Les paradoxes de l'autonomie en psychiatrie : une analyse sociologique

Livia Velpry

▶ **To cite this version:**

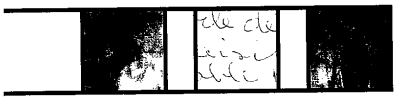
Livia Velpry. Les paradoxes de l'autonomie en psychiatrie : une analyse sociologique. Confluences, 2007, 17, pp.21-23. halshs-00916662

HAL Id: halshs-00916662
https://shs.hal.science/halshs-00916662

Submitted on 15 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Les paradoxes de l'autonomie en psychiatrie : une analyse sociologique[1]

A la fois critère déterminant dans les relations entre soignants et soignés et finalité de ces relations, le contexte d'injonction à l'autonomie est posé comme cadre pour penser la participation des usagers et la conception du soin. Tenant compte de ce contexte, ce parcours sociologique se propose de décrire la, ou plutôt les relations qui s'établissent entre patients et soignants au cours des interventions thérapeutiques, afin de comprendre dans quelle dynamique émergent ces notions de dépendance, d'autonomie, de consentement et de contrainte. Pour répondre à la question « qu'est-ce qui est thérapeutique ? », l'article pointe les divers registres d'action mobilisés par les professionnels, l'importance des passages entre ces modes de justification et la distinction entre différents types de relations.

Livia VELPRY, Sociologue
CESAMES[2], Paris

Contexte

En France, comme dans les autres pays occidentaux, le champ de la médecine est traversé depuis plusieurs années par **un mouvement de reconnaissance des droits du patient**. Dans le cas français, il a notamment donné lieu à la loi du 4 mars 2002 « relative au droit des malades et à la qualité du système de santé ». La façon dont les différents acteurs du champ se saisissent de ce mouvement, et dont celui-ci s'inscrit dans leurs pratiques, participe à un processus qui est encore en cours d'élaboration. On peut d'ores et déjà penser que ce processus engage bien plus qu'une simple reconnaissance de droits, et qu'il touche aussi la définition de la relation de soin. En effet, sur ce mouvement se greffent une revendication de l'autonomie des patients et une promotion de la valeur de leur consentement. Ces deux aspirations vont de pair avec une critique d'une relation médicale qui placerait les patients dans une position de dépendance et les soumettrait à des formes de contrainte.

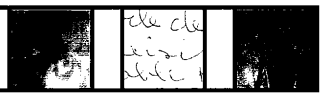
Dans le cadre psychiatrique, replacer ces notions dans les pratiques où elles s'incarnent est une opération peut-être encore plus essentielle, mais également plus délicate. D'abord parce que les oppositions semblent s'y dessiner de manière plus tranchée : la contrainte, par exemple, constitue une intervention thérapeutique légitime, prérogative des soignants dans certaines circonstances. Ensuite, et de façon paradoxale, parce qu'en psychiatrie les oppositions pourraient être plus floues. En effet, la pathologie qui fait l'objet du soin est réputée influer sur la capacité d'autonomie et de consentement du patient. L'autonomie peut donc constituer pour certains un objectif à atteindre par le soin, et la dépendance être considérée par d'autres comme une caractéristique de la pathologie. Les notions d'autonomie et de dépendance sont alors partie intégrante de l'intervention thérapeutique : les professionnels définissent ce qu'ils font par rapport à, et à l'aide de ces notions.

Les registres d'action dans le travail psychiatrique

Quelles relations s'établissent entre patients et professionnels ? Comment sont-elles négociées ? A quelles règles et normes implicites et explicites les protagonistes se réfèrent-ils ? Comment les contraintes et ressources des uns et des autres sont-elles intégrées à la négociation ? Le contexte de suivi extrahospitalier est un lieu privilégié d'analyse de tels processus de définition, pour deux raisons. D'abord, parce que les patients maintiennent un certain nombre d'inscriptions sociales en dehors de la psychiatrie, et qu'il est ainsi possible d'analyser la façon dont leur inscription en psychiatrie est gérée dans leur organisation de vie. Ensuite, parce qu'en s'intéressant à un lieu de prise en charge au long cours, donc en dehors des crises, on approche la pratique psychiatrique dans sa quotidienneté et son caractère ordinaire.

