



HAL
open science

Contrainte et consentement en santé mentale

Livia Velpry, Benoît Eyraud

► **To cite this version:**

Livia Velpry, Benoît Eyraud. Contrainte et consentement en santé mentale. Santé mentale et souffrance psychique - un objet pour les sciences sociales, CNRS Editions, 2018. halshs-01936772

HAL Id: halshs-01936772

<https://shs.hal.science/halshs-01936772>

Submitted on 27 Nov 2018

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.

Contrainte et consentement en santé mentale

Velpry L., Eyraud B.¹

Pre-print avant épreuves du chapitre paru dans *Santé mentale et souffrance psychique – un objet pour les sciences sociales*. Sous la direction de Isabelle Coutant et Simeng Wang, CNRS Editions, octobre 2018.

De nombreux acteurs s'inquiètent de la persistance, voire d'un développement du recours à la contrainte dans le soin en santé mentale. Le terme de contrainte désigne des situations d'intervention sur autrui dans lesquelles la personne ne donne pas son autorisation et/ou qui comportent, à des degrés divers, une atteinte à son intégrité physique ou psychique ou à ses droits. Ce terme de contrainte se réfère ainsi à la fois aux mesures légales qui permettent d'intervenir sans le consentement de la personne², aux pratiques d'enfermement ou de contention physique³ dans les hôpitaux psychiatriques et dans les établissements médico-sociaux, et aux diverses pressions qui peuvent être exercées sur les personnes pour qu'elles fassent ce qu'elles n'ont pas forcément envie de faire. De telles interventions sont parfois jugées nécessaires et justifiées par les acteurs impliqués, que ce soit dans une visée thérapeutique, pour préserver les intérêts des personnes, ou pour assurer leur sécurité ou l'ordre public. Mais d'autres acteurs restent critiques vis-à-vis de la contrainte et défendent l'idée que son usage devrait être réduit, voire si possible supprimé dans le soin en santé mentale. Cette critique prend appui sur le contexte juridique, administratif et éthique actuel qui promeut l'autonomie des personnes et des patients, et qui fait du consentement la pierre angulaire de la relation de soin⁴.

L'encadrement dont ces situations devraient faire l'objet soulève ainsi des controverses. A propos de la mise en chambre d'isolement et de la contention, le député Denys Robiliard, à l'origine de l'article 72 de la loi de santé du 26 janvier 2016 qui les règlemente, estime qu'il faut « encadrer sévèrement » de telles

¹ Ce texte résulte d'une recherche menée collectivement entre 2013 et 2016 par le Collectif Contrast, qu'ont co-animé les auteurs signataires. Voir pour plus de détail www.contrastcollectif.wordpress.com/

² Il s'agit notamment des soins sans consentement en psychiatrie, qui sont autorisés dans certaines conditions par la loi du 5 juillet 2011 réformée par la loi du 27 septembre 2013, des mesures de protection juridique des majeurs vulnérables (loi du 5 mars 2007) et des soins ordonnés par le juge dans le cas d'infractions pénales (Loi du 17 juin 1998).

³ En 2008, un important plan de financement a été adopté, prévoyant la sécurisation des établissements hospitaliers, l'ouverture de 200 nouvelles chambres d'isolement dans les unités d'hospitalisation ordinaires, ainsi que la création d'unités d'hospitalisation sécurisées de deux types : des unités spécialement aménagées (UHSA) pour accueillir les détenus et des unités pour malades difficiles (UMD), destinées aux malades présentant une dangerosité particulière.

⁴ VELPRY L., EYRAUD. B., et al., « Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux », in PASCAL J.-C., HANON C. (Eds), *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*, Paris, Doin, 2014

pratiques et ne les mobiliser qu' « en dernier recours ». Ce point de vue est cependant contesté. Des psychiatres réunis au sein du Collectif des 39⁵ manifestent une forte opposition à ce texte lors de sa discussion publique, au motif que celui-ci risque de légitimer des pratiques qui devraient, selon eux, disparaître. Le débat souligne le double rôle de contrôle et de légitimation attribué à l'encadrement du recours à la contrainte dans le soin en santé mentale. Il illustre également les problèmes posés par le cadrage des pratiques qualifiées de contraignantes - que celui-ci vise à les limiter, à les interdire, ou encore à les autoriser - dans le soin en santé mentale. Ce dernier est en effet caractérisé par l'incertitude sur la capacité à consentir des personnes et un usage ancien à des formes contraignantes de soin. Ces problèmes sont d'autant plus complexes que le cadrage est hétérogène selon que les personnes sont soignées ou accompagnées dans des services psychiatriques, dans des services liés au domaine du handicap ou encore des personnes âgées, et selon qu'elles font l'objet ou non d'une mesure d'hospitalisation psychiatrique sans consentement ou d'une mesure de protection des majeurs⁶.

