



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Apprendre le soin en psychiatrie, apprendre sa violence**

Présentée et soutenue publiquement le 28 Avril 2016 à 18 heures  
au Pôle Recherche

Par **Charles-Edouard Notredame**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre Thomas**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva**

**Monsieur le Professeur Renaud Jardri**

**Directeurs de Thèse :**

**Monsieur le Professeur Pierre Delion**

**Madame le Docteur Catherine Le Grand-Sébille**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## REMERCIEMENTS

À mon Maître et Président de jury

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

Professeur Universitaire de Psychiatrie – Praticien Hospitalier  
Chef du pôle Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine Pénitentiaire au CHRU de  
Lille

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.*

*Vous avez participé de mon engagement pour la psychiatrie, depuis mes tous premiers pas jusqu'à aujourd'hui. Je vous suis extrêmement reconnaissant de votre enseignement, dont j'ai conscience qu'il va bien au delà de la seule transmission de connaissances théoriques. Votre vision exemplaire de la psychiatrie restera un fil rouge à ma carrière.*

*Veillez trouver ici l'expression de mon respect le plus profond.*

À mes Maîtres et Assesseurs

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

Professeur Universitaire de Psychiatrie – Praticien Hospitalier  
Chef de Service de Psychiatrie Adulte au CHRU de Lille (Hôpital Fontan)

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse.*

*À travers votre approche de la clinique, de la politique et de la recherche à laquelle vous m'avez permis de m'initier, je peux aujourd'hui fièrement me revendiquer d'une école Lilloise de suicidologie. Pour cela, et pour tout le reste, je vous suis très reconnaissant.*

*Soyez assuré de toute ma gratitude et de tout mon respect.*

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

Professeur Universitaire de Psychiatrie – Praticien Hospitalier  
Chef de Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au CHRU de Lille  
(Hôpital Fontan)

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse.*

*En mêlant exigence, accessibilité et bienveillance, vous m'avez ouvert une voie d'accès privilégiée vers la recherche, et plus particulièrement dans le domaine des neurosciences. Prenant la pleine mesure de la valeur de vos conseils et de votre soutien, je m'efforcerai d'en faire un tuteur à mes développements.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma profonde estime et de ma reconnaissance.*

À mes Maîtres et Directeurs

**Monsieur le Professeur Pierre DELION**

Professeur Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Faculté de Médecine, Université de Lille  
Responsable de l'Institut de Psychothérapie Psychanalytique pour Enfant et Adolescent

*Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail de thèse.*

*Je vous dois nombre de convictions qui l'ont nourri. Votre vision humaniste et humanisante du soin psychique est un cap qu'il m'importe de garder, dût-il devenir subversif. Ce n'est pas sans fierté que j'embrasse la pédopsychiatrie sous vos auspices.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus profond respect.*

**Madame le Docteur Catherine LE GRAND - SÉBILLE**

Maître de Conférence Universitaire de Socio-anthropologie  
Faculté de Médecine, Université de Lille

*Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail de thèse.*

*Vous avez accompagné, guidé et participé à émanciper ma pensée sur le sujet. Votre écoute, votre bienveillance, mais aussi votre exigence ont été pour moi une source précieuse de courage et de motivation à la déployer. Je vous dois d'avoir conquis des territoires réflexifs qui m'auraient autrement laissé timide, et de m'avoir instillé l'ambition d'en explorer de nouveaux, sans jamais me laisser bercer de certitudes.*

*Que cette thèse témoigne de mon immense reconnaissance et de toute mon estime.*

## REMERCIEMENTS PERSONNELS

À tous les patients que j'ai rencontrés, pour avoir impulsé et alimenté ma passion. Mais aussi pour avoir sans cesse ébranlé mes prêts-à-penser.

Aux équipes avec qui il m'a été donné de travailler, pour m'avoir accompagné, par nos collaborations et nos complicités, dans l'acquisition d'un savoir-être à l'hôpital.

À mes tuteurs et mentors, pour avoir guidé, au delà de ma croissance d'apprenti psychiatre, mes développements de jeune homme.