A partir d'un travail de terrain ethnographique sur le suivi ambulatoire de personnes ayant des troubles mentaux graves[3] , qui a été mené dans le cadre d'une thèse de sociologie (Velpry, 2006), je voudrais montrer comment se négocie en permanence, entre patients et professionnels, une définition de la relation de prise en charge . Ce jeu de négociation est complexe. Il mobilise certains registres d'action pour les professionnels, que je présenterai brièvement ici. Ensuite, nous verrons que l'idée d'autonomie est centrale dans la négociation, sous deux formes : la capacité d'autonomie attribuée au patient par les professionnels d'une part, la désignation de l'autonomie comme objectif thérapeutique d'autre part. Des exemples de négociation des relations dans le contexte des appartements associatifs illustreront ces deux mobilisations de l'idée d'autonomie dans les pratiques psychiatriques.

A partir des discussions entre professionnels à propos des patients, observées lors de réunions ou de discussions informelles, et à partir d'entretiens réalisés avec les professionnels, j'ai cherché à reconstituer « pourquoi les professionnels font ce qu'ils font ? », c'est-à-dire comment ils choisissent d'intervenir de telle ou telle manière, et comment ils justifient de la légitimité de cette intervention. Ces critères de jugement relèvent du caractère thérapeutique de leur action. En effet, ce qui donne forme à la relation entre le patient et les professionnels, quelle que soit l'activité concernée, c'est que le professionnel effectue une intervention thérapeutique (Velpry, 2006).



Lorsqu'ils justifient de réaliser une intervention thérapeutique, les professionnels mobilisent trois registres d'action : laisser faire, faire pour et faire faire[5] . Le premier registre en appelle à la nécessité d'accueillir des patients en grande souffrance et avec qui il faut établir un lien : c'est « laisser faire ». Le troisième reflète l'objectif d'instaurer une relation de collaboration avec le patient : c'est « faire faire ». Pour s'inscrire dans ce troisième registre, certains patients doivent se transformer, au terme d'un processus au cours duquel les professionnels devront « faire pour » eux ; c'est le second registre.

L'autonomie, principe organisateur des interventions thérapeutiques

Quelle est l'articulation entre ces motifs d'action des professionnels, et les relations établies avec les patients ? Ces registres de justification constituent le cadre dans lequel se déroulent les interactions entre patients et professionnels au CMP. Or, ce qui est en jeu, dans le passage entre ces modes de justification, est la reconnaissance de l'autonomie du patient[6] , entendue ici comme la capacité à agir de façon responsable. De ce fait, l'attribution d'une capacité d'autonomie apparaît comme le principe organisateur des interventions thérapeutiques.

Pourquoi l'autonomie est-elle à l'articulation des registres de justification et des interventions ? Dans la première logique, qui est le passage du « laisser faire » au « faire pour », il s'agit d'accueillir le patient et d'établir un lien avec lui, autrement dit de « l'accrocher ». Dans la seconde logique, qui consiste à passer du « faire pour » au « faire faire », il faut faire décrocher le patient en obtenant qu'il transforme ses comportements et « s'autonomise ». Ce qui différencie ces deux logiques, c'est la capacité d'autonomie que les professionnels attribuent au patient, et la nature de l'intervention. La première logique s'adresse à un patient que l'on estime peu autonome et peu capable de le devenir, alors que la seconde repose au contraire sur la capacité du patient à devenir autonome, et à s'approprier cette transformation.

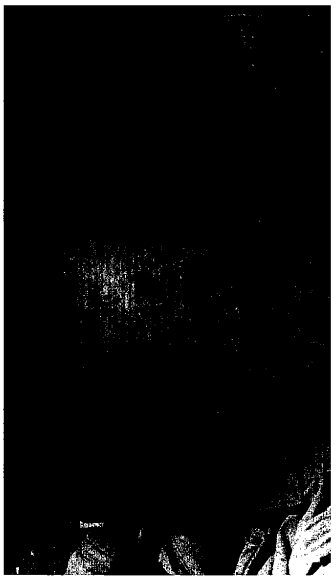
La première logique peut faire une place légitime à une intervention par la contrainte, à la différence de la seconde. Autrement dit, pour les professionnels, cette capacité qu'ils attribuent au patient détermine le degré de contrainte qu'ils mobilisent dans leur intervention.

Une difficulté supplémentaire, dans cette négociation, tient au fait que l'autonomie est aussi l'horizon d'attente des professionnels, autrement dit une injonction : c'est le registre du « faire faire ». L'autonomie du patient est donc à la fois le critère qui détermine les relations entre patients et professionnels, et leur finalité.

La négociation d'une position en appartement associatif : patient ou résident ?

