel de la maladie mentale, menée dans un travail préliminaire (Guibet Lafaye, 2015), a constitué un préalable à l'étude ici proposée sur les liens entre représentations de la maladie mentale et attitudes à l'égard de la contrainte (en l'occurrence hospitalisation sous contrainte, soins en ambulatoire sous contrainte, recours à la contention). De façon générale, toute représentation présente un volet à la fois individuel et social. D'un côté, les représentations mentales peuvent être comprises comme « des interprétations qui utilisent des connaissances pour donner une signification d'ensemble aux éléments issus de l'analyse perceptive » (Richard, 2005, p. 9). D'un autre côté, les représentations sociales sont appréhendées comme des « forme[s] de connaissance courante, "dite de sens commun" » caractérisées par plusieurs propriétés, telles que le fait d'être socialement élaborées et partagées ; d'avoir une fonction d'organisation, de maîtrise de l'environnement (qu'il soit matériel, social, idéal) ainsi que d'orientation des conduites et de communication. Ces représentations contribuent en outre à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné (voir Jodelet, 1991, p. 681-682)¹.

Dans la mesure où les représentations sont des constructions mentales « orientées par la nature de la décision à prendre » (Kohl, 2006, p. 11), il est pertinent d'explorer les liens que les représentations de la pathologie psychiatrique sont susceptibles d'entretenir avec des

¹ Les représentations se distinguent des croyances pour autant que croire, c'est être persuadé qu'une chose est vraie, réelle. La croyance est une « attitude propositionnelle » qui désigne, pour une part, un certain état psychologique et, pour autre part, une certaine relation avec cette « proposition ». Ce double aspect, *i.e.* l'état subjectif et son objet, sont appréhendés comme « facteur mental » et « facteur objectif » de la croyance, l'un étant indépendant de l'autre (voir Ramsey, 1927, p. 153).

décisions relatives à l'usage de la contrainte. En effet, d'une part chaque représentation étiologique de la maladie, non seulement tend à se proposer comme son unique explication, mais elle se trouve en outre souvent reliée à une représentation thérapeutique particulière (voir Kohl, 2006, p. 36). D'autre part, une représentation sociale est structurellement composée d'éléments informationnels – ou de connaissance – ainsi que des attitudes adoptées par le sujet face à l'objet de sa représentation (voir Moscovici, 1961). Enfin les représentations sociales sont investies de quatre fonctions principales, en l'occurrence cognitive – *i.e.* de compréhension et d'explication du monde –, d'orientation, d'une fonction identitaire et de justification des pratiques (Dortier, 2014). Ainsi en tant que membre d'un groupe partageant avec les autres des représentations sociales, l'individu adoptera des pratiques déterminées par ces représentations.

L'hypothèse ici explorée est qu'une corrélation doit exister entre certaines représentations de la maladie mentale – par exemple comme pathologie de la liberté – et la propension à l'imposition de la contrainte, là où d'autres représentations – telles la maladie comme écart par rapport à une norme sociale ou la schizophrénie comme produit de messages linguistiques contradictoires – conduiraient ceux qui les assument à avoir peut-être davantage de prévention face à la contrainte. Cette hypothèse est fondée sur le recueil d'extraits comme celui-ci :

« Il y a une énorme pression de la famille, de l'hôpital aussi, pour je fasse quelque chose, pour que je le bourre de traitement alors qu'il n'en veut pas. [...] Je pourrais l'interner. Je pourrais dire "Alexis, vous ne prenez pas votre traitement, c'est n'importe quoi, vous vous rasez la tête, vous délirez. [...] Là pour l'instant, je ne sais pas vraiment bien ce qu'il a. Il est inquiétant. Tout le monde s'inquiète [...]. Lui-même est inquiet et pas très bien. Il fait des trucs quand même. Quand je l'ai vu l'autre fois avec la tête rasée, j'étais un peu embêté. C'est toujours un signe qu'il se passe quelque chose de grave. [...] il n'est pas totalement fou, il est aussi très lucide. C'est ça le problème de notre spécialité. Et puis les gens totalement fous, ça n'existe pas. Il y a toujours un

bout de lucidité et notre travail, c'est de travailler avec cette lucidité pour la renforcer, pour que peu à peu les gens prennent un peu conscience... »

(A.C.)

Notre hypothèse est, qu'au-delà des aspects contingents des situations¹, les représentations de la folie (et de la maladie mentale) ont un rôle dans la propension à imposer la contrainte sur autrui, et donc à lui faire subir une violence. Cependant l'enquête réalisée n'a permis d'aborder qu'un champ restreint du recours à la contrainte, dont les modalités sont nombreuses en psychiatrie, puisque nous n'avons considéré ni la privation des effets personnels, ni l'imposition du pyjama, les contentions physiques, l'isolement en chambre de sécurité, ni le traitement injectable. L'attention a porté sur des formes de contrainte physique et légales plutôt que symbolique.

Notre objectif, au-delà des corrélations qui se dégageront, est donc de dire si le recours à la contrainte trouve des raisons dans ces représentations. Peut-on considérer que les représentations de la maladie mentale pourraient expliquer les attitudes à l'égard de la contrainte ou, à tout le moins, y être liées, ou bien doit-on expliquer le recours à celle-ci à partir de raisons exogènes, telles les *habitus* hospitaliers, les difficultés d'organisation des services, les pressions sociales et familiales, un contexte de crise, etc. ? Pour envisager ces questions, nous éluciderons dans un premier temps les relations entre interprétations de la maladie mentale et imposition de la contrainte et, dans un second temps, les effets de certaines caractérisations – ou propriétés des représentations – de la maladie mentale sur les attitudes à l'égard à l'égard de la contrainte (voir 3.1 et 3.2).

TERRAIN ET CONSTRUCTION DES VARIABLES

Afin de saisir le lien entre ces représentations et le recours à la contrainte, nous avons procédé à une enquête par entretiens semi-directifs, auprès de psychiatres. L'enquête s'est

¹ La présente étude ne prétend pas modéliser *l'ensemble* des conditions du recours à la contrainte.

déroulée entre octobre 2012 et juillet 2013. Les personnes interrogées travaillaient dans des structures de différents types (hôpital public¹, cabinet), situées dans des métropoles ou en milieu rural. Sur les 90 médecins interrogés, deux tiers étaient des hommes (n = 58), 32 des femmes. 4 médecins avaient une activité exclusive en psychiatrie-précarité, 9 exerçaient en prison (quoique deux aient quitté ces structures au moment de l'entretien). Les médecins étaient âgés de 26 à 75 ans. D'un point de vue socioprofessionnel, ils se répartissent en huit catégories : 1. Psychiatre (n = 21) ; 2. Psychiatre, chef de service (n = 19) ; 3. Psychiatre, chef de pôle (n = 11) ; 4. Praticien Hospitalier en psychiatrie (n = 22) ; 5. Psychiatre psychanalyste (n = 3) ; 6. Psychiatre en libéral (n = 5) ; 7. PU-PH (n = 4) ; 8. Interne en psychiatrie (n = 5). Les médecins ont été contactés en tenant compte des grands pôles régionaux français de psychiatrie puis selon la méthode « boule de neige » (Combessie, 2007), souvent utilisée en sociologie qualitative. Peu de refus de participation sont à noter².

Les entretiens ont été réalisés, selon le lieu d'exercice des personnes interrogées, en face-à-face ou par téléphone. Ils ont été conduits à partir d'une grille standard (voir annexe 1), d'abord testée dans le cadre d'entretiens pilotes. Ils ont duré entre 30 mn et 3h30. Les entretiens étant semi-directifs, nous avons fait le choix de recueillir le maximum d'informations et de laisser la parole libre, lorsque les enquêtés se prêtaient au jeu de l'échange³. Excepté en cas de refus, les entretiens ont été enregistrés. Tous ont été retranscrits. Les entretiens ont été complétés par une observation de type ethnographique sur un site hospitalier de la région parisienne où des patients sont hospitalisés sous contrainte et en long séjour.