Dans cette contribution, nous proposons d'éclairer cette hétérogénéité, d'abord à partir de l'analyse des transformations du cadre juridique et de l'action publique en matière de santé mentale. Nous cherchons ainsi à mieux comprendre la place qu'occupent les pratiques qualifiées de contraignantes en santé mentale. Nous analyserons ensuite les usages par les professionnels de terrain de ces évolutions normatives lorsque, dans certaines situations, ils s'interrogent sur le recours à des formes contraignantes de soin. Nous examinerons pour cela la façon dont ils mobilisent les textes et les écrits qui régissent leurs activités⁷.

Encadré 1 : la contrainte dans le soin, quel encadrement juridique et administratif ?

Des textes juridiques autorisent à se passer du consentement des personnes dans des cas précis, tels que les mesures de soins sans consentement en psychiatrie, les mesures de soins pénalement ordonnés ou encore les mesures de protection des majeurs vulnérables, décisions placées sous l'autorité d'un juge. Ces textes précisent rarement cependant quelles interventions sont concrètement autorisées dans ce cadre⁸. En dehors de ces contextes, la prise en charge des personnes par les services de soins et d'accompagnement

⁵ Créé en 2008 en opposition à la « nuit sécuritaire », ce mouvement défend notamment une « hospitalité pour la Folie ». <http://www.collectifpsychiatrie.fr/>

⁶ Les mesures de protection juridique des majeurs donnent à un tiers, proche ou professionnel, le mandat de représenter la personne dans l'exercice d'une partie de ses droits, lorsque ses facultés personnelles sont altérées. Elles sont prononcées par un juge.

⁷ Les exemples et situations empiriques évoquées dans le texte sont présentées plus en détail dans l'ouvrage du Collectif Contrast (dir.), *Recherche du consentement et recours à la contrainte : perspectives socio-juridiques sur les régulations des soins en santé mentale*, Presses Universitaires de Rennes, A paraître.

⁸ COLLECTIF CONTRAST, « La régulation des pratiques contraignantes de soin en santé mentale : perspectives pour une approche interdisciplinaire » in AZIMI V., HENNION-JACQUET P., KOUBI G. (Eds), *L'institution psychiatrique au prisme du droit. La folie entre administration et justice*, Editions Panthéon-Assas, 2015, 229-245.

n'est en principe autorisée que sous réserve du consentement des personnes. Toutefois, en pratique il arrive que l'on se passe de rechercher le consentement, que ce soit dans le secteur psychiatrique, dans le domaine médico-social (maisons de retraites, foyers de vie...) ou à domicile. Qu'il s'agisse d'un acte médical, d'un accompagnement professionnalisé du travail social ou d'activités assurées par les proches, certaines interventions peuvent alors être perçues comme contraignantes par les acteurs. C'est le cas d'interventions qui privent les personnes de leur liberté d'aller et venir, restreignent leur liberté de mouvement ou les obligent à aller dans le sens de leur intérêt tel que les soignants ou les aidants le définissent⁹.

LES ÉVOLUTIONS DE L'ENCADREMENT DES PRATIQUES DE SOIN EN SANTÉ MENTALE

Mise en avant du consentement et démocratie sanitaire

Depuis le milieu du 20^{ème} siècle, les interventions sur la personne, en médecine notamment, doivent subordonner le soin et la prise en charge des personnes à leur consentement. Il n'est plus possible, en principe, de faire unilatéralement le bien des personnes contre leur gré. International et déjà ancien¹⁰, ce mouvement se traduit par un encadrement juridique et éthique croissant de la relation de soin. En France, dans les années 2000, plusieurs lois ont ainsi renforcé la démocratie sanitaire, et affirmé ces principes de respect de la volonté et de participation des personnes dans le domaine de l'action sociale et du handicap¹¹. Les pratiques de gouvernance et d'évaluation des politiques publiques en général défendent également ces principes. De nouvelles autorités administratives ou agences diffusent des recommandations de bonnes pratiques et mettent en place des démarches qualité, qui insistent sur la place qui doit être faite à la personne, en recherchant son consentement ainsi que sa participation. Des instances consultatives d'éthique se développent également, au sein des établissements par exemple. Toutes ces évolutions réorganisent les compétences entre instances administratives, judiciaires, professionnelles,

⁹ Cet usage banalisé de la contrainte a d'ailleurs amené le Contrôleur général des lieux de privation de liberté à proposer, certes sans succès, d'ajouter les maisons de retraite au périmètre de surveillance de son service (Voir J.M Delarue, Conférence de Presse du 25 février 2013). La création de cette autorité indépendante en 2007 répond aux engagements de la France vis-à-vis de l'ONU de veiller au respect des droits fondamentaux dans les lieux de privation de liberté.

