

qui cherchent à agir sur les comportements, les conceptions du patient identifiées sont mobilisées et font l'objet de négociations entre les protagonistes. Un troisième chapitre examine plus particulièrement les interventions qui visent à transformer et à autonomiser le patient, et les processus en jeu dans ce type d'interactions, à partir de l'exemple des appartements associatifs du secteur étudié. L'analyse de la gestion des modes d'intervention et de l'attribution au patient d'une position dans la relation avec les professionnels montre que le travail d'autonomie suppose, pour les professionnels, l'interprétation des comportements et, pour l'ensemble des acteurs, une négociation sur une position de patient et sur l'attribution d'une capacité d'autonomie.

CHAPITRE IV

Qu'est-ce qu'une intervention thérapeutique au CMP?

Ensemble, patients et professionnels participent au travail psychiatrique. Les professionnels définissent leurs actions comme des interventions thérapeutiques quand ils peuvent justifier de leur finalité. Pour cela, il leur faut attribuer au patient une certaine capacité d'autonomie mais aussi négocier un degré donné de recours à la contrainte.

« Pour les professionnels, la clef de ce processus réside dans le fait de transformer un « comportement » – des actions, dans tout ce qu'elles comportent d'ambiguïté et de densité – en mots qui peuvent potentiellement établir une connexion entre le détenu et une version de lui-même avec laquelle les autres peuvent vivre. » (Rhodes, 2004, 119, sur les soins psychiatriques en prison)

Ce chapitre et le suivant tentent de caractériser ce qui se passe au CMP dans le cadre de la prise en charge psychiatrique. Des patients et des professionnels sont engagés dans des activités communes.

ANALYSER LES RAPPORTS ENTRE PATIENTS ET PROFESSIONNELS

Ces activités ont comme caractéristiques d'être le plus souvent cadrées comme des interventions thérapeutiques, même si ce n'est pas l'activité en soi qui semble concernée, mais plutôt la façon dont les acteurs la définissent. Les règles qui influent sur la façon dont ces activités se déroulent, ce à quoi elles aboutissent, et la façon dont elles sont considérées, sont manifestement complexes et font intervenir plusieurs enjeux, pour chacun des acteurs. Certains de ces enjeux relèvent de la façon d'interpréter ces activités : pour les professionnels, ils renverront à des conceptions du soin en psychiatrie, et pour les patients plutôt à la négociation de leur position. D'autres enjeux sont plus pragmatiques : pour les professionnels il s'agira par exemple d'enjeux de gestion de leur charge de travail, et pour les patients de trouver un équilibre de vie en fonction des ressources disponibles. Ces enjeux de la caractérisation de l'activité comme *thérapeutique*, et les régimes de justification dans lesquels se placent les professionnels font l'objet de la suite de ce chapitre. Avant cela, cependant, je propose d'inclure l'ensemble constitué par ces activités et leur régime de justification dans un cadre d'analyse plus général, celui du *travail psychiatrique*.

L'ordre négocié du travail psychiatrique

Comment analyser ce qui se passe entre patients et professionnels au CMP ? On a souligné dans l'introduction l'importance de s'attacher à la positivité de la pratique, c'est-à-dire de s'attacher à décrire les catégories qui émergent de la pratique psychiatrique plutôt que de partir de catégories préétablies. Comment procéder ? Avant de me pencher sur ces catégories, je propose de donner un cadre général aux activités qui prennent place au CMP en définissant l'ordre négocié du travail psychiatrique¹.

La notion d'ordre négocié a été proposée par Anselm Strauss (1992) pour analyser le fonctionnement de l'hôpital. Elle est d'ailleurs

1. Il s'agit bien sûr d'une notion très éloignée de celle « d'ordre psychiatrique » qu'utilise Robert Castel (1976) pour étudier l'aliénisme au XIX^e siècle.

issue d'un travail empirique réalisé dans un hôpital psychiatrique (Strauss *et al.*, 1964). Comment articuler l'analyse des pratiques au sein de l'hôpital, ou plutôt de l'activité qu'on y observe et les règles censées régir ces activités ? Le point de départ de l'analyse de Strauss est qu'en appliquant les règles, les personnes doivent constamment exercer leur jugement sur leur opportunité dans une situation particulière. De plus, toutes les personnes qui participent à ce fonctionnement, qu'elles soient professionnelles ou profanes, poursuivent leurs propres objectifs. Le fonctionnement de l'hôpital résulte alors de la collaboration de ces personnes dans la définition et l'application des règles, et dans la réalisation de leurs objectifs. Cette collaboration constitue l'ordre négocié de l'hôpital, qui n'est pas « un ordre immuable, statique, [mais] un ordre changeant, auquel tous les acteurs participent » (*ibid.*, 31). L'ambition de Strauss est d'étendre cette notion à d'autres formes d'organisation que l'hôpital. Dans la perspective d'une sociologie des organisations, une telle approche amène à reconsidérer les rapports entre le contexte structurel, qui renverrait à un ordre social plus stable, fixé par les règles officielles, et les processus de négociation continus et quotidiens qui le prolongent. Surtout, Carriaburu et Ménoret (2003), de même d'ailleurs que Baszanger (1995) insistent sur le fait qu'au moins dans son principe, elle accorde aux acteurs profanes, c'est-à-dire essentiellement aux patients et à leur famille, un rôle de participants à part entière et non plus seulement une position d'acceptation ou de refus des décisions.

L'analyse de l'ordre négocié d'une organisation fait ainsi intervenir une autre notion développée par Anselm Strauss dans de nombreux travaux : celle du travail médical. Les activités réalisées dans le cadre médical sont considérées comme un travail auquel participent tous les protagonistes, patients compris. Ces derniers occupent une place dans la division et l'organisation du travail médical, place qui est plus ou moins identifiée et reconnue par les professionnels, mais qui est essentielle pour son fonctionnement. Comme le souligne Isabelle Baszanger (1986, 12), « le malade est par nécessité au cœur du travail médical. Celui-ci s'effectue pour et sur les malades, mais aussi avec les malades en ce sens qu'ils participent (au sens factuel) à leurs propres soins ». En accordant ainsi une place à part entière aux relations entre patients et professionnels qui est placée dans un cadre plus large. Il ne s'agit plus « d'une » relation mais d'une *succession*

d'interactions dans le temps autour d'un certain but qui, même s'il est défini conflictuellement, met les protagonistes en présence : contrôler la maladie» (*ibid.*, 11). Sont ainsi introduits et inclus dans le cadre d'analyse des éléments essentiels : une dimension temporelle et des objectifs pour l'action.

Les notions d'ordre négocié et de travail médical permettent d'analyser les activités médicales comme une négociation située, qui implique patients et professionnels, actualise et transforme certaines règles instituées et en crée de nouvelles. Cette négociation produit un ordre dans la mesure où elle se déroule dans le temps et unit les protagonistes autour d'un même but. Dans quelle mesure peut-on considérer les activités qui se déroulent au CMP à l'aide de ce cadre d'analyse ? Il faut pour cela nous déplacer de l'hôpital au CMP et clarifier les spécificités du travail sur la maladie mentale.

Isabelle Baszanger (1986) reprend le cadre de l'ordre négocié et l'applique non plus à l'organisation qu'est l'hôpital mais au travail médical sur la maladie chronique. À première vue, il s'agit d'une simple transposition, où l'hôpital est remplacé par « l'univers médical » (*ibid.*, 11). L'ordre médical négocié de la maladie chronique est constitué par les activités auxquelles participent patients, professionnels et autres personnes impliquées. Ces activités portent sur différents objets et visent des objectifs communs. Baszanger (*ibid.*) considère ainsi le diagnostic, la définition des catégories cliniques et le traitement comme les objets sur lesquels porte la négociation d'un ordre médical de la maladie chronique. De la même façon, dans le cas qui nous occupe, on considérerait que les interventions thérapeutiques, qui sont le support des rapports des patients avec la psychiatrie, constituent l'objet de la négociation d'un ordre du travail psychiatrique.