L'exploration de ce matériau ne procède pas tant d'une analyse de contenu, fondée sur le recueil fréquentiel et la comparaison d'occurrences d'unités de sens, préalablement établies ou issues de l'application d'une grille thématique préconstruite, que d'une analyse inspirée

¹ C'est-à-dire aussi bien en service de psychiatrie (qu'ils soient fermés ou ouverts), en hôpital général, aux urgences, ou comme psychiatre de liaison.

² Dans la mesure où l'enquête s'inscrivait dans le prolongement de la réforme de la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, les médecins cadres ont volontiers accepté d'être entendus. La méthode « boule de neige » explique également leur nombre.

³ La différence de durée des entretiens ne porte pas à conséquence sur les données recueillies car l'ensemble des questions du guide d'entretien a, à chaque fois, été posé. Les enquêtés ont préféré apporter à ces questions soit des réponses succinctes soit des réponses développées.

de la théorisation ancrée ou *grounded theory* (Glaser et Strauss, 1967), consistant en une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène. Les entretiens ont ainsi fait l'objet d'une analyse, exploitant un codage thématique, visant à identifier des régularités dans les discours¹. Les récurrences qui sont apparues ont permis de dégager cinq thèmes : la maladie, la capacité à prendre des décisions pour soi-même – en lien avec le libre arbitre –, le bien du patient, les objectifs thérapeutiques du médecin, la question éthique. Les thèmes n'ont pas été induits en convoquant un logiciel d'analyse textuelle mais à partir d'une exploration par théorisation ancrée² (voir infra). Du fait du nombre limité de personnes rencontrées, l'étude que nous proposons, à partir de cette méthodologie qualitative, est plutôt de nature exploratoire.

Afin de mener l'analyse, nous avons procédé en deux temps, correspondant chacun à la construction d'une variable. La première porte sur les représentations de la maladie mentale, la seconde sur les attitudes face à la contrainte. La première variable a été constituée en exploitant la question, soumise par questionnaire aux enquêtés et évoquée en entretien qualitatif : « Si vous aviez à expliquer à un non spécialiste ce qu'est la maladie mentale, comment la décririez-vous ? »³ Après avoir, dans une phase de codification initiale, noté, désigné, résumé et thématiqué les propos qui, dans le corpus, concernaient la maladie mentale, il est apparu que certains des codes renvoyaient déjà à des entités ou à des idées générales plus abstraites, telles la souffrance, la privation de liberté, l'altérité ou le dysfonctionnement. La codification a ainsi permis d'identifier le type général – ou catégorie – de représentation de la maladie auquel les médecins faisaient référence de façon privilégiée. Du fait de la méthode mise en œuvre (*i.e.* la théorisation ancrée), les catégories ayant

¹ Un codage initial a été effectué à partir de la mise en évidence du contenu, de l'identification des expressions, de la qualification du propos, du résumé et de la thématisation minutieuse de la substance de chaque entretien. Dans un second temps, nous avons procédé à un codage thématique exploitant le codage initialement réalisé. Certains codes ont été reliés pour faire émerger des thématiques, d'autres ont été le point d'ancrage d'une montée en généralité, d'autres enfin se sont révélés, par eux-mêmes, centraux.

² Ce type d'analyse comporte six étapes, se résumant en codification, catégorisation, mise en relation des catégories, intégration, modélisation et théorisation (voir Glaser et Strauss, 1967).

³ Nous avons conscience des limites inhérentes à la formulation retenue de la question mais pour le type d'investigation mené qui, de surcroît, ne s'inscrit pas dans le champ médical, un haut niveau de généralité ne constitue pas un obstacle, d'autant que les personnes entendues avaient le loisir, en entretien, de développer leur interprétation de la maladie mentale.

émérgé des entretiens se distinguent à la fois des modèles de la maladie, issus des représentations naïves de celle-ci (Siegler et Osmond, 1966), aussi bien que des théories savantes de la schizophrénie, classées en cinq modèles par Furnham et Rees (1988)¹ (voir supra).

Pour préciser ces catégories ou types, nous ne les avons pas seulement définies (sous les vocables d'approche médicale, approche individuocentrée, interprétation symbolique, approche en termes d'altérité, approche holiste). Nous en avons également dégagé les propriétés, spécifié les conditions sociales légitimant leur formulation et identifié leurs formes, en distinguant des sous-catégories (voir annexe et Paillé, 1994, p. 164). La mise en évidence des propriétés de ces types ainsi que de leurs sous-catégories s'est opérée en considérant, d'une part, que tout phénomène peut être appréhendé selon un nombre quasi infini de dimensions (voir Strauss et Corbin, 1990) et en analysant, d'autre part, les discours suscités par la question : « Les notions de libre arbitre, de responsabilité, d'autonomie, de capacité à décider pour soi-même ont-elle un sens, selon vous, concernant les personnes dont vous vous occupez ? » Six catégories relatives aux représentations de la maladie ont été mises en évidence.

L'analyse de ces représentations, en l'occurrence des formes les plus graves de la maladie mentale, met en évidence sept types d'attitudes, associables à six déterminations de cette dernière (voir annexe 2). Cette typologie, validée dans un autre cadre (Guibet Lafaye, 2015), est issue de la même enquête de terrain (2012-2013). Chaque entrée retient un trait distinctif caractéristique d'une représentation de la maladie, c'est-à-dire un « idéal type » (Weber, 1922), irréductible aux autres descriptions évoquées. Sept thématiques émergent : l'absence de caractérisation de la maladie mentale, l'approche médicale, l'interprétation dite individuocentrée (de type subjectiviste), la référence au symbolique, à une différence ou bien à une altérité, enfin une approche holiste compréhensive. Chaque catégorie comprend deux à cinq sous entrées.

¹ Furnham et Rees sont parvenus à cette classification en prenant en compte l'étiologie, le comportement du malade, le traitement, la fonction de l'hôpital, les droits et les devoirs du patient, les droits et devoirs de la société.

Ces catégories identifiées, nous avons, dans un second temps, précisé les attitudes des médecins à l'égard de la contrainte à la fois à partir de leurs pratiques (en fonction de leur lieu d'exercice) et en les interrogeant, au cours des entretiens, sur leur recours aux soins sous contrainte. Pour élaborer cette variable, nous avons mobilisé, durant les entretiens, plusieurs questions : « Spontanément, pourriez-vous évoquer des situations ou des cas vous ayant paru poser des difficultés ou apparaissant éthiquement problématiques » ; « Comment procédez-vous lorsque ce que vous percevez comme ce qui est "bien pour le patient" ne converge pas avec ce que le patient veut pour lui-même ? » ; « Quelle place faites-vous, dans votre pratique, aux souhaits, aux préférences des patients, à ce qu'il souhaite pour lui-même ? » Pour construire cette variable, nous avons également tenu compte des réponses à la question : « Un de vos confrères déclare, s'agissant du soin sans consentement en « ambulatoire », que "les libertés individuelles doivent savoir s'effacer devant la santé publique". Qu'en pensez-vous ? »

En les interrogeant sur les situations qui pouvaient leur sembler problématiques d'un point de vue éthique, nous avons pu déterminer si le recours à la contrainte s'inscrivait, pour eux, dans ce champ ou pas. Les données recueillies sur l'ensemble de ces questions ont permis de procéder à la mise en évidence de catégories, présentant entre elles des liens. Ainsi quatre types d'attitudes, se déployant sous forme d'échelle et susceptibles d'être associés deux à deux, ont été distingués : une opposition de principe à son usage, une forte réticence à son endroit, un usage occasionnellement problématique, une absence de difficulté face au recours à la contrainte. Les informations relatives aux deux variables construites – *i.e.* représentations de la maladie et recours à la contrainte – ont ensuite été appariées.

Trois méthodes sont envisageables pour procéder à cette mise en relation, *i.e.* les méthodes empirique, spéculative ou théorique (voir Paillé, 1994, p. 170-171)¹. Nous avons opté pour cette dernière, dans la mesure où la littérature suggère déjà des liens entre

¹ L'approche empirique met en relation les catégories à partir d'elles-mêmes et des phénomènes auxquels elles sont associées. La méthode spéculative établit des relations entre les catégories, en se fondant sur la recherche de liens logiques entre celles-ci ou bien sur l'expérience. Enfin, l'approche théorique s'appuie sur la littérature scientifique, c'est-à-dire sur les cadres théoriques ou conceptuels formels qu'elle véhicule.

représentations de la maladie mentale et recours à la contrainte (voir introduction supra). Les relations établies entre ces deux dimensions, au sein même du cadre théorique et conceptuel formel de la psychiatrie (voir introduction), a sous-tendu le repérage des relations empiriques entre ces deux ensembles dans le corpus.