¹⁰ En France, la Cour de Cassation réaffirme depuis plusieurs décennies la nécessité de rechercher le consentement "éclairé". Au niveau international, de nombreux textes, comme la Charte Européenne des droits du patient (1984), affirment les droits des bénéficiaires de soin.

¹¹ 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. En particulier, cette loi indique que le médecin doit respecter la volonté de la personne, y compris lorsque celle-ci refuse un traitement et que ce refus met la vie du patient en danger. La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux met elle aussi en avant l'enjeu de consentement et de la participation des bénéficiaires dans les procédures de prise en charge.

éthiques qui encadrent les pratiques de soin, et notamment le recours à la contrainte. En psychiatrie par exemple, la loi du 5 juillet 2011, qui instaure un contrôle systématique *a posteriori* des mesures d'hospitalisation sans consentement par le juge des libertés et de la détention, affermit ainsi le rôle de l'autorité judiciaire vis-à-vis du médical. Le souci de préserver l'autonomie de la personne apparaît dans l'encadrement du soin à différents moments. Des réglementations et des protocoles sont établis en amont des interventions, des écrits et des pratiques d'écrites sont mobilisées en situation, cependant qu'en aval sont mis en place des dispositifs de contrôle et d'évaluation des pratiques.

De telles évolutions placent la question du recueil du consentement au cœur de la relation de soin. Il s'agit d'une opération complexe ; le consentement de la personne peut être soumis à des influences diverses et varier dans le temps. Le recueil du consentement est rendu encore plus délicat par la présence de troubles psychiques ou cognitifs. Lorsque les personnes sont « vulnérables », ce qui est fréquemment le cas lorsque leurs facultés mentales sont altérées, elles peuvent éprouver des difficultés à manifester leur volonté ou à élaborer des préférences. Les professionnels ont alors à déterminer ce que souhaitent les personnes. En outre, lorsqu'ils doutent de la capacité des personnes à décider ou agir dans leur intérêt, ils ont à arbitrer entre l'impératif de protection et celui de la préservation de la liberté des personnes.

Les transformations de l'action publique en santé mentale

L'ordinaire des soins en santé mentale a historiquement intégré des pratiques que l'on qualifierait aujourd'hui de contraignantes, parce qu'elles s'exerçaient sur les corps, négligeaient les préférences de la personne ou restreignaient l'exercice de ses droits. Ces soins se sont longtemps déroulés dans un même cadre institutionnel, celui de l'asile. Il combinait une approche thérapeutique, appelée le traitement moral, une profession, celle de psychiatre, un statut juridique spécifique d'incapacité civile pour les malades internés ainsi qu'un lieu de vie et de travail. Il accueillait les adultes atteints de « fureurs », ainsi que, plus marginalement, les personnes âgées atteintes de démence et les jeunes ayant des déficiences intellectuelles importantes. La contrainte en faisait partie intégrante ; outre l'enfermement, elle prenait la forme d'un contrôle étendu à tous les faits et gestes de la vie quotidienne, doublée d'une privation de la capacité juridique¹². Elle était justifiée par le souci clinique, dans la mesure où elle s'intégrait au projet thérapeutique du traitement moral. Ce mode de traitement des personnes ayant des troubles psychiques a longtemps constitué un modèle dominant, même si des critiques se sont exprimées dès ses débuts, parmi les psychiatres et les observateurs. Des oppositions particulièrement virulentes ont émergé au cours du

¹² EYRAUD B., MOREAU D., Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique: de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier, *Culture et conflit*, 2013

20^{ème} siècle : la prise en charge était décrite comme inefficace d'un point de vue thérapeutique, mais aussi comme violente et dégradante, allant à l'encontre des droits des personnes¹³.

A partir des années 1960, des travaux de sciences sociales ont largement appuyé cette critique. Leurs analyses examinent comment la psychiatrie et son cadre institutionnel participent d'une forme de contrôle social et de normalisation des conduites. La notion d'institution totale proposée par Erving Goffman, largement reprise en France à partir de la fin des années 1960, met en cause les effets délétères de l'emprise de l'hôpital psychiatrique dans tous les domaines de la vie des patients. Michel Foucault revient sur le savoir psychiatrique et les effets de pouvoir que celui-ci produit. Ces travaux contestent l'effet thérapeutique du recours à l'enfermement et à l'isolement, comme de la maîtrise des corps. Dans une analyse des fondements juridique et politique de l'organisation des soins psychiatriques, Robert Castel analyse le mandat social de gestion de la déviance confié à l'institution psychiatrique. Il souligne les effets pervers du régime de l'interdiction prévu par le Code Civil de 1804, qui place le malade interné sous protection juridique afin de préserver ses biens, tout en le privant, dans le même temps, de sa capacité juridique.