Cependant, la maladie chronique et sa prise en charge en dehors de l'hôpital introduisent des spécificités qui obligent à affiner ce cadre. Isabelle Baszanger souligne le fait que la maladie chronique constitue « une situation sociale encore mal définie pour tous les acteurs de la maladie » (*ibid.*, 3). Elle lui attribue deux traits distinctifs : sa durée, qui empêche de la considérer comme un événement ponctuel, et les problèmes médicaux que pose sa gestion. Ces derniers sont liés à l'incertitude du schéma de prise en charge par rapport au schéma habituel de la maladie aiguë, et au fait que l'horizon de cette prise en charge médicale n'est plus la guérison, mais « la gestion de la chronicité quotidienne » (*ibid.*, 4). On voit comment, dans le cas

de la maladie chronique, il est crucial que la définition de la notion de travail médical accorde une place centrale à la dimension temporelle et à l'incertitude pour prendre en compte les transformations qui s'opèrent dans l'univers médical. Il s'agit alors de comprendre « comment, au travers d'une succession d'événements, ils [patients et professionnels] négocient un ordre médical « minimum » de la maladie chronique qui leur permet de continuer à gérer, même mal, la maladie » (Baszanger, 1986, 21). Mais on peut identifier une autre série de conséquences plus importantes. L'incertitude du travail médical et la persistance de la maladie chronique induisent en effet « la transformation, dans la durée, de l'événement social maladie et cela pour tous ses acteurs, immédiats ou non » (*ibid.*, 4). Ce faisant, ce n'est pas seulement la sphère médicale qui doit se réorganiser face aux spécificités de la maladie chronique. C'est dans tout un ensemble de sphères de la vie sociale (famille, travail...) que doit être revue « la régulation des conduites au travers des attentes et des ajustements sociaux nécessaires face aux dérèglements introduits par les maladies chroniques » (*ibid.*, 4). L'ordre négocié de la maladie chronique que définit Isabelle Baszanger est donc constitué de ces négociations qui se produisent dans différents contextes ou mondes sociaux pour reprendre sa terminologie. Dans le monde médical, la négociation porte sur le contrôle de la maladie. C'est un objectif pour tous les acteurs impliqués, même si chacun peut le concevoir différemment selon sa position. Le travail entre les acteurs amène à une construction négociée de cet aspect. Cette construction est donc toujours provisoire et dépendante du contexte. Dans les autres mondes sociaux, l'objectif est défini différemment : c'est la personne malade qui négocie le maintien d'inscriptions sociales acceptables. Cette seconde dimension de l'ordre négocié de la maladie qui touche à la gestion des inscriptions sociales sera examinée plus loin. Pour l'instant, il suffit de souligner que l'ensemble de ces négociations constituera l'ordre négocié de la maladie chronique, dont l'univers médical n'est donc qu'un aspect.

Dans une large mesure, ce que décrit Isabelle Baszanger à propos de la maladie chronique s'applique au trouble mental. Face à un trouble mental grave socialement et cliniquement avéré, c'est-à-dire identifié comme suffisamment perturbateur pendant suffisamment longtemps et comme relevant de la psychiatrie, plusieurs acteurs sont directement mobilisés : la personne malade, les professionnels de la

psychiatre et divers membres de l'entourage de la personne. D'autres acteurs peuvent intervenir, mais de façon plus ponctuelle. Les personnes concernées directement s'engagent alors dans un travail de gestion de la maladie ou de ses manifestations, travail qui s'annonce comme long et incertain.

On peut donc considérer que les activités qui prennent place au CMP s'inscrivent dans un *travail psychiatrique* qui vise au contrôle de la maladie. Le terme "psychiatrique" peut renvoyer à deux dimensions différentes selon la situation. Parfois le travail auquel on s'intéresse est psychiatrique parce qu'il consiste à gérer la maladie mentale, même s'il implique d'autres acteurs que les professionnels de la psychiatrie. D'autre fois, le travail est psychiatrique en tant qu'il implique les professionnels de la psychiatrie, même s'il porte sur des activités plus larges que le strict contrôle de la maladie. Avec la notion de travail psychiatrique, les patients sont inclus dans l'analyse non pas en ayant une marge d'action, mais comme participants à une activité commune. C'est particulièrement pertinent dans un cadre de travail ouvert comme celui du CMP, où le patient doit nécessairement donner un accord minimal à sa participation. Le patient a en effet toujours la possibilité de rompre sa participation au travail en ne venant plus au CMP, ce qui est moins, voire pas du tout le cas lors d'une hospitalisation. De plus, avec la notion de travail psychiatrique, l'activité réalisée par les professionnels et les patients dans le cadre du CMP acquiert une cohérence par le partage d'objectifs communs tout en préservant la possibilité que les protagonistes donnent un sens différent à ces objectifs. Autrement dit, cette perspective permet de rendre compte du fait que cette activité est commune, mais qu'elle peut être perçue et justifiée différemment par les acteurs impliqués.

Dans la suite logique du raisonnement, il faut maintenant se pencher sur la façon dont les acteurs impliqués justifient de cette activité. Plusieurs difficultés se présentent alors, qui touchent à la définition de l'objectif commun et à la part différente qu'y prennent les acteurs en présence. En effet, patients et professionnels ne participent pas nécessairement de la même façon au travail médical, et tout particulièrement lorsqu'il est psychiatrique.

Le contrôle de la maladie relève de la compétence de la psychiatrie en tant que spécialité médicale. Il est donc raisonnable de le considérer comme un objectif du travail psychiatrique pour les

professionnels de la psychiatrie. Dans la formulation de son article, Isabelle Baszanger (1986) semble faire l'hypothèse que dans le cas de la maladie chronique, les patients partagent cet objectif. Cette hypothèse repose sur l'idée que la maladie chronique est un événement durablement perturbateur, et que la personne atteinte est un acteur raisonnablement rationnel qui cherchera à aménager cet événement et son impact dans son organisation de vie.

Or, comme je l'ai exposé dans la problématique, la maladie mentale met en question la qualité d'acteur raisonnablement rationnel de la personne atteinte, et par conséquent la capacité à partager ces deux objectifs. Cette mise en question oblige le chercheur à s'interroger sur ses propres présupposés quant à la qualité d'acteur du patient dans le travail psychiatrique lorsqu'il étudie sa participation à ce travail. La question se pose particulièrement lorsque le patient définit ses objectifs d'une façon qui semble très éloignée de celle des professionnels, mais également de celle qu'imagine le chercheur. Cette différence doit-elle être attribuée à un écart de perspective ou du mode de raisonnement ? Comme on le verra, ce dilemme est résolu dans la pratique du chercheur par une attention méthodologique particulière à ses propres processus d'élaboration du jugement. Mais il révèle une autre difficulté dans l'analyse du travail psychiatrique. La mise en question de la capacité des patients à contrôler leur maladie et à gérer leur vie est intrinsèque à la pratique psychiatrique¹. Plus que cela, elle est un objet d'intervention dans cette pratique. Quel genre d'ordre peut être négocié quand l'une des parties est justement considérée par l'autre comme incapable de contrôler sa maladie et de gérer ses inscriptions sociales ? La notion de travail médical suppose un accord autour d'un objet commun, la maladie, même si ses définitions par les acteurs diffèrent. Or dans le cas de la maladie mentale, cet accord minimal sur la définition du problème qui réunit patients et professionnels est loin d'aller de soi. Pour parler de travail psychiatrique, il faut donc trouver un moyen d'inclure les interactions entre professionnels et patient où ce dernier est considéré comme n'ayant pas cette capacité. La notion de participation à une activité autour d'objectifs communs est insuffisante. Il ne peut y avoir collaboration autour de ces objectifs : c'est de coexistence et d'usages détournés par les deux parties qu'il s'agit. Amener à un tel travail psychiatrique de collaboration

1. C'est à-dire non pas le fait qu'ils y arrivent ou non, mais qu'ils aient la capacité d'essayer de le faire.

constitue précisément un objectif mais surtout un idéal de la prise en charge pour les professionnels. Le principe même sur lequel repose la notion de travail psychiatrique, la participation des patients, est non seulement contradictoire avec la conception qu'en ont les professionnels, mais constitue un de leurs objets d'intervention. Par conséquent, la participation des patients au travail psychiatrique doit être incluse dans le modèle d'analyse comme un des objets de l'activité réalisée ensemble, plutôt que comme un postulat. Cet aménagement de la notion de travail psychiatrique a des conséquences sur la façon de concevoir le second objectif de l'ordre négocié de la maladie. J'ai dit qu'il s'agissait de la gestion des inscriptions de la personne dans d'autres mondes sociaux que l'univers médical. Dans la présentation qu'en fait Isabelle Baszanger, c'est la personne qui est au centre de cette gestion, même si les professionnels du monde médical peuvent s'y impliquer. En psychiatrie, la gestion des inscriptions sociales du patient est susceptible de relever du champ d'intervention des professionnels, comme on l'a vu dans la première partie. De ce fait, si dans le travail psychiatrique, la gestion des inscriptions sociales du patient est bien un des objectifs communs aux personnes impliquées, la question de savoir qui est légitime à intervenir directement dans cette gestion, des patients ou des professionnels, est un enjeu supplémentaire permanent.