À tous mes co-internes et amis, compagnons de voyage précieux, jalons heureux de mon parcours.

À mes amis d'enfance et d'adolescence, pour la rémanence de nos souvenirs, expression d'une fidélité invaincue.

À Sandro et Cécilia, pour leur humour, leur simplicité et leur équanimité. Une évidence à vivre qui agit comme un baume.

À Caroline, pour son soutien indéfectible, repère stable et rassurant, jusque dans les turbulences.

À Louise, pour sa puissance d'être, l'air de rien. Et pour me laisser la partager un peu.

À Céline, pour nos discussions, nos digressions et nos voyages, catalyse aux exigences et aux fantaisies de nos pensées.

À Charles-Hugo et Véronique, pour leur bienveillance et leur générosité, désamorces redoutables aux impasses de parcours

À Nathalie, pour sa confiance et sa présence incorruptibles. Nos synergies sont une force qui va.

À mon frère et ma sœur, pour notre complicité irréductible, qui me met au défi autant qu'elle me nourrit.

À mon père, pour la densité de son attention et de son soutien, amarre solide à mes devenirs.

À ma mère, pour m'avoir insufflé sa passion et son engagement, élan auquel je devrai toujours d'en être là où j'en suis.

À Baptiste, mon intranquillité, mon ataraxie.

## LISTE DES ABREVIATIONS

Adesm	Association des établissements participant au service public de santé mentale
AESP	Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique
AFFEP	Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie
Afirem	Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ex-HAS)
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
Cnup	Collège national des universitaires de psychiatrie
DES	Diplôme d'Étude Spécialisée
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBM	Evidence Based Medicine
ECN	Épreuves Classantes Nationales
EHESS	École des Hautes Études en Sciences Sociales
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
HAS	Haute Autorité de Santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé
PHRC	Plan Hospitalier de Recherche Clinique
SPDT	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
UHSA	Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UMD	Unité pour Malades Difficile

## TABLE DES MATIERES

Remerciements .....	1
Remerciements personnels .....	1
Liste des abréviations .....	1
Table des matières .....	1
Résumé.....	1
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Partie 1. Apprendre une discipline.....</b>	<b>12</b>
1. L'apprentissage de la sémiologie .....	13
1.1. La sémiologie comme une consignation : fondements .....	13
1.2. La sémiologie comme une herméneutique : renversement de paradigme .....	14
1.2.1. Introduction au raisonnement hypothético-déductif .....	15
1.2.2. Introduction au domaine étiologique .....	17
2. L'idéal étiologique.....	18
2.1. Son pouvoir diagnostique.....	18
2.2. Son pouvoir délinéatoire .....	20
2.2.1. L'étiologie dessine les contours des territoires nosographiques.....	20
2.2.2. Les étiologies structurent les provinces des territoires nosographiques .....	21
2.3. Propriétés d'une étiologie idéale .....	22
2.4. L'entrée en psychiatrie comme remise en question de l'idéal théorique....	23
3. L'inconnu étiologique.....	24
3.1. Des perplexités .....	24
3.1.1. Perplexité nosographique .....	24
3.1.2. Perplexité épistémologique.....	25
3.2. Des insuffisances .....	27
3.2.1. Insuffisance à diagnostiquer .....	27
3.2.2. Insuffisance à délimiter .....	28
3.2.3. Insuffisance à structurer.....	29
3.3. Composer avec l'inconnu étiologique .....	30
3.3.1. Histoire d'une hésitation.....	30
3.3.2. Les risques violents à résoudre l'hésitation .....	32
4. L'athéorisme ou la déperdition du sens.....	34
4.1. Canaux des violences potentielles .....	34
4.1.1. Dans la pratique psychiatrique.....	34
4.1.2. Dans l'apprentissage de la psychiatrie .....	36
4.2. Nosographie athéorique et triple nivellement.....	37
4.2.1. Nivellement de la complexité .....	38
4.2.2. Nivellement sémiologique .....	41
4.2.2.1. Rabattement de la maladie sur le trouble.....	41
4.2.2.2. Rabattement de la validité sur la fiabilité .....	43
4.2.3. Nivellement symbolique .....	46
5. L'idéologie ou la pléthore de sens .....	48
5.1. À la conquête du champ théorique .....	48
5.2. Précautions .....	50