Comprendre comment l'on choisit un registre d'action, et comment on passe d'un registre à un autre suppose donc de comprendre comment se définit et se négocie la capacité à être autonome du patient, entre les protagonistes. Or, il apparaît que les relations entre patients et professionnels doivent constamment déterminer dans quelle logique elles se situent. Cet arbitrage est réalisé par l'interprétation des comportements et des paroles des patients. Parmi l'ensemble des interventions thérapeutiques réalisées dans un dispensaire de psychiatrie (ou dans un secteur), les appartements associatifs, qui visent explicitement à « transformer » les patients en des personnes plus autonomes et plus insérées, constituent un lieu où cet arbitrage est particulièrement visible.

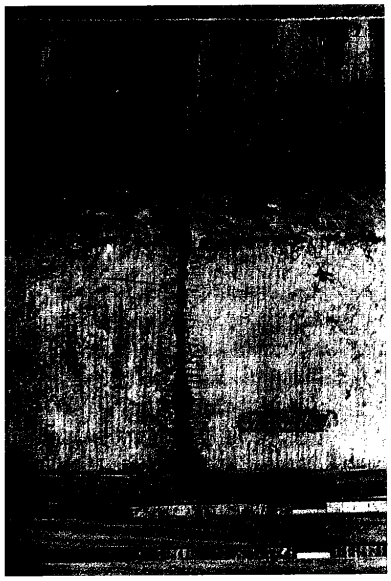
En effet, d'un côté le cadre formel des appartements instaure une relation contractuelle entre une équipe de professionnels et le résident. Le patient s'engage, en échange de la location de l'appartement, à un certain nombre de comportement qui attestent de son autonomie et de sa responsabilité dans la gestion de sa maladie et de ses inscriptions sociales (prendre son traitement, participer à la réunion hebdomadaire, accueillir les professionnels lors des visites à domicile). Mais ce cadre formel se double d'un cadre thérapeutique dont l'objectif affiché es d'amener le patient à devenir cette personne res ponsable et autonome, dans la gestion de s maladie et de son traitement, ainsi que de sa vi quotidienne. Or, ces deux cadres sont dans u rapport conflictuel[7] , la relation thérapeutique e la relation contractuelle reposant sur deu conceptions distinctes de la position du patien vis-à-vis des professionnels et de sa capacit d'autonomie. Dans la pratique, le cadre théra peutique est premier lorsque le patient est consi déré comme dominé par sa maladie, alors qu



la dimension contractuelle prend le dessu lorsque les professionnels imputent au patien une capacité d'évolution vers plus d'autonomi qu'ils veulent encourager.

Selon la façon dont la personne est perçue lor de l'interaction avec les professionnels et e tenant compte de leur histoire commune, l'inter vention thérapeutique réalisée dans les apparte ments relèvera donc de l'une ou l'autre des logi ques que j'ai décrites. Bien entendu, ces logique sont mobilisées par les professionnels, ensembl et séparément, selon le moment et l'histoire ave le patient, mais également selon la façon don les patients participent à l'interaction.

Par exemple, dans le cas d'Oscar, résident en appartement associatif, le ménage constitue un enjeu entre lui et l'équipe des résidents. Le ménage est l'un des éléments important du contrat passé avec le patient lors de l'admission dans un appartement associatif. Les résidents sont en effet considérés comme pouvant apprendre à s'occuper de chez eux, et cette exigence fonde la relation entre professionnels et patients dans le cadre des appartements. Alors qu'il avait été considéré comme apte à passer ce contrat, Oscar ne fait aucun effort de ménage dans son appartement,



Josette Bragard

même quand les infirmiers proposent leur aide. Aux termes du contrat, un tel comportement constitue un important écart aux normes, et peut être interprété comme une rupture du contrat. Dans son cas, cependant, après de nombreuses discussions en équipe sur l'interprétation à avoir de son comportement (comment interpréter le refus exprimé par Oscar de faire le ménage), un consensus se dégage dans l'équipe pour l'attribuer au fait qu'il est « trop mal » et donc incapable de se conformer à l'exigence de l'équipe. Puisqu'il s'agit non pas d'un acte volontaire, mais d'une incapacité liée à sa maladie, son comportement relève de l'intervention des professionnels, et sa présence était justifiée. Cependant, avec cette interprétation, l'intervention envers Oscar change de logique de justification : elle ne s'inscrit plus dans un processus de travail sur les inscriptions sociales, mais dans un accueil de la folie et de la souffrance.