Comment caractériser le travail thérapeutique effectué au CMP ? Pour le savoir, il faut y pénétrer et tenter de comprendre ce que l'on vient faire dans ce lieu.

De quoi est fait le thérapeutique ?

Quiconque pénètre dans un CMP se rend vite compte qu'il y a de nombreuses façons d'y être. Le centre ressemble à certains moments à un cabinet de groupe, avec une grande salle d'attente et divers professionnels qui viennent chercher les patients avec qui ils ont rendez-vous, à d'autres moments à un refuge dans la ville pour des personnes qui délirent, qui sont ivres, qui font des crises de tétanie dans le couloir. Certains patients n'y viennent qu'une fois par mois, pour voir leur psychiatre ou leur psychologue. D'autres se trouvent tous les jours dans la salle d'attente, soit qu'ils viennent spontanément

ou trouver refuge, soit que les soins, qui peuvent être multiples, soient organisés à cette fin.

Que vient-on donc faire dans un CMP ? Le plus souvent, on a rendez-vous pour une consultation avec un psychiatre ou un psychologue, mais on peut également venir prendre son traitement, se rendre à une séance de kinésithérapie, ou à une séance d'ergothérapie, individuelle ou collective. On peut venir participer à un groupe pour des activités de loisirs. On peut également venir rencontrer une assistante sociale dont dépendra l'accès à un hébergement, à un lieu de vacances, à des ressources. On peut venir payer son loyer. On peut enfin venir demander un prêt financier. L'ensemble de ces activités était possible dans le CMP étudié, en raison notamment de la présence du CATTP dans les locaux du CMP, qui fait que les patients se rendent dans le même lieu pour prendre leur traitement et pour participer à une activité de peinture. Si cette configuration est particulière à ce secteur, la diversité des interactions est par contre commune à la majorité des CMP, et le partage de locaux est une situation courante. Dans un autre secteur, ce seront d'autres interactions qui seront possibles, comme par exemple la perception de son allocation mensuelle, ou une hospitalisation au Centre d'accueil et de crise (CAC). Enfin, à ces interactions qui relèvent de l'activité thérapeutique du lieu, on peut également ajouter des interactions plus informelles, telles que le fait de venir discuter avec un infirmier, ou de passer quelques heures dans la salle d'attente à discuter avec d'autres patients.

J'ai insisté sur la grande variété de la nature des activités que paragent professionnels et patients dans un lieu comme le dispensaire. Pourtant, dans ce contexte du dispensaire, ces activités diverses ont toutes un point commun : elles sont considérées comme thérapeutiques par les professionnels. Ce terme de thérapeutique permet de définir le domaine de compétence et de responsabilité que revendiquent les professionnels du secteur psychiatrique, par rapport à celui de la personne, de son entourage, ou d'autres institutions¹.

Que recouvre au juste ce terme de thérapeutique ? Il renvoie manifestement au soin et à une compétence spécifique des professionnels de la psychiatrie vis-à-vis des troubles présentés par les patients qu'ils reçoivent. Un certain nombre d'actions seront identifiées par tous spontanément comme thérapeutiques ; ce sont les actes médicaux

1. En ce sens, il délimite leur juridiction culturelle selon les termes d'Andrew Abbott.

que l'on peut qualifier de classiques tels que la consultation psychothérapeutique, la prescription ou l'administration de médicaments. Cependant, le terme est appliqué ici à des interactions qui paraissent à l'observateur assez ordinaires. Si l'on considère le thérapeutique comme « le domaine des réponses actives à la maladie telle qu'elle est perçue et dans sa dimension biologique, à la douleur, à la souffrance et à la détresse » (Csordas et Kleinman, 1996, 3), adoptant ainsi une définition non médicale et relativement large, il nous faut comprendre en quoi et à quoi ces interactions constituent des réponses actives. Autrement dit, il faut déterminer ce qui leur confère un caractère actif et les distingue d'interactions ordinaires, en repérant les critères qui permettent de les reconnaître.

Le principal critère est de nature contextuel et d'intention. L'observateur de la diversité des activités au CMP perçoit rapidement que ce caractère thérapeutique des activités qui ont lieu au dispensaire ne leur est pas intrinsèque, mais dépend de la façon dont les personnes qui y participent dans l'institution le perçoivent et en justifient. La participation à une activité de loisir, par exemple, est thérapeutique non pas en elle-même mais parce qu'elle est réalisée dans une structure du secteur et non dans un centre d'action sociale. Le thérapeutique n'est plus alors une caractéristique attachée à une action précise, mais une opération de qualification d'une intervention, qui renvoie à un ensemble de règles, actualisées en situation par les acteurs, pas forcément formulées, qui déterminent ce qui est permis ou pas, considéré comme acceptable ou pas, jusqu'à où on peut aller ou pas, de part et d'autre. D'une interrogation sur ce qu'est le thérapeutique, on en vient plutôt à se demander qui le définit et comment. Une telle approche suppose de s'intéresser aux circonstances dans lesquelles le terme « thérapeutique » est utilisé et aux pratiques que les professionnels désignent sous ce terme.

Une lecture exhaustive des notes de terrain fait apparaître des définitions variées et pas toujours compatibles du thérapeutique par les professionnels. Une première définition possible est celle d'un contrat symbolique qui lie patient et soignant par un ensemble d'obligations. Lorsque je demande à Igor, un infirmier, « en quoi les appartements associatifs sont thérapeutiques », il se réfère à des obligations morales contractées par le patient de participer aux interventions et à un registre d'action mobilisé par les professionnels :

« Déjà il y a un contrat de soin, où la personne s'engage à être suivie, à prendre son traitement. Il y a aussi les visites à domicile, qui ne sont pas juste des visites pour parler de tout et de rien, mais aussi un moment pour parler de leur pathologie. Cela s'inscrit dans le soin, c'est un entretien infirmier, pas une discussion. [...] Il y a aussi la réunion, où ils sont obligés d'aller, c'est un contrat symbolique. » (T1)

Une seconde définition mobilise non plus l'attitude des patients mais celle des professionnels. Le travail thérapeutique est un engagement du soignant vis-à-vis des patients, qui est permanent et colore toutes les interactions, même les plus anodines. C'est ce qui apparaît dans cette discussion avec Alban, psychiatre, au cours de laquelle il me dit :

« Nos observations ne sont jamais passives, on est toujours dans l'interaction. Nous sommes toujours engagés dans un travail thérapeutique, par rapport à la souffrance, en cherchant à la soulager. » (T1)

Entre contrat symbolique passé avec le patient et engagement soignant vis-à-vis de la personne, le thérapeutique semble se loger dans les modalités de relations établies entre patients et professionnels, plutôt que dans les interventions elles-mêmes, et ce d'autant plus qu'elles s'écartent des actes médicaux classiques. Dans de telles interventions, les professionnels doivent en effet justifier de leur spécificité de soignant. Ainsi, pour l'ergothérapeute qui réalise avec le patient des activités que l'observateur extérieur qualifierait sans hésiter d'artistiques, le thérapeutique lui sert à établir sa position de soignant :

Émilie m'explique qu'elle est dans un projet thérapeutique dont l'activité est le support. Elle dit par exemple : « Le résultat n'est intéressant que par rapport à ce projet établi par le soignant, et non par rapport à la maîtrise de la technique. [...] Le fait que le résultat soit beau ne m'intéresse que si cela s'inscrit dans un objectif thérapeutique, tel que renforcer la confiance en soi. » (T1)

La possibilité d'utiliser ce terme de façon aussi large constitue une spécificité du thérapeutique tel qu'il est défini au CMP, par rapport à la façon dont il pourrait être défini dans le cadre d'une relation médicale duelle, telle que le colloque singulier. Ici, le thérapeutique implique une équipe et concerne des activités très diverses. Cela le rend d'autant plus diffus. C'est parfois le lieu même du CMP qui suffit à constituer le caractère thérapeutique de l'intervention :

1. Le nous s'oppose au vous, sociologiques.

Un infirmier me parle des patients qui viennent tous les jours prendre leurs médicaments. Il m'explique qu'« au bout d'un moment, c'est le cadre qui est thérapeutique, le cadre du CMP, ce n'est même plus la relation [établie par le patient avec l'infirmier qui remet les pilules] en elle-même. » (X, J)

Une telle définition extensive évoque la psychothérapie institutionnelle, qui repose sur le caractère soignant de l'institution (Henckès, 2005b), et plus largement la notion de communauté thérapeutique, sur laquelle existe une littérature abondante (Lees *et al.*, 2004). Darin Weinberg (2000) propose une analyse en ces termes dans un autre contexte institutionnel et national, à propos du traitement de la toxicomanie dans un centre situé aux États-Unis, en utilisant la notion d'« écologie de l'addiction ».