5.3. Les dangers de l'idéologie .....	50
5.3.1. Collusion savoir et pouvoir .....	50
5.3.2. Maltraitance théorique .....	51
5.3.3. Tentation .....	52
5.3.4. Aliénation .....	53
5.3.5. L'hypersujet.....	54
5.4. Propriétés de l'idéologie violente .....	56
5.4.1. Prétention omnisciente et omniexplicative.....	56
5.4.1.1. Aspiration hégémonique.....	56
5.4.1.2. Conflictualisation des théories.....	58
5.4.1.3. Préemption du patient et de l'étudiant.....	58
5.4.2. Émancipation du réel .....	60
5.4.2.1. Rupture du fil de l'inférence.....	60
5.4.2.2. Hiérarchisation des savoirs .....	61
5.4.2.3. Mise au joug du réel .....	61
5.4.3. Logicisme.....	63
5.4.4. Caractère irrécusable.....	67
<b>Partie 2. Apprendre une pratique .....</b>	<b>71</b>
1. L'inéluctable rencontre avec l'Autre souffrant .....	72
1.1. L'intersubjectivité comme un fondement.....	72
1.1.1. Le lien soignant au sujet .....	72
1.1.2. Le double lien soignant au sujet .....	73
1.2. L'intersubjectivité comme une confrontation .....	74
1.2.1. Une lutte attisée par la violence fondamentale .....	74
1.2.2. Une lutte pour exister .....	76
1.3. L'intersubjectivité comme une ouverture.....	77
1.3.1. S'ouvrir à l'Autre comme à Soi-même .....	77
1.3.2. Du paradigme de la vulnérabilité à celui de la co-vulnérabilité .....	79
1.4. L'intersubjectivité comme un baume.....	81
1.5. L'intersubjectivité comme une interpellation .....	82
2. Appréhender la subjectivité : ruptures et continuité d'un parcours d'initiation... 84	84
2.1. Enjeux .....	84
2.2. Être carabin.....	85
2.2.1. La réadolescence.....	85
2.2.2. L'immédiateté expérientielle .....	86
2.2.3. Le non-lieu de la violence existentielle .....	87
2.2.4. La rencontre étudiant-patient : colloque hypersingulier .....	88
2.2.5. L'empathie s'apprend-elle ?.....	89
2.3. Être interne.....	90
2.3.1. S'embraser à nouveau.....	90
2.3.2. Se repenser .....	92
2.3.3. Être en transition.....	93
2.3.4. S'émanciper .....	95
2.3.5. Assumer un héritage, se positionner .....	97
2.3.5.1. Investir un champ disciplinaire .....	97
2.3.5.2. Délimiter son champ de compétence .....	99
2.3.5.3. Composer avec l'héritage de son externat.....	100
3. Le moment clinique, risque d'éliision du sujet.....	101
3.1. Le sujet exposé .....	101
3.2. Réduire le nouveau au commun .....	102
3.2.1. La maladie-image .....	102
3.2.2. La clinique épidémiologique.....	104