2. Résultats

Eu égard aux représentations de la maladie mentale, l'analyse de contenu des entretiens qualitatifs ainsi que des réponses au questionnaire quantitatif montre que les personnes interrogées se répartissent, dans les catégories précédemment décrites, comme suit : 26 ont choisi de ne pas caractériser la maladie mentale [entrée 0] ; 17 l'appréhendent selon un paradigme médical ou biologique [entrée 1] ; 34 s'appuient sur une approche individuocentrée [entrée 2] ; 2 font référence au symbolique et au langage [entrée 3] ; 4 à une différence [entrée 4] ; 5 invoquent le rapport à une altérité [entrée 5] ; 2 se placent dans une perspective holiste et compréhensive [entrée 6]¹. Des réponses proposées par les enquêtés sont paradigmatiques de chacune de ces entrées.

Le paradigme médical ou biologique [entrée 1] décrit par exemple les maladies mentales comme « des maladies du cerveau en interaction avec son environnement » (F.B.). L'approche individuocentrée [entrée 2] évoque la maladie mentale comme « une solution que la psyché a trouvé, comme compromis, pour tenter de se protéger d'une souffrance psychique » (B.B.). Lorsque la référence au symbolique et au langage [entrée 3] est cardinale la maladie est interprétée en termes de « trou dans le symbolique » (A.L.) ou de « défaut de symbolisation » (O.M.). La maladie peut encore être abordée en référence à une différence [entrée 4], à une « étrangeté de l'autre » (F.C.), à une « perception des relations à autrui et du monde environnement venant s'écarter de la "norme" » (H.M.), ou à partir de l'évocation d'une altérité ou de quelque chose d'extérieur à l'individu [entrée 5]. La folie et, par extension la maladie mentale, c'est alors

¹ En raison de leur faible effectif, nous négligerons les catégories 3 à 6.

« tout ce qui échappe à la norme, au bon sens... c'est-à-dire tout ce qui fait achoppement, tout ce qui fait effraction, tout ce qui fait désordre... à la fois dans le champ psychique personnel et dans le champ social. » (O.B.) La perspective holiste et compréhensive [entrée 6] se traduit le plus souvent dans une description de la maladie à partir du paradigme bio-psycho-social et est à l'œuvre dans l'approche systémique¹.

Nous avons associé cette typologie des représentations de la maladie mentale à une distribution des professionnels de santé selon leurs attitudes à l'égard de la contrainte. L'analyse de contenu fait émerger, pour la variable « contrainte », 4 groupes selon que s'est exprimé, au cours de l'entretien, une opposition de principe à son usage (groupe 4 ; n = 17²), une réticence forte (groupe 3 ; n = 23) à son endroit, ou bien selon qu'elle ne paraît soulever aucune difficulté (groupe 1 ; n = 39) ou que l'on y a recours mais que son usage s'avère occasionnellement problématique (groupe 2 ; n = 11).

Parmi les médecins qui intègrent sans peine la contrainte dans leur dispositif de soins [groupe 1 ; N = 39], se trouvent en plus grand nombre (n = 14) ceux qui ne proposent aucune caractérisation générale de la maladie mentale (en l'occurrence de la psychose), lorsqu'ils sont interrogés sur ce point à partir du questionnaire quantitatif (voir tableau 1 infra). Néanmoins une analyse de contenu des entretiens qualitatifs autorise à situer leur discours dans l'un des six paradigmes interprétatifs de la maladie mentale (cf. Weber, 1922, p. 49). Cette réimputation permet de souligner la récurrence du modèle médical dans ce groupe (pour la moitié d'entre eux ; n = 7). De la même façon, les réponses des médecins du groupe 1 qui se sont prononcés (n = 25) tendent à privilégier une représentation de la maladie mentale en terme médical (n = 12), insistant soit sur les symptômes soit sur la désorganisation de la pensée soit sur une référence biologique ou génétique³. Ils s'appuient également sur un modèle individuocentré (n = 9) pour appréhender la maladie, dans lequel

¹ Ces entrées sont décrites plus finement et analysées dans Guibet Lafaye (2015).

² Dans ce groupe, 11 médecins sont opposés à la contrainte pour des raisons de principe et 6 s'efforcent de l'éviter au maximum du fait de leurs convictions.

³ Une conclusion semblable se vérifierait pour les médecins exerçant en prison, bien que leur nombre soit fort restreint (n = 9).

les dimensions de souffrance ou de privation de liberté jouent un rôle majeur¹. Du côté des médecins pour lesquels le recours à la contrainte est parfois problématique [groupe 2 ; N = 11] se trouve plutôt privilégiée une interprétation individuocentrée (n = 4) mais, de façon générale, ce groupe s'appuie sur une variété plus grande d'interprétations de la maladie mentale. On envisage par exemple que la maladie soit « une solution que la psyché a trouvée, comme compromis, pour tenter de se protéger d'une souffrance psychique » (B.B.)

Les médecins manifestant une réticence explicite face à l'usage de la contrainte [groupe 3 ; N = 23] privilégient très nettement le modèle individuocentré (n = 11), axé soit sur la référence à la souffrance du sujet (n = 4) soit sur la dynamique des forces psychiques (n = 5)². Cette même tendance se retrouve chez les médecins s'opposant à l'usage de la contrainte [groupe 4 ; N = 17] qui s'inscrivent également dans un paradigme individuocentré (n = 10), dans lequel la référence à la souffrance (n = 4) se trouve concurrencée par une interprétation évoquant le psychisme (n = 5). Lorsque l'on fait une place à d'autres interprétations que les interprétations classiques de la maladie mentale, on semble plus disposé à utiliser des outils qui ne sont pas ceux de la psychiatrie classique, tel le recours à la contrainte.

Tableau 1

	Pas de caractérisation	Paradigme médical ou biologique	Individuocentrée	Symbolique	Une différence	L'altérité	Holisme compréhensif	Effectifs totaux
Effectifs	26	17	34	2	4	5	2	90
Groupe 1	14	12	9	1	2	1	0	39
Groupe 2	2	2	4	0	1	1	1	11
Groupe 3	6	2	11	0	1	3	0	23
Groupe 4	4	1	10	1	0	0	1	17
Groupe A	16	14	13	1	3	2	1	50
Groupe B	10	3	21	1	1	3	1	40

Groupe 1 : Médecins recourant sans peine à la contrainte

Groupe 2 : L'usage de la contrainte est occasionnellement problématique

Groupe 3 : Réticence forte face à la contrainte

Groupe 4 : Opposition de principe à la contrainte

¹ Plutôt que sur une représentation individuocentrée faisant référence au vécu du patient, au psychisme ou à une perte du sujet devenant objet à lui-même.

² Des effectifs très restreints sont aussi étudiés par Cano (2009). La tendance mentionnée est également présente chez les médecins exerçant dans le monde pénitentiaire.