Notons cependant que si le thérapeutique se définit dans le contexte de l'action, il a bien entendu aussi une dimension historique. La possibilité pour un certain contexte d'être défini comme thérapeutique est le produit d'un contexte historique et social. Je ne ferai ici qu'illustrer ce point par deux exemples. Dans le secteur étudié, les appartements thérapeutiques du secteur ont d'abord été considérés comme des structures permettant de désengorger l'hôpital psychiatrique pour des patients âgés et handicapés physiquement. Ce n'est que dans un second temps, cette population ayant été résorbée, que les appartements ont été définis comme un outil thérapeutique à part entière dans le traitement des patients psychotiques. Dans le contexte américain, le directeur d'un centre de soins psychiatriques se souvenait que les évaluations des soins réalisées par les clients, qui font maintenant partie des bonnes pratiques et sont considérées comme thérapeutiques en elles-mêmes, ont été introduites suite à l'injonction administrative faite à ces centres d'inclure le « point de vue du client » dans les évaluations annuelles de leurs programmes.

Ces usages rhétoriques du thérapeutique par les professionnels permettent-ils de mieux définir ce qu'il faut pour qu'il y ait intervention thérapeutique ? Tout d'abord les activités qui l'incarnent, qui peuvent être la prescription ou l'administration de médicaments, la parole, l'activité manuelle ou sociale, mais également des actions moins formalisées telles que faire les courses par exemple, ne sont pas considérées comme faites pour elles-mêmes mais comme un support. Elles sont donc *qualifiées par leur contexte*, qui est lui aussi plus ou moins formalisé. Le médicament peut ainsi être prescrit par un psychiatre en consultation ou administré par un infirmier dans

une salle de soin, la parole, être utilisée en groupe ou individuellement. Ce contexte peut faire intervenir la compétence spécifique d'un professionnel, mais la définition de ces compétences est parfois mouvante. Ainsi, seul le psychiatre est habilité à prescrire un médicament, la psychothérapie est réalisée par un psychologue, et ce sont les ergothérapeutes qui utilisent l'activité manuelle. Cependant, un psychologue peut être amené à animer un groupe dans une intervention qui sera considérée comme thérapeutique. Ensuite, comme le montrent les extraits cités plus haut, la caractéristique discriminante du contexte qui permet de qualifier l'activité comme thérapeutique est la *relation établie entre le patient et les professionnels*. Cette relation ne mobilise pas seulement deux acteurs, mais un ensemble d'acteurs, toute intervention étant inscrite dans une « prise en charge » impliquant plusieurs professionnels : C'est là qu'intervient le *travail d'équipe* qui caractérise la prise en charge psychiatrique. Dans cette prise en charge, ces interventions thérapeutiques sont interdépendantes et hiérarchisées, dans la mesure où la plupart sont prescrites par le psychiatre.

Si l'on revient maintenant à notre objectif initial, qui était de caractériser les interactions qui se produisent au sein du CMP, on peut dire que le CMP est le lieu où des professionnels de différentes disciplines réalisent avec des patients des interventions thérapeutiques qui constituent le travail psychiatrique. Ces interventions thérapeutiques sont inscrites par les professionnels dans une prise en charge psychiatrique au cours d'un processus collectif qui mobilise le sens commun local de l'équipe, composé à la fois des conceptions complexes et diverses¹ qu'ont les professionnels de leur rôle et d'impératifs pragmatiques. De ce fait, si ces activités observées au CMP constituent bien la base de l'interaction entre patients et professionnels, on ne peut les décrire sans faire référence à la façon dont elles sont inscrites par les professionnels dans un ordre psychiatrique négocié de la maladie, qui détermine la qualification de l'intervention comme thérapeutique. C'est au sein de cet ordre qu'est redéfini, dans chaque situation, ce qui constitue une intervention thérapeutique en psychiatrie. On rejoint la définition que proposent Albert Ogien et Michaël Toledo de « la relation de prise en charge » :

1. Diversité qui tient non seulement à la variété des professions représentées au CMP, mais également à l'éclectisme des références théoriques caractéristiques du secteur.

« Le professionnel et son client sont pris dans une suite d'événements qui, en construisant l'histoire de cette relation, établit un univers de significations commun (anecdotes, prises de décision, conflits, revirements, etc.) » (1986, 14)

La définition de cet ordre mobilise les caractéristiques de la situation et le comportement du patient, mais également tout ce qui constitue l'univers commun des professionnels avec ce patient. Les deux auteurs ajoutent :

« Ce partage d'une même expérience pratique peut contribuer à obscurcir les limites coutumières qui distinguent l'intervention, en tant qu'acte professionnellement maîtrisé, de l'implication personnelle, en tant que participation active de l'intervenant dans les détours de la vie sociale de son client. »

La définition de cette limite mouvante, qui permet aux professionnels de caractériser la spécificité de leur intervention, est une composante importante des échanges qui se produisent au dispensaire. C'est ainsi, par exemple, qu'à propos de deux patients jugés cliniquement prêts à sortir de l'hôpital mais sans solution de logement, les professionnels peuvent estimer pour l'un d'eux qu'« il va se retrouver dans la rue, mais ça n'est pas notre problème », alors que pour l'autre, l'hébergement sera considéré comme un préalable à la sortie, et à ce titre inclus dans les interventions thérapeutiques. Cet exemple montre bien que si toutes les interactions qui se déroulent au CMP sont susceptibles, en théorie, d'être qualifiées de thérapeutiques, cela ne se produit que pour certaines interactions, et pas pour d'autres. On comprend pourquoi l'interprétation des comportements et des attitudes des patients est cruciale pour les professionnels. On rejoint là une dimension de l'intervention liée à son caractère thérapeutique, qui est que l'action doit répondre à certains critères. Il doit y avoir une marque quelconque de l'effet de l'action (« est-ce que cela marche ou pas ? »), et donc une possibilité de jugement ou d'évaluation de cet effet. Les professionnels disposent de l'observation des patients dans l'interaction pour former ce jugement, et du travail d'équipe pour l'émettre.

LES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES COMME REGISTRES D'ACTION

Inscrite dans un cadre d'intervention thérapeutique est une opération qui n'est pas figée mais au contraire se construit en permanence au cours des interactions, et qui possède une dimension cumulative, donc une historicité. Il faudra donc intégrer à l'analyse ce caractère dynamique. Sur quels éléments la justification du caractère thérapeutique d'une intervention repose-t-elle ? Quelles sont les règles et les catégories de jugement du sens commun local mobilisées par les professionnels ?