3.2.3. Le déséquilibre inférentiel .....	105
3.2.4. Le biais de confirmation .....	106
3.3. La clinique comme espace-temps pédagogique .....	107
3.3.1. Quête de vérité et faux-semblants .....	107
3.3.2. Distributions du pouvoir et enjeux narcissiques .....	108
3.3.3. Le cas, enjeu pédagogique .....	110
3.3.4. La douleur peut-elle être spectacle ? .....	111
4. Porter atteinte au sujet : le problème de la maltraitance .....	112
4.1. De l'importance de requalifier la parole .....	112
4.1.1. Ce que les patients et leurs familles ont à dire .....	112
4.1.2. Ce que la parole révèle de maltraitance .....	114
4.2. La maltraitance ordinaire .....	115
4.2.1. Typologie .....	115
4.2.2. Les comportements qui tendent à faire du patient un « malade-objet» .....	116
4.2.3. Les pressions psychologiques .....	117
4.2.4. L'atteinte aux droits fondamentaux .....	119
4.3. Les maltraitements manifestes .....	121
4.3.1. Claude, ou le continuum maltraitant .....	121
4.3.2. Responsabilités collectives, responsabilités individuelles .....	123
4.3.3. Le sadisme ordinaire .....	124
4.3.4. Banaliser la déviance .....	126
4.3.5. Normaliser la déviance .....	127
4.3.6. Taire la déviance .....	128
4.3.7. Maltraitance et souffrance soignantes : deux faces d'une même pièce ? .....	129
4.3.8. D'où s'originent l'indifférence et/ou le silence .....	131
4.3.8.1. Se blinder .....	131
4.3.8.2. Se taire .....	133
5. Quand l'idéologie médico-administrative enserre le sujet .....	134
5.1. Logiques gestionnaires .....	134
5.2. Rationalité instrumentale .....	135
<b>Partie 3. Apprendre à contraindre .....</b>	<b>138</b>
1. Des résistances à penser la violence d'une pratique .....	139
1.1. Une violence en trompe l'œil .....	139
1.2. Violence froide, violence chaude : lever la confusion .....	142
1.3. Le chiffon rouge .....	144
1.4. Un rapport ambivalent à la contention .....	147
1.5. Conjurer la qualification de violence .....	149
2. Soigner .....	153
2.1. La question de la contenance .....	153
2.2. La contention en contrepoint du soin .....	154
2.3. L'intention thérapeutique .....	155
2.4. Les conditions du soin .....	157
3. Juguler le danger .....	159
3.1. L'agitation comme mise en scène du danger .....	159
3.1.1. Unités de temps, de lieu et d'action .....	159
3.1.2. Redistribution des rôles .....	161
3.2. Variations sur le thème de l'agitation .....	163
3.2.1. Variation 1 : violence en interaction .....	163
3.2.2. Variation 2 : déviance et impunité .....	164
3.2.3. Variation 3 : violence et altérité .....	168

3.3. Façonner la crise.....	172
3.3.1. La mettre en suspens .....	172
3.3.2. La déclencher .....	174
3.4. Mettre en contention pour prévenir le danger .....	175
3.4.1. Dominer .....	175
3.4.2. Annuler un risque intolérable .....	177
3.4.3. Garantir la sécurité.....	179
3.5. La part subjective du danger.....	180
4. Dociliser.....	183
4.1. Prévoir le danger avant même qu'il n'éclore .....	183
4.2. Contrôle social informel.....	186
4.2.1. Affaiblir le consentement.....	186
4.2.2. Maintenir la discipline.....	188
4.2.3. Réguler le marché symbolique .....	192
4.2.4. Apprendre à investir un pouvoir symbolique.....	195
4.3. Contrôle social formel .....	197
4.3.1. Mater le corps insoumis .....	197
4.3.2. La contention pour éduquer .....	200
4.3.3. La contention pour punir .....	202
<b>Conclusion .....</b>	<b>205</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>221</b>
<b>Annexe : guide d'entretien.....</b>	<b>232</b>

## RESUME

Pour peu qu'on accepte de ne pas se restreindre à ses acceptions les plus étroites, la question de la violence apparaît comme incontournable à chaque étape du soin en psychiatrie. Une violence qui, si elle tend à devenir inapparente, banale ou anodine aux yeux des habitués, ne manque pas d'interpeler, si ce n'est d'affecter, ceux qui ont à s'initier à la discipline. En misant sur son potentiel révélateur, nous avons fait le pari de voir en l'apprentissage une voie d'exploration privilégiée des violences – qu'elles soient nécessaires ou déviantes – du soin de façon générale, et du soin psychiatrique de façon plus particulière.