Groupe A = groupe 1 + 2
Groupe B = groupe 3 + 4

Il est possible d'aller plus loin dans l'analyse, pour pallier notamment au nombre limité d'individus interrogés, en associant deux à deux ces quatre groupes. Le groupe A, réunissant les groupes 1 et 2, rassemble les individus ayant le moins de prévention à l'égard de la contrainte [N = 50]. Le groupe B associe les groupes 3 et 4, c'est-à-dire les personnes tendanciellement les plus opposées à la contrainte ou manifestant une aversion à son endroit [N = 40]. Cette fusion permet de noter, dans le groupe A, une tendance à éviter de caractériser la maladie mentale, une récurrence du modèle médical ainsi qu'une représentation de la maladie mentale, faisant place à la souffrance¹ et à sa caractérisation en termes de « pathologie de la liberté ». Les deux tiers des médecins (n = 8) faisant mention de cette représentation s'inscrivent dans le groupe le moins hostile à la contrainte. En revanche, le groupe B privilégie une interprétation individuocentrée de la maladie, articulée autour de la souffrance et/ou du conflit psychique. Le motif de la souffrance est mobilisé de façon distincte selon les groupes. Il intervient dans le groupe A à titre de symptômes, dans une logique descriptive de type médical². En revanche, dans le groupe B, une valeur explicative lui est conférée, c'est-à-dire qu'elle est appréhendée soit comme un effet soit comme une conséquence – en particulier d'un trouble ou d'un dysfonctionnement psychique – mais aussi comme une raison ou une cause des comportements ou du rapport au monde des individus concernés³. Les attitudes, dans ces deux groupes, divergent également lorsque l'option choisie consiste à ne pas caractériser la maladie mentale. Cette attitude se résume, dans le groupe A, dans un refus de répondre ou dans une difficulté

¹ Quoique la souffrance du sujet puisse constituer un argument pour légitimer le recours à la contrainte : « C'est pas la peine de laisser la personne, d'une part, souffrir, d'autre part, casser tout ce qu'elle a autour d'elle. [...] Pour les crises, il faut intervenir vite on ne peut pas laisser les gens en crise chez eux. C'est les abandonner. » (G.U.)

² Ainsi on parle de la maladie comme d'une « souffrance psychique difficile à supporter » (P.L.). On y voit « une aliénation, une perte de liberté et une souffrance psychique indescriptible. » (L.M.)

³ La maladie apparaît comme « souffrance psychique majeure qui crée une rupture du lien ou de la communication (à un moment donné) avec tous les autres êtres humains. » (I.B. ; nous soulignons) ; « C'est d'abord une angoisse terrible à l'origine qui fait qu'on fait que l'on ne peut plus rien comprendre au monde extérieur, à soi-même. » (T.P.). C'est une « souffrance psychique entraînant une difficulté plus ou moins grande, voire catastrophique, à vivre sa vie, nécessitant à des degrés divers, des soins et un aménagement singulier de son rapport au monde pour rendre sa vie vivable. » (S.C.)

éprouvée face à la question posée, alors que l'essentiel des médecins récusant l'existence de la maladie mentale se trouvent dans le groupe B.

À la distribution des médecins sur une échelle d'aversion face à l'usage de la contrainte¹, se superpose donc une variété d'approches – irréductibles les unes aux autres – de la maladie mentale. Elles se déploient d'une interprétation de la maladie mentale fondée sur le modèle médical, s'appuyant sur des symptômes, vers une interprétation tenant davantage compte de la souffrance de l'individu et de sa singularité – ce qui peut expliquer les réticences de certains médecins face à la contrainte – et enfin vers une interprétation associant souffrance du sujet et conflits psychiques.

3. Discussion

Nous avons montré, en d'autres lieux (Guibet Lafaye, 2014), que la conviction selon laquelle la personne, ayant une pathologie mentale, n'a pas un rapport propre à sa liberté constitue une raison fréquemment invoquée pour ne pas tenir compte de sa volonté, de l'expression de ses préférences. Elle constitue, par conséquent, un vecteur d'imposition de soins sous contrainte. L'analyse de type « théorisation ancrée » suggère que cette seconde dimension constitue une « propriété » de la représentation ou catégorie considérée. L'étude thématique des représentations de la maladie montre toutefois que la référence à la maladie mentale comme « pathologie de la liberté », prégnante chez certains médecins seniors, tend à s'estomper (n = 11). Cette représentation est un vecteur majeur de légitimation de l'imposition de la contrainte². Si cette représentation est actuellement moins opérante, quelles sont alors, aujourd'hui, les représentations mobilisées et investies de cette fonction légitimante et qui tendent à supplanter la première, dans le recours à la contrainte ? Les formes de la description et la caractérisation de la pathologie mentale constituent des instruments théoriques et normatifs d'imposition de la contrainte – conformément au

¹ Échelle qui va de son intériorisation comme outil de la psychiatrie à son rejet explicite.

² « Mon vieux patron X., il disait : "Il faut faire pour ces gens ce que vous auriez que l'on fasse pour vous." [...] Moi, je crois, il faut être plus carré, c'est "Pathologie de la liberté". On doit intervenir. Un point final. C'est ça l'éthique médicale. » (G.U.)

déploiement d'un discours de vérité, émanant d'une instance légitime dans le domaine. Cet extrait le suggère :

« Dans les soins sans consentement, il y a toujours un truc... vous arrivez, on vous enferme, on vous fait une injection intramusculaire de force. Les gens, ils rouspètent toujours. [...] le malade [...] s'aperçoit progressivement que vous recevez sa famille, que vous êtes gentille avec lui [...]. Et ben progressivement – ça se fait pas consciemment mais –, la personne, elle s'aperçoit, elle se rend compte... que vous ne lui voulez pas obligatoirement que du mal, enfin que vous ne lui voulez pas de mal [...] Et puis quand on commence un peu à les autoriser à sortir un peu dans l'hôpital, "Ben oui, vous avez le droit de sortir une demie heure dans l'hôpital.", alors le gars, il se dit, "finalement, c'est peut-être pas coercitif comme ça, quoi" ; [...] progressivement, on chemine et, à ce moment-là, on a l'impression que la personne, elle a oublié qu'elle était en soins sans consentement. Elle va mieux évidemment, pendant ce temps-là, le traitement a agi sur le délire ou sur la dépression. Et à ce moment-là, il y a une réelle relation thérapeutique qui se noue. Et que les soins sans consentement, souvent ça passe au second plan. [...] *même le malade le plus fou, il sait qu'il est fou, même si il ne vous le dit pas, il sait, dans sa tête, qu'il ne fonctionne pas comme tout le monde.* »

(C.G. ; nous soulignons)

Étudier les caractérisations des représentations autorisant l'imposition de la contrainte suppose d'en appréhender le détail et, par conséquent, d'aller au-delà de la typologie proposée – et d'une analyse de type quantitatif – pour revenir au contenu thématique des entretiens. L'analyse thématique est requise pour saisir les raisons cognitives, inhérentes à ces représentations et s'exprimant en entretien. Ainsi sera précisé le lien entre les deux dimensions étudiées, *i.e.* les représentations de la maladie mentale et la privation de la liberté ou la contrainte. Au vu des résultats précédents, nous porterons principalement notre attention sur les entrées 1 et 2 de la typologie. Au-delà de leurs différences, l'approche

médicale et celle que nous qualifions d'« individuocentrée » présentent chacune des caractéristiques qui autorisent le recours à la contrainte. Quelles sont-elles ?

3.1 L'APPROCHE MEDICALE

Le regard médical exploite une pluralité de caractéristiques – présentées comme descriptives – qui sont autant de justifications de mesures de contrainte. La représentation historique de la maladie mentale comme aliénation est fondatrice de ces dernières, en ce sens que « “la maladie mentale est une pathologie de la liberté... le but de la psychiatrie est la désaliénation du sujet” » (Vidon, 2012)¹. « [D]ans la pratique quotidienne, lorsqu'un patient montre une abolition de son discernement, prévaut le principe de l'intervention médicale dans l'intérêt d'un sujet dont on estime qu'il n'est pas en état de donner son consentement libre et éclairé. Dans certaines situations, le malade mental *est donc présumé* dans l'incapacité de donner son accord aux soins qui apparaissent pourtant nécessaires pour sa santé. » (Vidon, 2012 ; nous soulignons) Cette représentation demeure opérante dans certains discours : « Quand la personne peut pas donner son consentement, qu'elle est considérée comme.... ben « on s'octroie le “droit de”. » (G.U.) La référence à l'aliénation est implicite, mais néanmoins à l'œuvre, lorsque l'on considère que « *C'est finalement la maladie qui le prive de sa liberté.* Quand on pense “liberté individuelle”, on pense à un patient qui pourrait avoir un consentement libre et éclairé ; or ce n'est pas le cas de nos patients quand ils sont en soins sans consentement, ils n'ont pas de consentement libre et éclairé du fait... de leur pathologie... » (M.V. ; nous soulignons)

L'association de la folie à une altération des facultés cognitives, donnant lieu à une incapacité, ou son interprétation comme une maladie du cerveau, organe de la décision joue un rôle analogue.