Agir pour quel genre de patient ? Registres d'action et autonomie

Pour être constituée en intervention thérapeutique, une action qui implique patients et professionnels doit donc être justifiée par les professionnels dans certains registres, qui sont autant de façons d'intervenir sur autrui. Les observations réalisées au CMP montrent que les professionnels mobilisent trois registres d'action distincts : « laisser faire », « faire pour » et « faire faire ». Ces termes sont les miens, et non pas ceux des professionnels. Les professionnels *laissent faire* lorsqu'ils définissent le thérapeutique comme le fait d'accueillir un patient au CMP sans lui demander de s'engager dans une relation thérapeutique, et de chercher à instaurer un lien avec lui. Lorsque les professionnels *font pour* un patient, c'est parce que le thérapeutique consiste à agir directement pour le contrôle de la maladie et sur la gestion des inscriptions sociales d'un patient qui l'accepte, pour pallier l'incapacité de ce patient à le faire lui-même. Enfin, les professionnels *font faire* s'ils estiment que le thérapeutique réside dans le fait d'accompagner et de guider le patient pour qu'il contrôle sa maladie et gère ses inscriptions sociales. Les interactions entre patients et professionnels au CMP constituent des interventions thérapeutiques dans la mesure où les professionnels sont à même de les inscrire dans l'un de ces trois registres. Comment ces registres d'actions sont-ils définis et mobilisés par les professionnels ? La description sommaire que j'ai faite pour

l'instant des registres d'action permet d'ores et déjà de pressentir que chacun de ces registres renvoie à différentes façons d'ordonner le monde, dans lesquelles différentes actions forment un arrangement avec d'autres actions, des valeurs, et des savoirs. Ce sont donc ces arrangements qu'il s'agit maintenant de présenter.

J'ai évoqué dans l'introduction l'ouvrage de Jerry Floersch (2002) qui analyse les pratiques de *case management*¹ de la maladie mentale grave aux États-Unis. Je soulignais la proximité de certaines de ces pratiques avec celles observées au CMP, bien que les professionnels qu'il étudie soient des travailleurs sociaux exerçant dans un cadre distinct de la psychiatrie. Cette proximité apparaît tout particulièrement lorsque Jerry Floersch dégage ce qu'il appelle deux concepts situés² : « faire pour » et « faire avec ». Il s'agit de termes utilisés par les *case managers* pour décrire leur mode d'action, qui recouvrent donc ce que j'ai appelé registres d'action, et en particulier ceux de « faire pour » et de « faire faire ». À quels enjeux Jerry Floersch associe-t-il ces concepts situés, qui pourraient inspirer l'analyse de la situation française ? Pour les *case managers*, il s'agit « en permanence de décider quand et comment « faire pour » et quand « faire avec » les usagers » (ibid., 181). « Faire pour » est parfois nécessaire pour aider les usagers, mais introduit un risque de dépendance, ce qui est connoté négativement. « Faire avec » est un moyen d'amener les usagers à adopter un comportement responsable et ainsi à accéder à l'indépendance, mais comporte l'inconvénient de prendre plus de temps au professionnel. Comment les *case managers* mobilisent-ils ces concepts dans leurs interventions ? Jerry Floersch montre qu'au couple « faire pour/faire avec » correspond un couple « bas niveau de fonctionnement/haut niveau de fonctionnement » qui s'applique aux usagers. Les deux modes d'action que dégage Jerry Floersch sont destinés à différents types d'usagers. Les deux principaux types sont l'usager ayant de forts besoins et un faible niveau de fonctionnement, « quel qu'un qui est « vraiment, vraiment, incroyablement malade, qui ne peut tout simplement pas effectuer les tâches quotidiennes et a donc besoin d'assistance », et l'usager ayant de faibles besoins et

1. Aux États-Unis comme d'ailleurs dans d'autres pays occidentaux, chaque patient pris en charge par le système de soin psychiatrique a un référent, appelé *case manager*, qui est un travailleur social. En France, c'est généralement le psychiatre qui est référent.

2. En référence au « savoir situé » qu'il cherche à identifier dans les pratiques des professionnels. Je traduis *consumer* par usager. Voir Demailly et al. (2000) pour une discussion des différents termes (usagers, clients, bénéficiaires) et de leurs usages.

un haut niveau de fonctionnement, ce qui équivaut à « être « presque normal » » (ibid., 187). Si l'on pressent dans cette présentation que les modes d'action sont associés à des types de relation établie entre usagers et professionnels, l'analyse de Jerry Floersch ne va pas plus loin, et le lien reste donc flou.

Je tenterai pour ma part une analyse plus approfondie des arrangements dans lesquels prennent place les registres d'action des professionnels et qui permettent de justifier des actions entreprises au CMP. Dans ces arrangements, deux éléments permettent plus particulièrement de définir chaque registre d'action. Le premier répond à la question : agir pour qui ? Selon le registre d'action, en effet, ce n'est pas le même patient qui est visé, et par conséquent c'est un mode relationnel différent entre patient et professionnels qui est établi. Le second élément répond à la question : agir comment ? Il concerne les modes d'intervention, les façons d'agir spécifiques à chaque registre. En ce sens, les registres d'action apparaissent bien comme relationnels, dans la mesure où « les objets, les activités et les mots prennent leur sens et leur valeur dans leurs relations les uns aux autres » (Pois, 2004, 78). On verra que cette relation lie notamment les actions à l'interprétation des comportements, ce qui confère une dimension normative à la définition des registres d'action des professionnels. En effet, « d'une façon d'ordonner le monde à une autre, ce qui est vrai, juste, de valeur, rationnel et pertinent n'est pas nécessairement valorisé de la même manière » (ibid., 78). Justifier de ses actions, c'est aussi justifier de « bien faire »³. J'examine maintenant successivement ces deux dimensions des registres d'action.

« Laisser faire », « faire pour » et « faire faire », ces trois registres reposent sur une définition de la relation établie entre les professionnels et le patient, les premiers assignant au second une position dans l'action. Le principal critère qui détermine cette position est la capacité d'autonomie que les professionnels attribuent au patient. Le terme d'autonomie renvoie ici à sa définition opératoire par les professionnels, qui recouvre, grossièrement, le fait d'agir de soi-même et de façon responsable. Dans cette analyse des régimes de justification des professionnels, j'utilise le terme d'autonomie tel qu'il est apparu au cours de mes observations. Les professionnels ne se réfèrent pas à une notion de l'autonomie définie dans un discours formalisé, tel que

1. Ce que Jeannette Pois (2004) appelle « modes of doing goods » en s'appuyant notamment sur Boltanski et Thévenot (1991).

celui de la psychanalyse ou de la réhabilitation psychosociale¹. Cette notion apparaissait surtout pour qualifier les comportements considérés comme responsables par les professionnels et les deux termes (responsable et autonomie) semblaient pouvoir facilement se substituer l'un à l'autre, même si les actions autonomes peuvent couvrir des registres d'action plus large que les seules actions responsables. Les professionnels côtoyés au cours de mes observations considèrent généralement l'autonomie comme un des objectifs de leur travail, tout particulièrement pour les patients souffrant de troubles mentaux graves. Si la signification donnée à ce terme varie, elle fait toujours intervenir la relation établie entre patients et professionnels. Dans une première acception, l'autonomie est la capacité du patient à agir de lui-même plutôt que de se reposer sur l'action des professionnels². Cette autonomie s'oppose alors à la dépendance des patients vis-à-vis de l'institution psychiatrique. Lorsque les professionnels estiment un patient incapable d'atteindre cette forme d'autonomie, ils peuvent l'attribuer à la psychopathologie, en général la psychose, comme facteur ayant induit une incapacité à être psychologiquement autonome. Dans une seconde acception, l'autonomie est la capacité à interagir avec les professionnels de la psychiatrie, et dans d'autres sphères de la vie sociale. Le patient autonome est celui qui réussit à constituer et surtout à gérer un réseau d'interdépendances. L'opposé de l'autonomie n'est alors plus la dépendance, mais l'indépendance que revendiquent certains patients. Un psychiatre peut ainsi considérer que « la dépendance est un résultat thérapeutique », ces liens de dépendance devant être entretenus pour construire une vie sociale.

Ces deux définitions de l'autonomie telle qu'elle apparaît dans l'usage qu'en font les professionnels au CMP se rejoignent dans une opposition à la passivité, et l'on retrouve la distinction qu'opère Robert Barrett (1998) entre « deux cadres interprétatifs concurrents » en cours à l'hôpital psychiatrique, dont « l'un d'eux implique que le patient est un objet passif, une victime de la maladie mentale, l'autre [...] que le patient peut s'engager dans des actions consciemment motivées et est moralement responsable de ses actions » (*ibid.*, 27).