Cette exploration, nous l'avons menée à travers une réflexion critique, nourrie de la littérature médicale et des travaux de sciences humaines, mais également – dans un intérêt particulier pour le récit – de rencontres, de témoignages, de productions médiatiques et artistiques, ainsi que de nos propres expériences d'interne.

Nous avons d'abord voulu montrer comment la discipline psychiatrique, en tant que dispositif théorique en butte avec l'aporie épistémologique que représente l'inconnu étiologique, oscillait (et l'apprenant avec elle) entre le double risque violent de l'athéorisme et de l'idéologie totalisante. En retraçant le parcours initiatique de l'apprenant en soin, nous avons ensuite tâché de mettre au jour ce qu'il y avait de nécessairement violent à entrer dans une relation intersubjective avivée ou menacée par la souffrance psychique, et ce qu'il y avait d'indûment violent à ce que le sujet se retrouve nié ou maltraité. Enfin, nous avons examiné la façon dont la psychiatrie composait avec la violence explicite de la contention, mesure attentatoire aux libertés individuelles souvent imposée avec force. Par une confrontation des voies de légitimation et des motivations réelles à son recours, nous avons interrogé les frontières de l'acceptabilité de cette violence.

Au terme de notre cheminement, il nous est apparu qu'une éthique exigeante, fondée sur un regard lucide et la pleine assomption du contingent violent consubstantiel au soin, était une condition nécessaire à ce que la psychiatrie soit en mesure de faire barrage à ses violences évitables. Cette éthique pourrait prendre ancrage dans un apprentissage soignant dont le paradigme pédagogique serait irrigué d'une conscience épistémologique particulière et qui garderait le sujet comme point de mire.

*Le secret de notre monde,  
c'est déjà et sans que nous le sachions, l'autre.  
Michel Foucault*

## INTRODUCTION

Il y a entre la violence et la psychiatrie comme une proximité familière, une sorte de compagnie indéfectible et tourmentée. Au gré des mutations sociétales, leur relation oscille de la consommation assumée à la tentation de la rupture. Et pour cause. La violence figurait déjà sur l'acte de naissance de la psychiatrie, lorsque Pinel et Pussin, déliant les fous de leurs fers, les ont soustraits – au moins dans l'intention – à un régime d'enfermement et d'aliénation systématique dont Michel Foucault a fait l'analyse (1). Depuis lors, la violence a traversé, accompagné ou motivé les grands bouleversements de la discipline, se rappelant à elle de façon lancinante, esquivant farouchement ses tentatives de captation et d'apprivoisement, s'amusant de ses luttes trop peu résolues pour la faire taire et profitant de ses complaisances. Une relation en « je t'aime moins – moi non plus », profonde à ce point qu'elle a orienté durablement la double tentation structurelle et fondamentale de la psychiatrie : consoler et classer (2). Consoler les malades des souffrances intolérables de leur maladie perçue comme une violence ontologique ; consoler la société de l'existence menaçante, dangereuse tant au plan pratique que symbolique, de ces malades là, en les prenant en charge. Quant aux effets structurants de la violence dans la nosographie psychiatrique, on en retrouve une illustration frappante à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle lorsque les aliénistes (dont Esquirol), investissant les tribunaux et asseyant leur autorité par l'entremise du judiciaire, façonnaient le champ du pathologique dans le seul objectif de satisfaire à leur activité d'expert. Les monomanies qui postulaient l'atteinte élective d'une faculté mentale permettaient alors de justifier d'à peu près n'importe quel acte violent, en faisant correspondre très exactement l'entité nosographique à l'acte en question (2,3).