Des institutions différenciées, des politiques publiques spécialisées et une extension des populations concernées

L'action publique en direction des personnes ayant des troubles psychiques a pris en compte ces critiques¹⁴. Les transformations introduites par les politiques de santé mentale menées dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle en ont redéfini les frontières, au travers d'un processus de différenciation institutionnelle et d'un élargissement des populations concernées¹⁵ (voir encadré 2). Ces évolutions renouvellent les formes de contrôle social comme les dynamiques d'émancipation et d'accès à l'autonomie que produisent les interventions en santé en mentale. S'appuyant sur les travaux de Michel Foucault, Robert Castel puis Nikolas Rose ont proposé de décrire ce nouveau paysage comme un nouveau mode de gouvernement des conduites. Il résulterait d'un exercice de la contrainte plus diffus que dans le contexte asilaire, par la gestion des populations à risque et les techniques d'autocontrôle. Selon cette perspective, la promotion du consentement et de la participation des personnes participerait de cette nouvelle forme de contrôle social, plutôt que de l'affirmation de la place de la personne dans la relation de soin. A l'inverse de cette position, des acteurs de la société civile font justement des droits des patients, et notamment de l'impératif de consentement et de participation, la pierre angulaire de leur

¹³ La critique a également porté sur la responsabilité des maladies. PROTAIS C., « Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009) », Editions EHESS, 2017

¹⁴ HENCKES N., « 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*, n°76, septembre 2009, p.76-98

¹⁵ EHRENBURG A., LOVELL A., *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001

mobilisation pour la disparition de la contrainte dans le soin. De nombreuses associations et organismes européens et internationaux se sont ainsi saisis de la Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée par l'ONU en 2006 comme d'un outil pour défendre l'interdiction du recours à la contrainte au nom des droits fondamentaux.

Encadré 2 : L'éclatement institutionnel, la différenciation des prises en charge et l'élargissement des populations : vers une définition ample de la santé mentale

Au cours des cinquante dernières années, les cadres de prise en charge se sont différenciés, en termes institutionnels, juridiques et professionnels. Dans les années 1970, une première vague de réorganisation a eu lieu, qui a abouti à la dissociation de domaines de prise en charge. La réforme psychiatrique a structuré le secteur sanitaire. Le secteur social et le secteur médico-social ont été développés à travers la politique du handicap. Les lieux de prise en charge et les types d'intervention se sont diversifiés ; à l'hôpital et aux foyers se sont ajoutés des suivis ambulatoires ou à la journée, ainsi que des interventions à domicile. Cette évolution s'est croisée avec un double mouvement de spécification. Suite à la création de filières destinées à des publics ciblés, adultes et enfants, troubles psychiques, troubles cognitifs sévères, déficiences intellectuelles, démences ont fait l'objet de prises en charge distinctes. La définition de nouvelles professions a conduit à réunir aujourd'hui dans les équipes de soin et d'accompagnement un vaste ensemble de professions sanitaires et sociales (psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, ergothérapeutes...).

A partir des années 2000, les politiques et les dispositifs en santé mentale se spécialisent encore plus, notamment autour du handicap, du handicap psychique, de l'autisme, de la maladie d'Alzheimer, des malades détenus, des malades difficiles, des malades vivant à la rue... Ces dispositifs segmentent l'intervention mais développent son champ. La population et les types de problèmes concernés par les politiques de soin et d'accompagnement se sont ainsi fortement élargis lorsque la notion de santé mentale s'est généralisée dans l'action publique, conduisant à intégrer les logiques de prévention et à étendre la définition des troubles psychiques.

Au terme des évolutions que nous venons de décrire, on comprend que le soin en santé mentale concerne une grande diversité d'acteurs et de domaines institutionnels, qui relèvent du champ sanitaire comme social, de la prise en charge du handicap et de la dépendance, et impliquent différentes professions (gériatrie, psychiatrie, travail social...). On saisit également la variété des formes prises par la contrainte dans le soin en santé mentale et les problèmes qu'elles posent du point de vue des droits : attacher une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à son fauteuil, hospitaliser une personne en psychiatrie sans son consentement, faire manger une personne qui n'en a pas envie, obliger une personne à se rendre à des consultations avec un psychologue suite à une infraction sexuelle, conditionner l'obtention d'un logement

à l'acceptation d'un traitement... Ces situations diffèrent quant à la nature de la contrainte exercées et quant au degré d'atteinte aux droits. Chacune résulte d'un arbitrage entre la nécessité de protéger la personne et celle de respecter sa liberté et ses préférences. Nous nous intéressons maintenant à la façon dont les professionnels des services de soin et d'accompagnement articulent ces deux impératifs en situation, en portant l'attention sur les écrits que ces professionnels utilisent, produisent, ou connaissent.