¹ Certains entretiens y font écho : « je ne peux pas envisager que le psychotique, en particulier, ait une liberté individuelle. Je considère, moi, et c'est peut-être le défaut... je considère qu'il est aliéné, au sens du a-privatif – avec le lien derrière donc – et qu'il est prisonnier de sa maladie, donc qu'il n'est pas libre. C'est là dessus qu'il faut travailler, c'est sur son absence de liberté liée à sa maladie ; moi je suis là dedans, sinon mon travail s'écroule. » (F.C.)

« La maladie mentale altère fréquemment les capacités de responsabilité d'autonomie et de libre arbitre, qui caractérisent en partie "l'homme sain". Il apparaît légitime que les soignants prennent le relai face à cette altération, y compris à travers la contrainte. » (H.M., Questionnaire)

En particulier, la référence à l'altération du discernement – voire à son absence – revêt, dans certains discours, une fonction cruciale :

« La première privation de liberté qu'ils ont, c'est l'altération de leur discernement, du fait de la pathologie : ils ne reconnaissent pas leur pathologie ou l'importance de leur pathologie et donc la nécessité du traitement, donc par définition, ils perdent contact avec les autres puis progressivement avec eux-mêmes et par définition les comportements difficiles et potentiellement dangereux qu'ils ont pour eux-mêmes et pour les autres ne sont que la *conséquence de leur maladie* donc ce sont des personnes vulnérables. » (B.L.)

La littérature médicale définit certaines pathologies, comme les troubles de la personnalité ou « la personnalité paranoïaque » à partir de l'absence même de discernement (voir Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV et V), *i.e.* par une incapacité du jugement qui tend à invalider *a priori* le jugement de celui auquel sera imputé un tel diagnostic. Le trouble mental est communément défini comme « une manifestation psychologique ou comportementale qui s'exprime dans la sphère intellectuelle et/ou affective et/ou comportementale » (Lamanda, 2008, p. 23). Il est divisé en catégories par les classifications établies par l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 10) et par l'association américaine de psychiatrie (DSM IV et V) mais aucun consensus n'existe sur les troubles susceptibles d'engendrer chez le sujet malade mental une abolition de son discernement et ceux donnant lieu à une simple altération du discernement.

Cette absence de discernement – quand elle n'est pas envisagée dans un registre pénal mais médical – a été constituée en catégorie clinique à travers la notion d'*insight*. Celle-ci est décrit, en psychiatrie, « la conscience qu'un malade mental peut avoir du caractère

pathologique de ses symptômes » (Persall, 1998). Cette notion constitue l'une des propriétés – pour reprendre le vocabulaire de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967) – de la catégorie représentationnelle ici décrite de la maladie, c'est-à-dire l'un de ses attributs ou caractéristiques.

Dans les échelles cliniques, l'*insight* désigne « la conscience d'être atteint d'un trouble mental » (premier et principal *item* de l'échelle d'Amador ou Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder (SUMD)), et en un sens corollaire immédiat, « la conscience de l'effet de la médication sur les symptômes » (deuxième *item* de l'échelle) (voir Amado *et al.*, 1993 ; Markovà, 2005). Le lien posé entre absence d'*insight* et nécessité du recours à la contrainte, dans certains cas, appert dans le précédent verbatim (B.L.). Néanmoins il est problématique : « Pourquoi [en effet] continue-t-on de penser que les patients atteints de schizophrénie n'ont pas d'*insight*, à l'endroit de leurs troubles, de leurs symptômes ? Est-ce bien le cas, ou n'est-ce pas plutôt notre représentation du problème qui le veut ainsi ? » (Bottéro, 2008, p. 9) En effet, d'une part, de nombreux médecins quel que soit leur usage de la contrainte reconnaissent que, même au paroxysme de la crise, les patients se souviennent de ce qui s'est passé, racontent des années après la situation traumatique qu'ils ont vécue, et considèrent qu'il faut entourer de paroles les moments où s'impose la contrainte, pour ne pas obérer la possibilité d'une relation thérapeutique ultérieure. Ceci suggère, d'autre part, que le malade est susceptible d'avoir un « *insight* implicite » (Bottéro, 2008, p. 11), c'est-à-dire « une intuition de sa situation, sans être en mesure temporairement de le formuler. Il peut savoir intimement qu'il délire, sans pouvoir le dire. Avoir une conscience inopérante de ses symptômes. Se trouver le témoin incapable d'arrêter le déraillement de son esprit, ni seulement même de pouvoir décrire un tel déraillement à qui l'interroge. » (Bottéro, 2008, p. 11)

Cette double modalité de l'*insight* renvoie à l'idée que « même au cours des délires les plus graves, une partie de l'esprit demeure saine, qui poursuit ses réflexions de façon adaptée, tandis que tout le reste échappe à la raison, à l'intégration de ses croyances dans un système de réalité socialement partagé » (Bottéro, 2008, p. 10).

Ainsi, du côté de l'approche médicale de la maladie mentale, l'imposition de la contrainte n'est pas sans lien avec une certaine représentation de la psychose, actuellement assise sur la notion d'absence d'*insight*. Évoquant l'imposition de soins dont la nécessité n'est pas reconnue par le patient, ce médecin note : « En urgence, ça pose moins de problème quand un patient n'a pas conscience des troubles ; ça ne me pose pas de problème » (D.M.). Cependant :

« Tout le truc est articulé [...] sur l'idée que les troubles psychotiques, pour aller vite, vous mettent dans un état d'anosognosie, c'est-à-dire d'absence d'*insight*, d'inconscience... par définition d'ailleurs, la définition est complètement dépassée mais bon c'est celle que vous trouvez dans tous les dictionnaires, dans tous les manuels de psychiatrie, dans tous les têtes des psychiatres. C'est que quand vous avez une névrose – même si on a abandonné cette catégorie –, vous êtes conscient de votre symptôme, de vos symptômes mais quand vous avez une psychose, vous n'êtes pas conscient de vos symptômes, ce qui est complètement archaïque, voilà parce que la plupart des gens qui délirent, ils se rendent compte qu'ils délirent. » (A.C.)

3.2 L'APPROCHE INDIVIDUOCENTREE

Dans les représentations de la maladie faisant place au conflit psychique, le clivage ou l'ambivalence sont investies d'un rôle comparable. Ces caractéristiques peuvent être appréhendées soit de façon clinique ou médicale, soit de façon morale par le biais notamment d'une interprétation de type psychanalytique.

« les situations d'hospitalisation sous contrainte, c'est quand même à 95 % des psychotiques, donc on est... en général face à des gens qui sont très ambivalents. C'est-à-dire qu'ils ont un fort mal être, ils sont pas bien et ils voient peut-être pas en l'hôpital la solution à ce moment-là. [...] moi, je ne le ressens pas comme un passage particulièrement difficile, où j'ai vraiment

l'impression d'empêcher quelqu'un de faire ce qu'il veut faire. C'est très rare... qu'on soit dans ces situations. Parce que *dans le cadre de la pathologie*, il y a cette ambivalence et souvent quand ils sont décompensés, ils sont encore plus ambivalents. » (I.G. ; elle souligne)

Ambivalence et psychose sont décrites, au début de cet extrait, comme s'impliquant analytiquement, la première étant considérée comme inhérente à la seconde. Ce médecin souligne encore qu'« en général, les patients, ils ont une énorme ambivalence, c'est-à-dire que, dans leur maladie, ils vont être capables de dire à la fois : "j'ai besoin de soins, je veux aller à l'hôpital" mais "je ne veux surtout pas aller à l'hôpital" ; et dans deux phrases, ils vont vous dire "je veux rester chez moi" et "il faut vraiment que "vous me soignez bien". » (I.G.) Néanmoins il n'y a, entre ces deux dernières propositions, rien d'antithétique, sauf à considérer que la seule modalité de soins soit l'hospitalisation.