Fortes d'une vie commune dont la multiplicité des accidents ont achevé de les rendre banals, psychiatrie et violence semblent aujourd'hui se laisser marier sans opposer de résistance. Si nous ne céditions pas à la litote, nous dirions même que l'association a récemment connu une singulière actualisation sur la scène sociale. Les média contemporains, qui jouissent d'un pouvoir de diffusion inédit et d'une

crédibilité non encore démentie (4), abordent volontiers la question de la maladie mentale à la faveur de faits divers tragiques (agressions et meurtres commis par des « aliénés », parfois « échappés de l'hôpital psychiatrique ») où la violence est assimilée à autant d'agressions que la psychiatrie aurait échoué à prévoir et prévenir. Certains troubles mentaux, au premier rang desquels la schizophrénie, ne sont d'ailleurs mis en lumière qu'à l'occasion de ce type d'actualité. Ils s'en trouvent alors systématiquement associés à un imaginaire de brutalité, d'imprévisibilité et de dangerosité (5,6) qui en vient à supplanter, dans les représentations collectives, la souffrance et/ou le caractère médical de l'affection. C'est en tout cas ce que suggère l'étude *Santé Mentale en Population Générale*, menée par le Centre Collaborateur Lillois de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) auprès de 36.000 résidents de France métropolitaine (7). Selon la majorité des enquêtés, le qualificatif de « malade mental » était en effet celui qui était le plus approprié (comparativement aux qualificatifs de « fou », de « dépressif », ou à l'absence de qualificatif) pour désigner une personne qui délire ou entend des voix, mais aussi et surtout pour désigner quelqu'un qui, dans l'ordre, commet un meurtre, un viol, un inceste, bat sa femme ou ses enfants, est violent envers les autres ou les objets. Représentatif et/ou influent, le discours politique a également participé de cette assimilation contemporaine de la maladie mentale à la dangerosité. L'allocution de Nicolas Sarkozy à Antony en 2008 (sur laquelle nous reviendrons à la **Partie 3, Section 3.4.3**) a en cela été paradigmatique (8). En réaction au meurtre d'un étudiant commis à Grenoble par un patient en fugue d'un hôpital psychiatrique, le président affirmait *« Mon devoir, notre devoir, c'est aussi de protéger la société et nos compatriotes. [...] Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte. Et vous savez fort bien que des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent devenir soudainement dangereux »*. Le tournant est brutal. Il rend compte d'une inflexion nette dans la considération politique du soin psychique, dorénavant enjoint à une mission sécuritaire destinée à protéger la société de la violence toujours possible du fou. Par ricochet, l'écran fantasmatique de la dangerosité se fait plus opaque encore, qui masque la réalité de la détresse qu'implique la schizophrénie et s'impose avec autorité aux esprits inquiets.

D'aucuns pourraient imaginer que la violence du patient souffrant d'une maladie mentale ne préoccupe que le profane. N'ayant souvent accès qu'à une information de surface, et ne sachant que faire de l'irrationalité absolue des faits divers qui lui sont livrés, il est en effet celui qui est le plus susceptible de céder à la peur ou à la fascination. Pourtant, l'idée d'une association systématique entre violence et maladie mentale semble pénétrer jusqu'au cœur de la discipline psychiatrique. La littérature scientifique est à l'image de cette focale particulière qui tient de l'obsession. Aussi, l'entrée des mots-clés « Violence » et « Psychiatrie » dans le moteur de recherche Pubmed, système de référencement des revues scientifiques reconnues par la communauté scientifique, renvoie à plus de 12.500 articles qui tous ou presque inscrivent la maladie psychiatrique en cause ou en conséquence d'une violence manifeste, qu'elle soit verbale ou physique. Le lien, bien souvent appréhendé sous l'angle déterministe, s'en trouve naturalisé pour les besoins des méthodes positivistes. En cela, les travaux scientifiques contemporains font vivre l'association représentationnelle, fut-ce pour tenter de la déconstruire. Alors que les études explorant les facteurs de risque ou les moyens de se prémunir des agressions commises par les malades sont loin d'être rares, que le champ de l'évaluation de la dangerosité est en pleine expansion, les auteurs qui s'attellent à mettre au jour les violences que ces mêmes malades subissent sont nettement moins représentés. Sous-représentation dont on peine à trouver le fondement, dans la mesure où il apparaît aujourd'hui clairement que souffrir d'un trouble psychique grave expose à un risque nettement accru d'être victime d'agressions de toutes sortes (9). Le déséquilibre n'est d'ailleurs pas uniquement théorique puisqu'il trouve son pendant dans la pratique hospitalière. Dans son rapport annuel 2014 de l'étude des signalements des faits de violence dans le soin, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) rapportait que les structures psychiatriques étaient celles qui, de loin, émettaient le plus de signalements (25% de la totalité) (10). Si l'on considère en outre que 78% des signalements qui concernaient une atteinte aux personnes impliquaient un membre du personnel soignant comme victime, et 72% un patient comme auteur, on retrouve, transposée dans la pratique du soin, non seulement l'association entre violence et milieux psychiatriques, mais encore l'apparente unidirectionnalité de l'exercice de cette violence.