ARTICULER RECOURS À LA CONTRAINTE ET RESPECT DES DROITS DES PERSONNES : L'USAGE DES ÉCRITS

Les écrits dans le travail de soin

Les professionnels du soin utilisent et produisent de nombreux textes relatifs au suivi de leur activité. Le domaine du soin et de l'accompagnement en santé mentale a été confronté comme d'autres à une forte croissance de textes énonçant des normes et règles de conduite. Recommandations de bonnes pratiques, réglementation administrative, protocoles indiquant la marche à suivre, prescriptions de médicaments..., ces textes émanent d'instances juridiques, administratives et professionnelles variées. Ils ont eux-mêmes contribué à une multiplication des écrits que produisent les professionnels en situation. Un certain nombre de ces documents, mobilisés pendant l'intervention ou à son issue, ont une visée fonctionnelle mais servent aussi à attester du respect des droits de la personne, à favoriser son autonomie et à contrôler la possible atteinte à ses libertés. C'est le cas des certificats médicaux, des formulaires de consentement, des projets de soin ou d'accompagnement individualisé, mais aussi des comptes-rendus d'intervention.

Dans ce contexte, adopter une approche centrée sur les écrits présente plusieurs intérêts¹⁶. Elle permet, d'abord, d'analyser les usages des règles juridiques ou administratives. On peut, également, suivre les évolutions des pratiques d'encadrement et de gestion de l'activité professionnelle. Enfin, on peut saisir comment les dimensions clinique et administrative s'imbriquent ou parfois s'opposent dans l'activité des professionnels du soin, au travers des usages hybrides qu'ils font de certains écrits. En cela, l'attention aux écrits et aux pratiques d'écritures permet d'approcher de façon dynamique les règles de conduite.

Nous envisagerons ici l'usage des écrits et les pratiques d'écritures dans les interventions en santé mentale en distinguant trois fonctions : garantir le cadre de la relation, contrôler les interventions d'un point de vue politico-administratif et énoncer les règles de conduite.

¹⁶ Voir aussi COTON C., PROTEAU L. (dir.), *Les paradoxes de l'écriture. Sociologie des écrits professionnels dans les institutions d'encadrement*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 2012 ; BORZEIX A., DEMAZIÈRE D. ET ROT G. (dir.), « Ce que les écrits font au travail », *Sociologie du travail*, 56, avril-juin, 2014, pp. 4-15

Garantir le cadre de la relation de soin

La production d'écrits en situation pour s'assurer que l'intervention se déroule dans un cadre consenti s'est généralisée dans les structures des secteurs sanitaire et médico-social, avec une accélération dans les années 2000 à la suite de plusieurs lois¹⁷. Aujourd'hui, dans de nombreuses situations de soin, la personne doit signer un formulaire de consentement éclairé. A l'entrée dans une structure sanitaire ou médico-sociale, la personne doit souvent, également, signer un contrat de soin ou d'accompagnement, ou un projet de vie, qui veut garantir son accord. Or ces documents sont produits et mobilisés au cours d'interactions avec les professionnels et ne peuvent être dissociés de ce processus ; le recueil formalisé du consentement participe d'un travail plus large de négociation de la relation de soin, en amont comme en aval¹⁸.

Ainsi, la signature du document représente parfois l'aboutissement d'un travail spécifique des professionnels, qui se déploie dans le temps, afin que la personne accepte l'intervention. Lorsque des professionnels d'une équipe mobile évaluant les besoins de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se présentent au domicile auprès d'une personne qui considère qu'elle n'en a pas besoin, il leur faut avant tout se faire accepter, et notamment pour commencer, parvenir à se faire ouvrir la porte. La proposition de signer le formulaire ne sera faite qu'au terme d'un travail relationnel qui aura permis de gagner la confiance de la personne.

Dans la négociation pour faire accepter une intervention, les professionnels recourent à différentes techniques de persuasion, mais également de menace ou de chantage. Une personne pourra consentir à être hospitalisée en psychiatrie, même si elle n'est pas convaincue de la nécessité d'une telle hospitalisation, parce qu'elle souhaite éviter l'alternative qui lui est présentée par le psychiatre, d'une hospitalisation sans consentement¹⁹. La limitation des ressources joue un rôle crucial également ; une personne signera le contrat d'admission dans une structure où elle ne souhaite pas entrer, ou alors que

¹⁷ Ces lois instaurent des protocoles pour garantir ou favoriser la prise en compte des attentes de la personne au travers d'écrits attestant du respect des droits, notamment dans les situations explicitement ou potentiellement contraignantes. La loi du 4 mars 2002 généralise le recueil du consentement écrit aux soins. Un projet de vie des usagers – à valeur informative – est systématiquement rédigé lors des demandes de plan de compensation des conséquences du handicap, depuis la loi du 11 février 2005 sur le handicap. La loi du 5 mars 2007 crée plusieurs dispositifs s'appuyant sur des écrits pour soutenir l'autonomie des personnes faisant l'objet de mesures de protection. Enfin, la loi Léonetti instaure les directives anticipées pour prendre en compte l'avis de la personne lorsqu'elle n'est plus en état de l'exprimer, à l'intention des personnes en fin de vie, mais le document est utilisable aussi en santé mentale.