Lorsque l'ambivalence est appréhendée au plan symbolique, elle est nommée clivage. Ces deux termes se présentent comme des caractéristiques ou propriétés de la catégorie représentationnelle considérée (Glaser et Strauss, 1967). Le clivage présente plusieurs aspects. L'un consiste dans la partition projetée sur le patient du dualisme entre situation de crise et situation courante¹. Ce dernier se formule également en termes psychanalytiques : « Je pense à quelques patients pour qui... c'est très étonnant, *on ne comprend pas ce qui se passe dans leur tête. En psychanalyse, on appelle ça le clivage, c'est-à-dire qu'en même temps mordicus* ils reconnaîtront jamais qu'ils sont malades et qu'ils ont besoin d'un traitement... et donc ils pourraient se sauver, s'échapper, s'opposer physiquement mais à partir du moment où on leur dit que "c'est obligatoire", ils se soumettent. Voilà, et donc on joue là-dessus. » (H.K.) La nécessité d'intervenir peut alors être convertie ou requalifiée en nécessité morale. Le même médecin ajoute : « ...je vous parle de gens qui ont mis le feu, qui s'enferment chez eux en se laissant mourir [...]. Je parle de gens comme ça chez qui effectivement... il y a une nécessité morale de faire quelque chose. » (H.K.)

¹ Évoquant l'imposition de soins dont la nécessité n'est pas reconnue par le patient, ce médecin note : « En urgence, ça pose moins de problème quand un patient n'a pas conscience des troubles ; ça ne me pose pas de problème mais à froid, quand on impose des choses, c'est plus compliqué » (D.M.).

Dans ces discours, la référence au symbole ou au symbolique joue un rôle spécifique. Ainsi le Dr. H.K., qui ne propose aucune caractérisation spécifique de la maladie mentale, évoque dans ces termes les sorties d'essai : « [...] je pense que un tel cadre prolongé [les soins ambulatoires sous contrainte], dans la mesure où ça représente symboliquement quelque chose pour eux, où ils sont capables d'entendre ce que ça représente et dans la mesure où eux tous seuls ne sont pas capables d'intégrer la nécessité, l'intérêt et la nécessité des soins de leur propre chef. Je pense que c'est quelque chose qui peut vraiment aider certains patients. Je pense que c'est quelque chose que... je faisais avant, avant la nouvelle loi, sous forme de sorties prolongées quand je voyais que ça marchait que ça fonctionnait [...] j'ai eu recours à ça autrefois de façon prolongée et avec succès, d'une façon qui ne me posait pas de problème de conscience ». Ces associations se vérifient dans le cadre théorique de la psychodynamique justifiant que la contrainte, en l'occurrence l'isolement, soit mise en œuvre au nom de la contenance psychique.

L'ambivalence peut se formuler dans un langage moins spécialisé comme une inconstance de ce qui est voulu par le patient dans le temps – comme si les personnes qui n'ont pas de maladie psychiatrique étaient toujours constantes. Du côté de l'approche individuocentrée, l'identification d'une vulnérabilité induite par la maladie peut enfin se présenter comme un argument légitimant le recours à la contrainte : ainsi « Il faut quand même bien savoir que quand on entrave à la liberté individuelle, c'est que quand même *la personne, elle est en détresse* même si elle va pas forcément exprimer sa détresse... elle ne va pas forcément être en demande pas de soins. » (I.G. ; nous soulignons) La référence à la vulnérabilité – face subjective de ce que le modèle médical traduit en termes de nécessité de soins¹ – est fréquente (voir supra la citation de B.L.).

Au-delà de ces représentations majoritaires de la maladie mentale, les catégories 3 à 6 de la typologie – qui formulent une interprétation de la maladie mentale en référence au symbolique, à une différence, à l'altérité ou à une approche compréhensive – peuvent être regroupées pour constituer un ensemble désigné comme celui des « représentations

¹ « Pour les crises, il faut intervenir vite [...] C'est l'urgence, c'est la décision médicale qui l'emporte. » (G.U.)

minoritaires » de la pathologie psychiatrique. Elles ne concernent qu'un faible nombre de médecins (n = 13). Ceux qui assument la représentation d'une altérité si grande avec le « nous » et avec ce qui est la norme [entrée 4] ont recours à la contrainte avec le moins de prévention (n = 3¹) mais surtout du fait de leur fonction intrahospitalière, alors que ceux assumant une interprétation impliquant un rapport à quelque chose d'extérieur, à une altérité démontrent davantage d'aversion face au recours à la contrainte (n = 3²).

Nous avons souligné les caractéristiques des représentations de la psychose jouant un rôle clef dans les processus d'imposition de la contrainte. Toutefois celles-là ne sont pas seules à l'œuvre, lorsque la contrainte intervient. Les circonstances (environnement familial, social, voisinage), les capacités de prise en charge des équipes et la disponibilité du personnel psychiatrique, leur *habitus*, la peur ou l'angoisse, les pressions sociales et administratives sont autant de facteurs intervenant dans la décision. Les patients de la psychiatrie sont la dernière catégorie de malades à laquelle des soins continuent d'être imposés en France (voir Guibet Lafaye, 2014), y compris après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, dite « Loi Kouchner », et la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Le recours à la contrainte constitue un tropisme fort de la psychiatrie française, en dépit de l'existence d'autres types de pratiques, visant à l'éviter et mises en œuvre dans certains pays européens ainsi qu'en Amérique du Nord, en particulier le testament psychiatrique (voir Lehman, 1986, 1993), en dépit de recommandations du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe (voir Recommandation Rec(2004)10³, articles 19, 25), concernant par exemple la personne de confiance⁴, ou encore de réflexions juridiques envisageant leur mise en œuvre. Eu égard aux lois précédemment évoquées,

¹ Sur 4 individus. Voir supra : « Je pense à quelques patients. *On ne comprend pas ce qui se passe dans leur tête – ce sont des personnes très différentes de nous. C'est ce qu'on appelle le clivage en psychanalyse ; ils ne reconnaissent pas les actes. Quand on leur dit que c'est obligatoire, ils se soumettent et on joue là-dessus.* » (H.K.)

² Sur 5 individus.

³ Recommandation adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004, lors de la 896^{ème} réunion des Délégués des Ministres

⁴ Celle-ci est également mentionnée par le code français de la santé publique, article L-1111-6, et la loi du 4 mars 2002 et doit intervenir quand la personne concernée n'est pas susceptible de donner son consentement.

serait tout à fait envisageable la mise en place « d'une déclaration écrite unilatérale de volonté psychiatrique, dans laquelle l'individu désignerait par avance la personne chargée de veiller à ses intérêts sanitaires pour le cas où il serait atteint de troubles psychiatriques » (Prieur, 2011, p. 204) mais précisant également les modalités selon lesquelles il souhaite être soigné dans les moments de crise ou de rechutes.

La prise de distance à l'égard du recours à la contrainte suppose à la fois un changement de regard sur le consentement des personnes soignées en psychiatrie (voir Guibet Lafaye, 2014) et un renouvellement des paradigmes dominants de représentations des maladies mentales dans les formations de psychiatrie. En effet, les patients sont bien souvent appréhendés à partir de la représentation médicale de leur maladie, ce qui n'est pas sans effet sur les modalités de prise en charge qui leur sont proposées.

Limites

La première limite de cette étude tient à ce que les médecins ont été approchés pour une enquête visant à saisir les incidences de la réforme législative de 2011 sur la pratique psychiatrique et à appréhender les questions éthiques que suscitait le recours à la contrainte. Les personnes qui ont accepté de répondre étaient donc sensibilisées à ces questions davantage peut-être que d'autres profils de répondants. Les représentations mises en évidence et leurs incidences sur le recours à la contrainte peuvent s'analyser et ont une portée bien plus large que celle attachée aux suites de la loi de 2011 et de son évolution en 2013. L'autre limite de cette étude tient à la méthode de recrutement des enquêtés qui s'est, *pour partie*, réalisée selon la méthode « boule de neige » (voir Gauthier, 2009). Enfin l'échantillon était principalement constitué de médecins hospitaliers – plutôt que de médecins exerçant en cabinet – or leur fonction implique d'assumer l'éventualité de l'imposition des soins sous contrainte. Face à celle-ci, ils devraient donc *a priori* avoir moins de prévention, la fonction de médecin hospitalier et l'imposition de la contrainte étant souvent présentées

comme s'impliquant analytiquement. Enfin, les résultats présentés ne demeurent pertinents qu'au titre d'une étude exploratoire. Les hypothèses mises en évidence demanderaient à être testées, d'une part, à partir d'une population statistiquement significative et, d'autre part, à partir d'autres catégories professionnelles hospitalières, telles le personnel paramédical, ou bien extrahospitalières, comme les psychiatres exerçant en libéral.