1. Voir glossaire.
2. C'est sur cette acception de l'autonomie que repose la notion de dépendance sociale développée par les recherches évolutives en psychiatrie (et en médecine), qui aboutissent à la construction d'écchelles « de fonctionnement social et d'autonomie » (voir, par exemple, Affleck et McGuire, 1984). C'est aussi dans ce sens que la Classification internationale des maladies (CIM 10) mentionne l'altération de l'autonomie dans la description de la schizophrénie chronique.

J'ai dit que l'attribution d'une capacité d'autonomie à un patient est étroitement associée à la relation qui s'établit entre le patient et les professionnels. Il faut souligner que cette association est à double sens : la capacité d'autonomie attribuée au patient détermine les conditions (fixées par les professionnels) dans lesquelles la relation s'établit, mais ce sont les interactions prenant place dans cette relation qui fournissent les éléments et critères en fonction desquels une capacité d'autonomie sera attribuée au patient. Ce va-et-vient, dont on verra des exemples concrets plus loin, peut, dans certaines conditions, se transformer en cercle d'autoconfirmation.

Quelles capacités d'autonomie peuvent être attribuées au patient au CMP, et comment s'intègrent-elles aux registres d'action ? Si l'on reprend la distinction opérée par Barrett (*ibid.*), le premier cadre qu'il décrit correspond à l'attribution d'une absence d'autonomie, et souvent d'une incapacité à l'acquiescer. Les patients qualifiés de chroniques en sont un exemple typique. Ils se caractérisent par la passivité pour les professionnels qui la lisent dans le comportement général des patients dans leur vie, mais également dans le fait qu'ils acceptent l'intervention des professionnels sans pour autant s'y engager activement. On se situe là clairement dans le registre d'action du « faire pour », puisque c'est justement l'absence d'autonomie que les professionnels paient.

Le second cadre mentionné par Barrett, d'un patient ayant une capacité à être autonome, se décompose en deux versions dans les discours des professionnels au CMP. Dans la première, cette capacité d'autonomie est reconnue à un patient qui s'engage dans des actions qui vont à l'encontre de ce que les psychiatres considèrent comme une décision adaptée ou raisonnable. Ces actions ne sont pas nécessairement perçues négativement. En cela, les professionnels ont généralement une approche pragmatique, voire fataliste des modes de traitement de la maladie mentale. Ils pourront ainsi prendre acte de modes de gestion parfois très peu conformes à leurs conceptions de la gestion de la maladie et accepter d'y jouer un rôle, tel que récupérer régulièrement un patient après ses errances périodiques. Ce qui est au cœur de ces registres d'action est donc moins le fait de faire preuve ou non du caractère responsable de ses décisions que l'attribution par les professionnels de la capacité de le faire. Par exemple, un patient qui estime ne pas avoir besoin de traitement, et agit en conséquence en ne le prenant pas, prend une

décision. Les conceptions des professionnels défendent généralement l'utilité du traitement. Il est donc probable qu'ils soient en désaccord avec cette décision. Cependant, ce n'est pas la décision du patient elle-même qui va directement déterminer la capacité à l'action responsable qui lui sera attribuée. Ce seront des éléments du contexte dans lequel l'opinion a été émise et la décision prise par le patient, mais aussi l'histoire du patient connue des professionnels, et surtout les événements postérieurs à cet arrêt, qui permettront d'interpréter cette opinion dans un cadre ou l'autre, c'est-à-dire comme un signe d'une action non responsable (le plus fréquent), ou comme un signe d'émancipation par des voies atypiques. S'ils peuvent être acceptés et reconnus *a posteriori*, ces modes de gestion atypiques ne pourront s'intégrer dans un travail psychiatrique en commun. Le patient peut fréquenter le CMP et l'intégrer dans un mode de gestion de la maladie où les professionnels sont dans un registre d'action du « laisser faire », acceptant d'accueillir. Cette première version de la capacité à agir de façon responsable attribuée au patient correspond donc à des situations où il n'est pas engagé dans le travail psychiatrique. Elle est toujours susceptible d'une interprétation alternative qui présente le patient comme dominé par sa maladie. Dans un registre de jugement moral, cette capacité est considérée comme illusoire par les professionnels, car elle empêche le patient de s'engager dans une gestion de la maladie qui inclut plus étroitement le travail psychiatrique réalisé dans le cadre du CMP. C'est cette forme d'action responsable que le travail psychiatrique doit leur permettre de transformer.

La seconde version de la capacité d'action intentionnelle et responsable coïncide avec la capacité à accepter la maladie et à se créer des interdépendances. Elle se définit par la collaboration avec les professionnels. En ce sens, il s'agit pour eux d'une capacité positive, mais également idéale, qui renvoie plus ou moins à l'autonomie définie par le sens commun, qui constitue généralement un objectif thérapeutique relativement lointain et difficile d'accès. Puisque ces patients se définissent par le fait qu'ils ne sont pas dans ce régime, c'est cette forme d'autonomie, ou au moins la capacité de l'acquiescer, qui permet de trouver un ordre négocié du travail psychiatrique.

La description de ces différentes façons d'interpréter les actions du patient montre que l'attribution d'une certaine capacité d'autonomie, au sens d'une capacité d'agir de façon autonome et responsable, est étroitement liée à la position du patient dans le travail psychiatrique,

et donc des relations établies par les patients avec la psychiatrie. Cette association est forte, puisque pour se voir attribuer une capacité d'autonomie, il faut avoir établi un lien de bonne qualité avec la psychiatrie¹. C'est la qualité de ce lien qui déterminera le registre d'action dont relèvent les interventions thérapeutiques engagées par les professionnels.

Agir comment ? Modes d'intervention et contrainte au CMP

Les interventions thérapeutiques en psychiatrie s'inscrivent dans un ensemble plus large de réponses sociales à des comportements déviants qualifiés de « comportements de malades mentaux », comme le souligne Anne Lovell (1996). En cela, elles constituent une des « façons d'obtenir d'un tiers perçu comme « ayant un trouble mental » un comportement ou une action désirés » (*ibid.*, 151). Dans le cadre des interventions thérapeutiques, j'ai appelé ces façons des modes d'intervention. Ces modes d'intervention utilisent des techniques plus ou moins coercitives. Les registres d'action, dont on a vu qu'ils étaient associés à un type de relation entre patients et professionnels et à une position du patient, mobilisent également un mode d'intervention. Avant de les décrire plus précisément, il me faut apporter quelques éléments sur leur conceptualisation en psychiatrie ambulatoire, afin notamment de clarifier la façon dont doit être intégrée la notion de contrainte.

La notion de contrainte en psychiatrie est classiquement associée à l'internement et aux pratiques thérapeutiques en cours dans le cadre de l'asile. Plus récemment, elle a été évoquée dans les débats publics français à propos de l'hospitalisation sous contrainte. Un article du journal *Le Monde* du 27 octobre 2004, intitulé « Le nombre d'internements psychiatriques a fortement augmenté », porte le chapeau suivant : « En dix ans, les hospitalisations sous contrainte, à la demande d'un tiers ou du préfet, se sont accrues de 86 %, pour atteindre un total supérieur à 72 000 en 2001. Le détournement des règles, le manque de

1. Au risque de me répéter, j'insiste sur le fait que cette description vaut dans le type de travail psychiatrique que j'étudie ici, avec les cas psychiatriques. Si l'on se situe uniquement dans le cadre de la consultation par exemple, les choses sont différentes dans la mesure où les professionnels, s'ils peuvent avoir une opinion sur l'autonomie de leur patient, n'interviennent pas directement sur cette dimension de leur vie, mais par leur intermédiaire.