Ce que montre cet exemple, c'est que le statut du patient dans ce travail commun se négocie en permanence dans les appartements associatifs. Doit-on faire pour lui parce qu'il va trop mal ? Doit-on l'aider à faire pour qu'il apprenne ? Doit-on ne rien faire pour qu'il ne s'installe pas dans un confort assisté ? Les professionnels et les patients se situent en permanence vis-à-vis de ces questions, les professionnels par une interprétation travaillée collectivement en équipe, qui impute une certaine capacité d'autonomie et de responsabilité, les patients par les comportements et leurs prises de position en situation.

Dans les appartements associatifs, l'articulation entre contrainte et injonction à l'autonomie est au centre de la négociation. La contrainte est présente sous différentes formes selon la position négociée par le patient à un moment donné. Elle change de forme conjointement à un processus d'apprentissage et de changement des comportements et des normes des patients, identifié comme tel par les patients et par les professionnels. Parallèlement, des positions de patient relevant d'autres logiques de justification restent disponibles afin d'intégrer des interactions et des comportements de patients qui ne peuvent s'inscrire dans le régime de transformation.

On retrouve là une tension qui est au cœur des interventions thérapeutiques en psychiatrie, qui ont pour objectif que le patient puisse s'en passer, et qui pour y arriver lui impose des règles strictes, et donc une marge de déviance des comportements étroite. Ici, l'objectif thérapeutique des appartements est que les résidents « apprennent » à vivre seuls, et ce dans leur propre appartement. Mais les professionnels « imposent » que les patients atteignent cet objectif par une sortie très progressive, à la fois décidée et conciliante, du cadre d'interaction thérapeutique. Si le résident fait preuve d'actions considérées comme autonomes trop brutalement, les soignants risquent d'interpréter son comportement dans le registre de la pathologie. A l'inverse, s'il se conforme trop au cadre, il sera considéré comme trop passif.

On le voit, dans les pratiques psychiatriques, l'enjeu porte donc moins sur l'autonomie effective reconnue au patient que sur la capacité à être ou à devenir autonome attribuée au patient. C'est cette capacité, ou son absence, qui vont déterminer le type d'intervention que les professionnels considèrent comme légitimes. Dans le cas des personnes ayant des troubles mentaux graves, il peut y avoir un conflit dans l'attribution d'autonomie, conflit qui cristallise l'asymétrie des positions. Le professionnel est plus légitime à déterminer cette capacité que le patient, et cette légitimité a des conséquences pratiques puisqu'elle peut amener à considérer que ce que le patient appelle manifestations de son autonomie sont des symptômes de la pathologie, et éventuellement justifier ainsi d'une intervention sous contrainte. Mais le patient, notamment dans le cadre d'un suivi extrahospitalier, conserve une marge de négociation, par la possibilité qu'il a d'affirmer son autonomie dans les autres sphères de sa vie quotidienne. ●

---

[1] Références 24, 42 et 43: voir bibliographie p. 48

[2] Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société, Paris5-INSERM-CNRS, dirigé par Alain Ehrenberg.
Site : http://www.cesames.org/spip/

[3] La notion de trouble mental grave est définie non pas par un diagnostic, mais par le fait d'avoir des problèmes identifiés comme relevant de la psychiatrie, et que ces problèmes et leur traitement aient eu des conséquences importantes sur les différentes sphères de la vie de la personne et sur sa trajectoire.

[4] Les pratiques évoquées ici prennent place dans un dispensaire de psychiatrie publique français, et concernent les interventions thérapeutiques réalisées en équipe. Les interactions entre patients et professionnels ont été observées pendant plus d'une année, principalement dans des groupes de patients animés par des professionnels, et dans des réunions entre professionnels. Parallèlement, des entretiens répétés ont été menés avec les patients, ainsi qu'avec des professionnels. Pour plus de détails sur la méthode, et sur les spécificités du travail ethnographique dans le contexte psychiatrique : voir Velpry,. bibliographie, références 42 et 43.

[5] Ces trois termes ne sont pas repris du langage des professionnels, ils ont émergés lors de l'analyse des données.

[6] Précisons ici qu'en parlant d'autonomie, je ne me réfère pas seulement à l'usage du terme, mais à un ensemble de notions qui renvoient à l'idée d'autonomie et plus particulièrement d'un « patient autonome ».

[7] Dans l'un, les deux parties sont liées par un contrat ; dans l'autre, elles sont dans une relation thérapeutique, et de ce fait le patient y est en position, soit de partenaire, soit de soigné.