Conclusion

La présente étude visait à élucider les liens ou corrélations entre les interprétations de la maladie mentale et la propension à imposer la contrainte. Bien que l'essentiel des psychiatres partagent des représentations de la maladie mentale en terme médical ou selon un paradigme individuocentré, il est possible de mettre en évidence des différences, en termes de représentation, susceptibles de prendre sens au regard des attitudes face à la contrainte.

En premier lieu, le modèle médical est bien plus largement répandu parmi les individus ayant recours à la contrainte¹, là où ceux qui ont des réticences à son égard assument davantage un modèle individuocentré de type subjectiviste.

D'autres nuances peuvent également être mises en évidence entre ces deux groupes. Lorsque les médecins s'abstiennent de décrire la maladie, les plus prompts à user de la contrainte signifient par là un refus de répondre, alors que les autres tendent à récuser l'existence de la maladie dans les formes communes de sa description. Lorsqu'ils mobilisent le paradigme individuocentré, les premiers pourront s'appuyer sur la mention d'une « pathologie de la liberté » que ne mentionne jamais le second groupe. Évoquant la souffrance, les premiers la caractérisent plus volontiers comme un symptôme, dans une

¹ Notons toutefois que ces médecins sont majoritairement des psychiatres hospitaliers (25 individus sur les 36 intrahospitaliers n'expriment aucune réticence face à la contrainte) dont la fonction suppose qu'ils soient en mesure de prendre des décisions d'hospitalisation sous contrainte. Notre étude, pour confirmer ce résultat, mériterait d'envisager de façon approfondie les représentations partagées par les psychiatres exerçant en cabinet en ville.

logique descriptive, là où, parmi les seconds, elle sera investie, dans certaines cas, d'une valeur explicative, dans une logique plutôt empathique.

La présente étude n'examine que l'effet d'une variable, *i.e.* les représentations de la maladie mentale, sur les attitudes face à la contrainte. Nous nous sommes placés à un plan diachronique sans ignorer que, de façon synchronique, en particulier lorsqu'une décision doit être prise – dans une situation qui peut être celle de l'urgence –, d'autres facteurs sont susceptibles d'intervenir tels que la pression sociale et familiale, le contexte législatif et administratif, le contexte de travail au sein d'un service de psychiatrie. Néanmoins cette étude a permis de mettre en lumière des corrélations entre représentations archétypiques de la maladie mentale et certaines attitudes à l'égard de la contrainte.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

AMADO X.F. *et al.*, « Assessment of Insight in Psychosis », *Am J Psychiatr*, 1993, 150, p. 873-879.

ANGERMEYER M.C. et H. MATSCHINGER, « Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia », *Acta Psychiatr Scand*, 1996a Mar, 93(3), p. 199-204.

ANGERMEYER M.C. et H. MATSCHINGER, « Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1996b, vol. 31, n° 6, p. 309-315.

ANGERMEYER M.C. *et al.*, « Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: Are there cultural differences? », 2004, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), p. 420-425.

BARATTA A. et A. MORALI, « Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France », *Médecine & Droit*, vol. 2010, n° 102, May-June 2010, p. 86-89.

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

CALDWELL T.M. et A.F. JORM, « Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: a comparison with the public and other healthcare professionals », *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 2001 Mar, 10(1), p. 42-54.

CALDWELL T.M. et A.F. JORM, « Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: a comparison with psychiatrists and the public », *Aust N Z J Psychiatry*, 2000 Aug, 34(4), p. 602-611.

CANO N., « Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques », *Éthique et santé*, 2009, 6, p. 3-10.

CANO N., J.-M. HENRY et V. RAVIX (dir.), *Liberté et contrainte en psychiatrie : enjeux éthiques*, Bordeaux, Les Études hospitalières, collection « Actes et séminaires », 2014, 146 p.

CASTEL Robert, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit, 1977.

CHEVILLOTTE Jérôme, « La réforme des soins en psychiatrie », *La revue de l'infirmière*, vol. 60, n° 176, déc. 2011, p. 33-34.

CHUNG K.F. *et al.*, « How are psychotic symptoms perceived? A comparison between patients, relatives and the general public », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1997, 31, p. 756-761.

COMBESSIE Jean-Claude, *La méthode en sociologie*, Paris, La Découverte, 2007, p. 45-54.

DE ROSA A.S., « The Social Representations of Mental Illness in Children and Adults », in W. Doise and S. Moscovici (dir.) *Current Issues in European Social Psychology*, Paris/Cambridge, Cambridge University Press, 1987, p. 47-138.

DE TOLEDO PIZA PELUSO E. et S.L. BLAY, « Community perception of mental disorders – a systematic review of Latin American and Caribbean studies », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004 Dec, 39(12), p. 955-961.

DEMAZEUX S., « Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? » *PSN. Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*, 2008, vol. 6, n° 1, p. 17-25.

DORTIER J.-F., « L'univers des représentations », in J.-F. Dortier (dir.), *Le cerveau et la pensée. Le nouvel âge des sciences*, Paris, Éditions Sciences Humaines, 2014, p. 411-421.

ESQUIROL Jean-Étienne, *Question médico-légale sur l'isolement des aliénés*, in *Aliénation Mentale*, Paris, Crochard, 1832.

EY H., « Anthropologie du malade mental », *Revue Esprit*, 1952, p. 891-896.

EY H., « L'essence de la maladie mentale et la loi de 1838 (aliénation, espace et liberté) », *L'évolution psychiatrique*, vol. 29, n°1, 1964, p. 1-5.

FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard TEL, 1976.

FURNHAM A. et V. LOWICK, « Lay theories of the causes of alcoholism », *British Journal of Medical Psychology*, 1984, 57, p. 319-322.

FURNHAM A. et J. REES, « Lay theories of schizophrenia », *Int J Soc Psychiatry*, 1988 Autumn, 34(3), p. 212-20.

FURNHAM A. et R. MANNING, « Young people's theories of anorexia nervosa and obesity », *Counseling Psychology Quarterly*, 1997, 10(4), p. 389-415.

FURNHAM A. et E. HARALDSEN, « Lay theories of etiology and "cure" for four types of paraphilia: Fetishism, pedophilia, sexual sadism, and voyeurism », *Journal of Clinical Psychology*, 1998, 54, (5), p. 689-700.

FURNHAM A. et C. BUCK, « A comparison of lay-beliefs about autism and obsessive-compulsive disorder », *International Journal of Social Psychiatry*, 2003, 49, p. 287-307.

FURNHAM A. et E. CHAN, « Lay theories of schizophrenia. A cross cultural comparison of British and Hong Kong Chinese attitudes, attributions and beliefs », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39, p. 543-552.

GAUTHIER B., *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2009.

GLASER B. et A. STRAUSS, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine de Gruyter, 1967.

GUEDJ M.J. *et al.*, « Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques », *L'Encéphale*, vol. 30, n° 1, Fév. 2004, p. 32-39.

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., « Comment les psychiatres se représentent-ils aujourd'hui "la" maladie mentale ? », *Revue Sociologia*, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Portugal), 2015. [à paraître].

HASLAM N. et C. GIOSAN, « The lay concept of "mental disorder" among American undergraduates », *J Clin Psychol*, 2002 Apr, 58(4), p. 479-485.

HUGO M., « Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder », *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2001 Oct, 8(5), p. 419-425.