¹⁸ LECHEVALIER HURARD, L., VIDAL-NAQUET, P., LE GOFF, A., BÉLIARD, A. & EYRAUD, B., Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées. *Revue française des affaires sociales*, 2017,41-60.

¹⁹ Les documents de recueil du consentement formalisent parfois aussi ce rapport de force. Paul Brodwin a souligné les paradoxes présents dans les formulaires de consentement à l'entrée dans un programme de soins psychiatriques américain, où la personne est parfois conduite à consentir à ce que les professionnels passent outre son refus et interviennent sans son consentement, dans le cas où elle refuserait les soins.

certaines éléments du contrat ne lui conviennent pas, parce qu'elle a conscience que c'est la seule qui peut l'accueillir.

Une fois que les documents assurant le consentement formel sont signés, ou quand les professionnels ont été autorisés à se passer du consentement, rechercher l'accord de la personne reste nécessaire dans de nombreuses situations²⁰. Les motifs peuvent être d'ordre clinique ; les soignants recevant des personnes condamnées pour une infraction sexuelle dans le cadre d'une mesure de soin ordonnée par le juge s'attachent à susciter la « demande » de la personne et son adhésion au soin, qui est considérée comme une étape incontournable du processus thérapeutique. La préoccupation éthique participe également à l'impératif de s'assurer de l'accord de la personne. S'y ajoutent les considérations pragmatiques ; en effet certaines interventions ne peuvent être réalisées dans la participation de la personne. Tous ces éléments concourent par exemple à ce que les soignants cherchent avant tout à négocier avec une personne hospitalisée sans son consentement pour qu'elle accepte de prendre un traitement plutôt que de le lui administrer de force. Cette solution pourra ainsi apparaître autant comme un élément favorable de son évolution clinique, comme étant plus respectueuse de sa dignité et également comme plus facile à mettre en œuvre²¹. A cela s'ajoute un élément d'incertitude juridique, qui porte sur l'étendue du périmètre couvert par le consentement à une intervention ou par l'autorisation de s'en passer. L'accord négocié avec la personne pour qu'elle prenne son traitement pourra parfois être formalisé par un document produit localement, tel qu'un protocole individualisé. Dans ce cas, l'écrit qui garantit le respect du consentement n'est plus produit dans le cadre d'une obligation légale ou administrative, mais à l'initiative des professionnels, dans le cadre de la négociation de l'intervention avec la personne.

Contrôler la mise en œuvre de pratiques de soin perçues comme contraignantes

Dans les services de soin, les écrits produits par les soignants ont également une fonction de contrôle *a posteriori* de l'activité professionnelle, en répondant notamment à une exigence de traçabilité liée à la responsabilité médicale et aux risques sanitaires²², tout en relevant de la gestion des relations avec les autres professionnels et équipes. Ils sont de plus en plus stockés sous une forme numérique.

Produire ces écrits est parfois obligatoire ; c'est le cas de la prescription médicale pour une mise en chambre d'isolement ou encore l'inscription de l'utilisateur dans la base informatique lors de son admission. L'autorisation du recours à la contrainte dans le soin, dans des situations précises, s'accompagne d'une

²⁰ EYRAUD B., VIDAL-NAQUET P., Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesure de protection, *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], n°14, 2008

²¹ SAETTA S., Inciter des auteurs d'infractions à caractère sexuel incarcérés à se soigner, *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. XIII, 2016

²² Le droit d'accès des usagers et des administrations à ces documents, qui s'est généralisé ces dernières décennies, a modifié le contenu et l'usage de ces écrits.

même exigence de rendre compte par écrit du respect de certains critères et des conditions de réalisation de l'intervention. La réforme des soins sans consentement de 2011 a conduit à produire de nombreux écrits relatifs aux droits des usagers (mention systématique de l'information du patient, courriers du directeur informant l'usager de chaque étape de la procédure...), en plus des certificats rédigés par le psychiatre justifiant de la mesure. L'amendement Robiliard cité en début de chapitre instaure la tenue de registres spécifiques dans chaque établissement psychiatrique pour y consigner les pratiques d'isolement et de contention. Cette injonction est portée par la loi, mais émane également de l'administration, au travers des démarches qualité ou de gestion des risques. Elle conduit notamment à la production locale d'écrits à visée de contrôle de l'activité, sous la forme par exemple de protocoles²³.