sui-*vi* psychiatrique, l'évolution de la société expliquent ce phénomène inquiétant». Plusieurs articles paraîtront à cette période dans divers journaux. Depuis, un groupe d'étude parlementaire est en cours sur la question. Les pratiques de mise en chambre d'isolement ont également fait l'objet de débats publics récemment. Dans ces débats, la question de la contrainte est posée en termes d'éthique et de théraputique. La contrainte dans un contexte de suivi en psychiatrie ambulatoire, c'est-à-dire en France en psychiatrie de secteur, est rarement évoquée. Les injonctions aux soins constituent une exception, dont on a cependant vu dans la première partie qu'elle ne concerne la pratique de CMP qu'à la marge. Aux États-Unis, des programmes qui comportent une contrainte au traitement, sous la forme d'injonction, ainsi que l'évolution des termes du débat public vers « les notions convergentes de soin centré sur la personne, de droits individuels, et la centralité des notions d'action (*agency*) et de personne » (*ibid.*, 148), ont fait émerger la question des pratiques coercitives dans les soins ambulatoires en psychiatrie depuis quelques années. Ces programmes, qualifiés d'agressifs ou de proactifs, ont pour objectif de faire accepter aux personnes d'entrer et de rester dans une prise en charge. Ils se caractérisent par le fait qu'ils tentent d'adapter l'intervention à la population cible et à ses besoins spécifiques, notamment dans la disponibilité et la mobilité des professionnels (Dennis et Monahan, 1996). Récemment, ce type de programme a été utilisé pour inclure dans une prise en charge des populations réticentes, telles que les personnes vivant à la rue. Les premiers ont été développés dans les années 1970 (*l'assertive community treatment* étudié par Sue Estroff (1981) en fait partie). Pourtant, on ne parle pas de coercition pendant les vingt premières années. Susser et Roche notent ainsi le manque d'attention porté « au recours à la coercition dans la prise en charge en milieu ouvert » (1996, 74). Ces dernières années, la question a été posée en termes éthiques. Elle semble avoir émergé de l'ambivalence et de l'inconfort des professionnels et des patients face à des pratiques dont le caractère coercitif est difficile à déterminer¹.

De manière générale, aujourd'hui, le recours à la contrainte doit être justifié. Quels problèmes la contrainte pose-t-elle à ses détracteurs, qui sont probablement majoritaires aujourd'hui ? Des discussions²

1. Voir aussi Rowe *et al.* (2001).

2. Il s'agit des discussions françaises, mais où l'on retrouve des arguments des débats américains. Voir Lovell (1996).

se dégagent deux dimensions problématiques de la contrainte. La violence, tout d'abord, que constituerait le fait de « faire faire » quelque chose à quelqu'un, ou de l'empêcher de faire quelque chose, sans son accord. Il s'agit là d'une violence faite à la volonté exprimée (ou exprimable) de la personne. Dans cette logique, recourir à la persuasion dans la pratique psychiatrique s'oppose à la contrainte, et constitue un mode d'action des professionnels acceptable, voire souhaitable. Autrement dit, convaincre une personne de se faire hospitaliser est moralement plus correct que de l'y contraindre par la force. L'intrusion constitue une seconde dimension problématique de la contrainte. Il s'agit d'une intrusion dans l'intimité de la personne, mais aussi dans sa capacité à décider pour elle-même. La contrainte est alors définie comme influence plutôt que comme coercition. Dans cette logique, la persuasion est aussi condamnable que la contrainte, voire même pire dans la mesure où elle est plus difficile à identifier.

On peut remarquer qu'à chaque fois, c'est une forme d'autonomie de la personne, la capacité à décider par soi-même, qui est considérée comme atteinte par le recours à la contrainte, soit en l'ignorant soit en l'influencant. Quelle nécessité représente alors le recours à la contrainte pour ses défenseurs ? Il s'agit souvent de soignants, dont les justifications en appellent à l'éthique médicale et s'appuient sur des conceptions de la maladie et des modèles thérapeutiques. Cette éthique requiert de traiter quelqu'un considéré comme malade, même malgré lui. Le plus souvent, le recours à la contrainte, c'est-à-dire l'écart entre le traitement qu'ils considèrent nécessaire et ce que veut la personne, est donc justifié par le fait que la personne est dominée par sa pathologie (souvent appelée de façon générique « la psychose »), ce qui la rend incapable de prendre les « bonnes » décisions.

Dans ces deux acceptions de la contrainte se retrouvent, en négatif, deux conceptions de la relation médecin-patient. Suzanne Rameix décrit ainsi un modèle de « paternalisme médical » où le médecin « a une obligation morale à se substituer au patient pour faire son bien » (2000, 2), et un modèle qu'elle qualifie « d'alternatif » où « la valeur première n'est pas de faire le bien du patient mais de respecter sa liberté, sa dignité d'être qui prend lui-même les décisions qui le concernent sous couvert d'une négociation contractuelle » (*ibid.*, 1). Suzanne Rameix décrit ces deux modèles comme situés géographiquement, le premier étant prévalant en France, et le second en Europe

du Nord et aux États-Unis. Elle les oppose dans la conception de l'autonomie qui les sous-tendent, mais constate la difficulté actuelle dans laquelle se trouve le modèle paternaliste, ce qu'elle attribue à l'évolution de la médecine et à des évolutions sociales plus larges. En reprenant cette distinction, mon propos n'est pas de discuter de sa pertinence explicative, mais plutôt de m'en servir pour décrire la tension inhérente à la psychiatrie telle qu'elle s'incarne dans les pratiques actuelles. La notion de contrainte se trouve en effet au cœur de la formulation actuelle de cette tension : d'un côté, elle semble s'opposer à la défense du droit des patients, et plus largement de leur position de partenaires en psychiatrie. De l'autre, elle semble être un outil nécessaire de la psychiatrie, dans les moments de crise où la personne n'est plus considérée comme capable de déterminer ce qui est le mieux pour elle, mais également de façon plus diffuse pour amener la personne à accepter d'être soignée. Cela apparaît par exemple dans la loi du 4 mars 2002 qui défend le droit des patients en général, et reconnaît la légitimité de la psychiatrie à outrepasser ce droit dans certains cas, notamment celui de l'hospitalisation sous contrainte.

Ce qui distingue les deux pôles en tension est la capacité d'autonomie attribuée à la personne, comprise ici comme la capacité à prendre les bonnes décisions. Dans le premier pôle, cette capacité est postulée et implique de ne pas recourir à la contrainte, mais par exemple à la persuasion. Dans le second pôle, c'est justement le postulat de l'absence de cette capacité qui justifie le recours à la contrainte. Bien entendu, la majeure partie du travail psychiatrique, notamment dans le cadre du CMP où les situations de crise ne sont pas la norme, se déroule dans une zone intermédiaire où l'attribution d'une capacité d'autonomie est mouvante plutôt que figée, entraînant une variabilité de la possibilité de justifier du recours à la contrainte dans une intervention. Les choses se compliquent encore du fait que le modèle thérapeutique du secteur repose sur l'évolution de cette capacité d'autonomie du patient (cf. supra, première partie). Le recours à la contrainte doit donc être modulé également en fonction de cette évolution, qui est le fruit d'une négociation entre patients et professionnels, en dernier lieu validée par ces derniers. Bien entendu, ce raisonnement ne vaut que si les acteurs restent dans le cadre du travail psychiatrique, et peut être invalidé par ce qui se produit en dehors de ce cadre. Si un patient décide d'une action en désaccord avec les professionnels, comme par exemple un déménagement, ou un arrêt de

traitement, qui s'avère dans le temps lui permettre de mener une vie satisfaisante, ce qui était considéré par les professionnels initialement comme la marque d'une incapacité à prendre la bonne décision sera *a posteriori* requalifiée de façon inverse.