- JODELET D., « Représentations sociales », in *Grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris, 1991, p. 681-682.
- JORM A.F., « Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders », *Br J Psychiatry*, 2000 Nov, 177, p. 396-401.
- JORM A. et al., « "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment », *Medical Journal of Australia*, 1997, 166, p. 182-186.
- KOHL F.-S., *Les représentations sociales de la schizophrénie*, Paris, Masson, 2006.
- LAMANDA [Rapport], *Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux*, 30 mai 2008.
- LANTERI-LAURA Georges, « L'objet de la psychiatrie et l'objet de la psychanalyse », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 70, n° 1, Jan-Mars 2005, p. 31-45.
- LEDESMA E., « Soins psychiatriques : modalités et mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Savoirs et soins infirmiers*, 2013.
- LEHMAN P., « Théories et pratique du testament psychiatrique », 1986.
- LEHMAN P., « Das formelle Psychiatrische Testament: Gebrauchsanweisung und Muster-text », in K. Kempker et P. Lehman (dir.), *Statistique Psychiatrie*, 1993, p. 253-281.
- MAGLIANO L. et al., « Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: a comparison with patients' relatives and psychiatrists », *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), p. 319-330.
- MARKOVA I.S., *Insight in Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.
- MOSCOVICI Serge, *La psychanalyse, son image, son public*, Paris, PUF, 1961.
- MÜLLER C., « Une approche psychodynamique des maladies mentales peut-elle être intégrative ? Modélisation et psychiatrie », *La Lettre du psychiatre* (Puteaux), 2007, vol. 3, n° 9 p. 213-217.
- NG P. et K.F. CHAN, « Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong », *Int J Soc Psychiatry*, 2000 Summer, 46(2), p. 79-88.
- OTT Christiane, « Hospitalisation sous contrainte, un difficile équilibre entre sécurité et libertés », *Droit, Déontologie & Soins*, vol. 7, n° 2, Juil. 2007, p. 209-237.
- PAILLE P., « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 1994, p. 147-181.
- PERSALL J., « Insight », *The New Oxford Dictionary of English*, in J. Persall (dir.), Oxford, Clarendon Press, Oxford, 1998.
- PRIEUR S., « L'encadrement juridique des soins psychiatriques sans consentement : réflexions sur une réforme controversée (loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011) », *Revue générale de droit médical*, n° 40, sept. 2011, p. 197-209.
- PROTAIS Caroline, « Sous l'emprise de la folie. La restriction du champ de l'irresponsabilité psychiatrique en France (1950-2007) », thèse de doctorat, réalisée sous la direction de N. Dodier à l'EHESS, soutenue le 12 décembre 2011. Publiée en 2015 aux presses de l'EHESS.
- RAMSEY F.P., « Facts and Propositions », *Proceedings of the Aristotelian Society*, SUPPLEMENT 7(1), 1927, p. 153-170.
- Richard Jean-François, *Les activités mentales : De l'interprétation, de l'information à l'action*, Paris, A. Colin, 2005.
- SALVARELLI Jean-Pierre, « De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? : Mais, que fait la psychiatrie ? 1^{ère} partie », *Information psychiatrique*, 2013, vol. 89, n° 1, p. 15-31.
- SÉMELAIGNE R., *Les Grands aliénistes français*, tome I, *Philippe Pinel, Esquirol, Ferrus, Jean-Pierre Falret, Félix Voisin, Georget*, Paris, G. Steinheil, 1894.
- SIEGLER M. et H. OSMOND, « Models of madness », *Br J Psychiatry*, 1966 Dec, 112(493), p. 1193-1203.
- STRAUSS A. et J. CORBIN, *Basics of Qualitative Research*, Newbury Park (Calif.), Sage, 1990.
- VIDON G., « Pour des soins obligatoires en ambulatoire », *Nervure*, vol. 8, n° 5, 1995, p. 65-68.

VIDON G., « De l'internement psychiatrique aux soins sans consentement en ambulatoire », in F. Rouillon, *Psychiatrie française*, Paris, Springer, 2012, p. 175-189.

WEBER Max, *Wirtschaft und Gesellschaft* [1922], tr. fr. *Économie et société*, Paris, Plon, 1995.

WEISS M.F., « Children's attitudes toward the mentally ill: an eight-year longitudinal follow-up », *Psychol Rep.*, 1994 Feb, 74(1), p. 51-56.

Annexe

1. GUIDE D'ENTRETIEN

1. Spontanément, pourriez-vous évoquer des situations vous ayant paru poser des difficultés ou apparaissant comme éthiquement problématiques.

2. Y a-t-il des principes et des convictions qui structurent votre pratique ? Des principes auxquels vous êtes particulièrement attachés et que vous ne souhaiteriez pas lâcher ?

3. Quels sont vos objectifs lorsque vous commencez à vous occuper d'un patient ? Vers quel horizon essayez-vous d'aller ?

4. Comment procédez-vous lorsque ce que vous percevez comme ce qui est « bien pour le patient » ne converge pas avec ce que le patient veut pour lui-même ?

5. Quelle place faites-vous, dans votre pratique, aux souhaits, aux préférences des patients, à ce qu'il souhaite pour lui-même ?

6. Comment appréhendez-vous ce qui serait « bien » pour ce patient ? [Relance évoquée lors de la présentation d'un cas en question 1.]

7. Que percevez-vous des attentes du Législateur et de la société à l'égard de la psychiatrie aujourd'hui ?

8. Un de vos confrères, évoquant les soins sans consentement en « ambulatoire », estimait que « les libertés individuelles doivent savoir s'effacer devant la santé publique ». Qu'en pensez-vous ?

9. Si vous aviez à expliquer à un non spécialiste ce qu'est la maladie mentale, comment la décririez-vous ?

10. La Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » prévoit, par l'art. L. 3211-12-1.-I., que « l'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que *le juge des libertés et de la détention* (JLD) [...] n'ait statué sur cette mesure [...] avant l'expiration d'un délai de quinze jours », lorsque l'hospitalisation se fait sans le consentement du patient.

Que pensez-vous de l'introduction du JLD dans ce parcours d'hospitalisation ?

11. Les notions de libre arbitre, de responsabilité, d'autonomie, de capacité à décider pour soi-même ont-elle un sens, selon vous, concernant les personnes dont vous vous occupez ? Quelle place leur accordez-vous dans la prise en charge de ces personnes ?

12. Pourriez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel et m'indiquez l'arrière-plan théorique qui est le vôtre ?

2. TYPOLOGIE DES REPRESENTATIONS DE LA MALADIE MENTALE¹

0. Ne pas caractériser

- 0.1 Parce qu'on n'a pas voulu répondre à la question ou qu'on en est incapable.
- 0.2 Une description métaphorique.
- 0.3 Parce qu'on récuse l'existence de la maladie mentale.

1. L'approche médicale et biologique²

- 1.1 La maladie est appréhendée à partir de symptômes ou comme une anomalie.
- 1.2 Définition par référence à l'aliénation³.
- 1.3 Caractérisation biologique ou génétique
- 1.4 Caractérisation fonctionnelle comme dysfonctionnement ou handicap
- 1.5 La désorganisation de la pensée est une sous_occurrence du dysfonctionnement.

2. L'interprétation individuocentrée d'orientation subjectiviste

- 2.1 Un vécu
- 2.2 Une souffrance
- 2.3 Une interprétation à partir de la dynamique des forces psychiques.
- 2.4 Une perte du sujet qui devient objet
- 2.5 Une pathologie de la liberté

3. Le rapport au symbolique

- 3.1 Défaut de symbolisation
- 3.2 La schizophrénie comme produit de messages linguistiques contradictoires

4. La maladie mentale comme différence

- 4.1 Écart par rapport à la norme (non biologique ou médicale mais plutôt sociale)
- 4.2 Altérité intériorisée ; être étranger à soi-même

5. Une interprétation impliquant un rapport à une altérité

- 5.1 Pathologie de la relation
- 5.2 Ne pas être dans le monde commun
- 5.3 Altérité intériorisée ; être étranger à soi-même (voir aussi 4.2)

6. Une approche holiste compréhensive

- 6.1 Le modèle bio-psycho-social
- 6.2 Le modèle systémique
- 6.3 L'approche culturaliste

¹ Voir Guibet Lafaye (2015).

² Ces approches sont certes individuocentrées mais elles se veulent descriptives, fondées sur le modèle médical et d'orientation objectiviste.

³ Mais sans mention d'une perte de liberté.