Ces contrôles sont très hétérogènes selon les structures de soin en santé mentale. Ainsi, l'usage de la contention en maison de retraite avec des personnes dont les facultés mentales et cognitives sont altérées n'est pas inscrit dans un registre, même s'il nécessite une prescription médicale, comme en psychiatrie. De plus, les usages interstitiels de la contention sont fréquents²⁴. Ainsi, plutôt que de recourir aux moyens de contention officiellement admis (une ceinture pelvienne qui retient la personne assise, ou des barrières qui l'empêchent de descendre seule de son lit), les soignants utiliseront des moyens détournés de leur finalité habituelle : un meuble placé judicieusement devant un fauteuil ou les cale-pieds d'un fauteuil roulant relevés empêcheront une personne ayant une mobilité restreinte de se lever sans pour autant relever d'une contention médicalement prescrite. De telles pratiques, que les professionnels qualifient souvent de « contention passive », feront l'objet d'un contrôle interne si elles posent des problèmes aux équipes, d'un point de vue clinique, éthique ou même matériel. Dans ce cas, la réflexivité collective des professionnels concernés pourra conduire à établir des règles locales et à surveiller les usages. A l'inverse, ces mêmes pratiques pourront tout aussi bien être maintenues dans la discrétion et n'être ni encadrées ni tracées, si elles ne soulèvent pas d'interrogations pour les acteurs impliqués.

Enoncer les manières de faire, entre prescription et usages réflexifs

Un foisonnement d'écrits présents dans les structures de soin énonce les bonnes manières de faire pour les professionnels. Il peut s'agir de recommandations de bonnes pratiques produites au niveau national par des autorités administratives indépendantes, ou encore de protocoles, chartes ou formulaires traduisant parfois ces règles nationales et élaborés au sein des établissements ou même du service. Les comités d'éthiques de certains établissements de santé produisent également des avis publics, suite à la saisine de professionnels.

²³ MARQUES A., SAETTA S., TARTOUR T., « Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales* 2/2016 (n° 6), 2016, p. 57-74

²⁴ LECHEVALIER-HURARD L., Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique, *Sociologie du Travail*. 2013, Vol. 55, n° 3, 279-301

Certains textes cherchent à garantir un meilleur respect des libertés individuelles ainsi que des préférences de la personne lors de la réalisation des interventions. Ce faisant, ils cherchent implicitement à éviter le recours à la contrainte. Ainsi, les recommandations sur la toilette de personnes âgées réticentes visent à faire accepter l'intervention, pour prévenir l'usage de la douche forcée. D'autres visent à assurer que les interventions considérées comme contraignantes sont réalisées en garantissant la sécurité et le respect de l'intégrité physique, comme par exemple l'obligation pour les équipes d'unité d'hospitalisation psychiatrique de se rendre toutes les heures en chambre d'isolement lorsqu'une personne y est placée.

La prise en compte de ces écrits dans le cours de l'activité professionnelle est extrêmement variable. Elle est de fait parfois malaisée. D'abord, une partie de ces écrits, notamment ceux affirmant les libertés individuelles, sont de portée très générale et ne renseignent pas directement sur les conduites à tenir, créant un dilemme pour les professionnels. Face à une personne qui refuse qu'on fasse sa toilette, il faut ainsi arbitrer entre respecter son choix ou passer outre afin d'assurer son hygiène, au nom du respect de sa dignité. Les protocoles produits au sein des établissements, ou parfois les protocoles individualisés, proposent des règles plus opérationnelles. Ils peuvent cependant être difficiles à concilier et font également l'objet d'adaptation en fonction du contexte et des modes de fonctionnement locaux, et des ressources limitées en temps et en personnel. Ainsi, même s'il existe un protocole local visant à diminuer les gestes identifiés comme contraignants lors des toilettes, le planning de travail ne permet aux aides-soignantes que de passer très peu de temps avec chaque personne, rendant sa mise en œuvre parfois impossible.

Concernant les pratiques considérées comme contraignantes, ces documents ne permettent pas toujours de différencier quand est-ce que le recours à la contrainte est acceptable, et quand l'intervention évitable, voire maltraitante. Lorsqu'une personne hospitalisée refuse son traitement et s'agite, même s'il existe un protocole individualisé établi par le médecin autorisant à lui administrer un traitement par injection, cela ne suffit pas. Il faut encore déterminer si l'application de ce protocole est effectivement nécessaire, dans cette situation précise.