Mais qu'est-ce que la contrainte en psychiatrie ? Il n'est pas si facile de la définir et de l'identifier dans les pratiques, notamment dans sa dimension intrusive. Même dans le cas de l'hospitalisation, les choses ne sont pas aussi simples qu'elles le paraissent juridiquement. En France, la loi du 27 juin 1990, qui remplace la fameuse et persistante loi du 30 juin 1838, distingue trois statuts juridiques d'hospitalisation : l'hospitalisation libre, l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office. Ces deux derniers statuts ne nécessitent pas l'accord de la personne hospitalisée et sont généralement réunis sous le terme d'hospitalisation sous contrainte, par opposition à l'hospitalisation libre. Cependant, la pratique montre que l'exercice de la contrainte ne correspond pas nécessairement à sa définition juridique et que sa présence n'est pas toujours si aisée à déterminer. En effet, la menace d'une hospitalisation sous contrainte peut permettre d'obtenir l'accord d'un patient pour une hospitalisation libre¹. S'agit-il alors d'une « hospitalisation libre sous contrainte » ? La difficulté de cette définition a une signification : le fait que patients et professionnels sont engagés dans une relation qui implique un certain nombre d'obligations et d'attentes, qui complexifient nécessairement la notion de contrainte. Si l'on définit la contrainte comme un « spectre de pressions et d'influences exercées sur les clients en santé mentale pour les amener à suivre les recommandations de traitement » (Berg et Bonnie, 1996, 170), il faut ajouter que la coercition « émerge comme un acte intrinsèquement social » (Lovell, 1996, 151) qui n'a de sens que dans un contexte. Les pratiques coercitives prennent place dans une histoire, qui est une histoire de prise en charge et relationnelle. Elles sont constitutives du traitement psychiatrique où les professionnels les utilisent parfois comme des stratégies de traitement visant à accroître l'autonomie du patient et non à la diminuer. Pour parler de la contrainte en psychiatrie, il faut donc quitter les raisonnements binaires en termes d'absence ou de présence pour chercher plutôt à mieux identifier la coercition et la façon dont elle se combine

1. Pour un exemple de ce type de processus aux États-Unis, voir Reed et Lewis (1990). Ce genre de phénomène se produit également en France, mais n'a pas fait l'objet d'études. Pour ma part, j'en ai entendu citer des exemples, mais ne l'ai pas directement observé.

avec d'autres éléments de la relation de traitement. On verra que la confiance, notamment, jouera un rôle important en permettant que le patient accepte des interventions non désirées, ce qui réduira d'autant le recours à des pratiques contraignantes.

Si l'on se tourne maintenant vers la psychiatrie extra-hospitalière de secteur, ce travail de définition de la contrainte dans la pratique psychiatrique est encore plus nécessaire, dans la mesure où il n'existe pas en France de contrainte au soin en dehors de cas particuliers et rares que sont les injonctions thérapeutiques pour les infractions sexuelles. D'une certaine façon, au CMP, toute intervention par la contrainte est acceptée par le patient. Cette particularité oblige à modifier le cadre habituel d'appréhension de la contrainte, et notamment à considérer différents degrés de cet exercice. Le continuum proposé par Anne Lovell constitue une base de travail. Elle commence par placer l'analyse dans le cadre plus large du « contrôle social de la maladie mentale¹ » (Lovell, 1996, 151) dont relèvent les pratiques psychiatriques. Ce contrôle social a pour but, comme on l'a dit plus haut, d'amener le patient à faire, ou à ne pas faire quelque chose. Ce cadre permet d'intégrer dans un continuum les différentes formes de contrôle social en psychiatrie extra-hospitalière, dont la contrainte au sens strict fait partie. Sa typologie comporte quatre idéaux-types de formes de contrôle social de la maladie mentale, dans une relation de gradation du recours à la force : *la contrainte, puis le volontarisme contraint, puis l'observance utilitaire, et enfin la persuasion*. La contrainte correspond au « recours à la force pour obliger la personne étiquetée comme malade mentale à agir ou à ne pas agir d'une certaine façon » (*ibid.*, 152). On a déjà suggéré que l'usage de la contrainte est très limité dans le cadre du CMP. La force n'est utilisée pour retenir le patient que lorsque les professionnels perçoivent un danger envers lui-même ou d'autres, et dans l'attente d'un transfert à l'hôpital. À l'occasion, un patient pourra être sorti de force du CMP dans le cas de comportements particulièrement dévians (vois...). Ce sont donc essentiellement les trois autres formes de contrôle social qui sont mobilisées dans les interactions au CMP. Dans le cas du volontarisme contraint, c'est par la menace d'une sanction négative

1. Je reprends ici le terme utilisé par Anne Lovell, non pas dans un usage politique de dénonciation, mais pour insister comme elle le souligne bien, sur le fait que « la contrainte dans la pratique psychiatrique apparaît ainsi comme un acte institutionnellement social, c'est-à-dire comme une des façons qu'ont les membres d'une société de répondre à des formes de comportements qu'ils définissent comme dévians ou perturbateurs par rapport à leur sens de l'ordre social » (Lovell, 1996, 151).

que le patient est amené à faire, ou à ne pas faire quelque chose. L'observance utilitaire correspond aux situations où les professionnels exigent certains comportements ou certaines actions des patients en échange de ressources désirées. Il s'agit d'une forme de contrôle social plus indirect qui s'applique particulièrement lorsque les ressources sont rares. Comme Anne Lovell le souligne, la persuasion est « une forme de contrôle fondé sur des valeurs ou des normes » (1996, 153), que les deux parties doivent partager. Soulignons enfin que cette typologie est un continuum et qu'il ne s'agit pas de classer les interactions en psychiatrie dans chacun de ces types mais plutôt de comprendre le principe qui les relie, et qui fait se déplacer sur le continuum. Anne Lovell insiste par exemple sur l'importance de la « dimension de transparence » (1996, 152) pour déterminer la forme de contrôle dont relève une interaction, c'est-à-dire le fait que les termes de l'alternative soient plus ou moins compris par les parties. L'intérêt majeur de cette typologie, dans ce sens, est donc la coexistence de ces différents types, et le fait que l'existence de l'un influe sur l'efficacité de l'autre, ce qui amène Anne Lovell à suggérer « d'analyser la gamme d'interventions thérapeutiques comme ensemble fonctionnel plutôt que comme des modalités individuelles isolées les unes des autres » (*ibid.*, 154).

Schéma des registres d'action

La caractérisation des interventions thérapeutiques au CMP fait intervenir trois registres d'action dans lesquels les professionnels justifient leur action : « laisser faire », « faire pour » et « faire faire ». Ces registres mobilisent un « qui ? », c'est-à-dire une position dans le travail psychiatrique d'un patient à qui est attribuée une capacité à agir. Ils impliquent aussi un « comment ? », c'est-à-dire un mode d'intervention. Le schéma ci-dessous récapitule ces trois registres d'action (*tableau page suivante*).

Il reste maintenant à examiner dans le détail comment ces configurations s'organisent et quelle articulation existe entre elles pour constituer la pratique psychiatrique. En effet, la conception du patient varie selon le contexte d'interaction, entraînant le recours à des registres d'action différents. Ces trois configurations sont donc intriquées dans les échanges entre le patient et les professionnels qui constituent

Tableau 2
Les trois registres d'action dans les interventions thérapeutiques.

	Laisser faire	Faire pour	Faire faire
Position du patient	Résistance à l'engagement dans le travail psychiatrique Capacité illusoire à prendre de bonnes décisions	Acceptation passive du travail psychiatrique Incapacité à prendre de bonnes décisions	Appropriation du travail psychiatrique Capacité à prendre de bonnes décisions
Mode d'intervention	Volontarisme contraint Accueillir	Observance utilitaire Pallier	Persuasion
Justification de l'action	Établir ou maintenir un lien	Cadrer : imposer l'intervention	Accompagner l'intervention

le travail psychiatrique. Elles sont mobilisées alternativement selon les situations, et nécessitent en permanence une interprétation des comportements, comme on va le voir. L'analyse de cette articulation fait l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE V

Comprendre ce qui se passe au CMP : deux configurations du travail psychiatrique

Décider si l'on doit «laisser faire», «faire pour» ou «faire faire» suppose que les professionnels interprètent les comportements du patient et qu'ils déterminent ce qu'ils attendent de leur intervention. Selon qu'ils cherchent à le faire s'engager dans le travail psychiatrique ou au contraire qu'ils veulent l'amener à s'en détacher, ils auront recours à des stratégies différentes qui toutes visent à transformer le patient.

Il s'agit maintenant de replacer les registres d'action que je viens de décrire dans le travail psychiatrique, c'est-à-dire dans une dynamique, dans la « succession d'événements » au cours de laquelle les patients et les professionnels « négocient un ordre médical « minimum » de la maladie chronique qui leur permet de continuer à gérer, même mal, la maladie » (Baszanger, 1986, 21), pour reprendre la citation utilisée au début du chapitre précédent. On peut distinguer deux configurations de travail psychiatrique, que j'appelle régimes de justifications, où les professionnels mobilisent préférentiellement certains registres d'action en l'associant à un objectif d'évolution : un régime d'accueil et d'engagement, et un régime de justifications et d'autonomisation. Pour décrire ces régimes de justifications, je serai amenée à revenir plus en détail sur les registres d'action et la façon dont ils s'articulent avec l'attribution au patient d'une position dans