Au plan conceptuel, l'ensemble de ces discours, voies d'approches et constatations ont pour point commun de reposer sur une compréhension monolithique de la violence, sous-tendue par des postulats tenant de représentations implicites aussi stéréotypées qu'opérantes. Pour mieux la déconstruire, citons ici quelque-une des lignes de forces de cette représentation archétypale. [1] La violence en psychiatrie serait uniforme et monobloc, partout reconnaissable par les mêmes caractéristiques, prenant toujours la même apparence, quelles que soient les circonstances, les auteurs ou les victimes. [2] La violence en psychiatrie serait unilatérale et unidirectionnelle, désignant toujours le même auteur – le malade mental – et toujours la même victime, réelle ou fantasmée – le soignant, l'innocent, la société, le quidam. [3] La violence en psychiatrie serait physique dans sa forme la plus aboutie, et si possible spectaculaire. En cela, elle se superposerait à la notion d'agression qu'il faudrait prévoir et prévenir, trouvant ses déclinaisons naturelles dans les champs sémantiques du risque, de la dangerosité, de la sécurité et de la surveillance. [4] La violence en psychiatrie serait pleinement visible, si ce n'est donnée à voir, afin d'en exagérer la fonction pragmatique d'alerte, d'incantation, de mobilisation ou de justification (11).

Pourtant, une brève analyse étymologique suffit déjà à écorner le mythe d'une violence univoque. Au premier abord, la racine latine *violentus*, dérivée du verbe *vis* signifiant « vouloir », rend effectivement compte des notions de force physique, de puissance et de vigueur, mais aussi de leur emploi à dessein, d'une mobilisation animée par une résolution ferme et implacable, si ce n'est brutale. Cependant, sitôt considéré que *vis* dérive lui-même du grec *βία*, « la Vie », il apparaît que le mot violence porte en héritage l'idée de la quantité, de l'abondance, d'une force essentielle et puissante à l'origine du principe vital. La dualité est donc au principe du concept de violence. Elle en brouille les contours, s'oppose à nos tentatives de la circonscrire, la rend insaisissable. Elle est une brèche fatale à la définition catégorique de l'OMS : « utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté » (12). Elle oblige au contraire à penser la violence en termes de polymorphisme, à faire le deuil de l'évidence d'un phénomène immédiatement lisible. Pour ce qui nous concerne, elle nous incite à débusquer d'autres formes de violences en psychiatries que celles qui sont le plus souvent relevées, affichées ou brandies. Des violences qui