S'ils participent à orienter l'intervention, ces écrits ne résolvent donc que partiellement les dilemmes des professionnels²⁵. De plus, en situation, ils peuvent ne pas suffire à faire respecter le principe de respect des droits de la personne qu'ils promeuvent et que les professionnels endossent. En réponse, ceux-ci peuvent alors produire localement des protocoles spécifiques, dérogatoires²⁶. Ainsi, réalisant qu'une

²⁵ DOURLENS C., VIDAL-NAQUET P., « Éviter l'inacceptable, douter de l'acceptable. Régulation des pratiques, épreuves de régulation », *SociologieS* [En ligne], mis en ligne le 16 juin 2016. URL : <http://sociologies.revues.org/5574>

²⁶ VELPRY L., EYRAUD B., *Contraire pour aller mieux ? Enjeux cliniques et protocolisation dans une unité de prise en charge d'enfants atteints de troubles autistiques*. In DEMAILLY L., GARNOUSSI N. (Eds), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Presses universitaires Septentrion, 2016, p. 265-278.

personne se calme rapidement et accepte de prendre son traitement lorsqu'on l'accompagne dans sa chambre et qu'on la maintient fermement, pendant quelques minutes, assise sur son lit, les soignants pourront décider d'utiliser préférentiellement ce type d'intervention avec cette personne plutôt que de réaliser une injection, comme le prévoit le protocole. Dans cette situation, le fait de maintenir physiquement la personne pendant quelques minutes semble aux professionnels constituer un meilleur compromis entre la nécessité de protéger l'intérêt de la personne et respecter sa volonté, dans la mesure où cela permet d'éviter de recourir à l'injection de son traitement. Une telle décision se traduira éventuellement par la rédaction d'un protocole individualisé. Dans d'autres contextes, la discussion collective donnera lieu à la production de règles qui resteront orales. Les professionnels portent parfois cette préoccupation éthique en dehors du contexte de délibération local, en saisissant le comité d'éthique pour des dilemmes particulièrement épineux ou qui méritent d'énoncer une règle plus générale.

Le recours à des pratiques qualifiées de contraignantes dans le soin en santé mentale s'inscrit aujourd'hui dans un contexte dominé par l'impératif du respect du consentement et de la participation des personnes. Un tel contexte renforce l'activité de cadrage juridique, administratif et éthique de ces pratiques, dans le but à la fois de favoriser la prise en compte des préférences de la personne mais aussi d'encadrer les situations où l'on accorde une plus grande importance au principe de protection. Nous avons examiné quelques-uns des usages qu'ont les professionnels de ces textes dans leur activité de soin. Ces écrits ont des limites intrinsèques, qui permettent rarement de déterminer directement comment procéder, soit parce qu'ils ne suffisent pas à assurer du respect du choix des personnes, en amont ou en aval, soit parce qu'ils énoncent des principes généraux qu'il faut décliner dans un contexte particulier. Nous avons pu ainsi décrire des mouvements d'appropriation, de détournement et de production des écrits par les professionnels en situation. Ces mouvements montrent que les garanties, le contrôle et les prescriptions présentes dans les écrits s'articulent ainsi à une production de normes locales. Y compris lorsque les professionnels s'en écartent ou les confrontent entre eux, les écrits peuvent alimenter une réflexivité sur la définition des normes de contrainte acceptable. Ce faisant, les professionnels exercent un contrôle interne sur les arbitrages qu'ils réalisent en situation entre la nécessité de protéger et celle de respecter la liberté des personnes. Lorsque l'organisation institutionnelle et professionnelle ne permet pas la mise en œuvre d'une telle réflexivité, au risque de banaliser des pratiques contestables d'un point de vue juridique, éthique ou clinique, le contrôle exercé par les instances extérieures joue alors un rôle crucial pour préserver les droits des patients.

Encadré 3 : pour aller plus loin

BRODWIN, P., *Everyday Ethics: Voices from the Front Line of Community Psychiatry*, University of California Press, Berkeley, 2013

CASTEL R., *L'ordre psychiatrique*, Paris, Ed de Minuit, 1976

COLLECTIF CONTRAST (dir.), *Recherche du consentement et recours à la contrainte : perspectives socio-juridiques sur les régulations des soins en santé mentale*, Presses Universitaires de Rennes, A paraître

FOUCAULT M., *Le pouvoir psychiatrique*, Paris, Seuil/Gallimard, « Hautes Etudes », 2003

GAUCHET M., SWAIN G., *La pratique de l'esprit humain : l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980

GOFFMAN E., *Asiles*, Paris, Editions de Minuit, 1968

MOREAU D., *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*, Thèse de doctorat de sociologie, soutenue le 2 décembre 2015, sous la direction de Nicolas Dodier, à l'EHESS

ROSE N., *Governing the soul: the shaping of the private self*, Free Associations Books, 1999