ne relèveraient pas uniquement de l'agression dont les dommages seraient nécessairement physiques, mais également des préjudices psychiques ou moraux, des lésions symboliques et des atteintes à la dignité. Des violences qui ne seraient pas nécessairement dirigées du patient au soignant, mais aussi du soignant au patient, qui s'appliqueraient à l'un comme à l'autre, ou encore des violences non orientées, logées au cœur du soin, voire qui lui serait constitutives. Des violences qui ne seraient pas toujours démonstratives et visibles, mais qui pourraient aussi être silencieuses, inapparentes ou volontairement tuées et occultées. Trois exigences nous semblent à cet égard nécessaires pour mener un travail d'investigation rigoureux. D'une part, il nous faudra déplacer l'angle d'approche de notre étude depuis la violence du patient souffrant d'une maladie psychiatrique à la violence du soin en psychiatrie. Sans être naïfs quant à l'existence de comportements virulents chez certains malades, ce changement de point de vue nous semble être un préalable indispensable au rééquilibrage de l'analyse. Il faudra ensuite nous garder d'établir une quelconque échelle de valeur pour juger de la gravité des conséquences des violences examinées, au risque d'en négliger certaines sous prétexte qu'elles seraient moins graves et donc moins utiles à travailler. Ce serait faire peu de cas de l'importance du subjectif lorsqu'il s'agit de reconnaître les conséquences d'un phénomène violent, et risquer de se laisser leurrer par les mécanismes de disqualification de la parole des victimes dont certaines violences usent pour avancer masquées. Enfin, il nous faudra nous atteler à déjouer les processus par lesquels la violence du soin en psychiatrie échappe souvent à l'interrogation. Soit qu'elle soit bien visible, qu'elle impressionne, mais que son abord soit immédiatement court-circuité par des justifications invoquant des nécessités médicales, des contraintes conjoncturelles, ou des arguments du type « c'est pire ailleurs ». Soit qu'elle soit banalisée, qu'elle ne heurte pas ou plus, qu'elle soit considérée comme un « risque du métier » dont il n'y aurait rien à dire. Soit qu'elle soit effectivement invisible, cryptique, fondue dans le quotidien du soin, absorbée par habitude, une violence par omission, en négatif, muette ou blanche.

Pour ce faire, nous devons allouer la même attention à toutes les voix qui pourraient se faire entendre. Car la violence du soin en psychiatrie n'est pas inapparente aux yeux de tous, ni ne laisse tout le monde indifférent. En attestent les nombreuses lettres de doléance, de réclamation, de dénonciation ou de simple

témoignage adressées chaque année aux directions des établissements de santé mentale. À titre d'exemple, l'ouvrage collectif *L'éthique à l'épreuve des violences du soin* (13), coordonné par Dominique Davous, Catherine Le Grand-Séville et Etienne Seigneur contient certaines de ces lettres qui disent le désarroi de patients et familles directement affectés par un intense vécu de violence. Et quand bien même nous considèrerions que ces propos seraient à appréhender avec réserve parce qu'entachés de partialité (mais cela défait-il quelconque valeur à un discours ?), il y a fort à parier que n'importe quel quidam qui n'aurait de la maladie mentale que de lointains échos mais serait soudainement parachuté au beau milieu d'un service de psychiatrie pourrait, sans difficulté, percevoir les formes de violence qui s'y déploient, quand il n'en serait pas franchement heurté. Or, s'il est des profanes pour être choqués de la violence du soin et des initiés pour y être aveugles ou peu sensibles, il est raisonnable de supposer que s'opère une transformation depuis le regard de l'un jusqu'au regard de l'autre, que le soignant *ne naît pas* indifférent à la violence mais qu'il le devient. L'étude du processus d'apprentissage prend alors tout son sens. À travers un regard sur le soin psychiatrique qui est à la fois naïf et sans détour, l'apprenant rend aiguë, vive, la question de la violence qui y a trait. Par la personne du futur soignant, c'est un peu du monde profane, sensible et impressionnable, qui fait hernie dans le monde des routiniers du soin. L'étudiant nous intéresse parce ce qu'il est enserré dans une position qui l'oblige à contempler ce que recèlent les services hospitaliers, à en fouiller les moindre détails, à s'en imprégner sans filtre, et ce, quand bien même ce qu'il voit le heurte ou lui disconvient. Là où la majorité des profanes préféreraient baisser les yeux, l'étudiant est un naïf au regard clair et droit, qui capte la crudité et l'âpreté du soin sans pouvoir s'y soustraire. En outre, l'apprenant incarne une dynamique. Il permet de contempler *in vivo* un lent travail de construction identitaire au principe de chaque soignant. Il est un abyme vers la plus jeune mémoire professionnelle de ses aînés. Il constitue donc une voie d'accès privilégiée à l'étude de l'évolution du rapport à la violence que réclame ou auquel oblige le soin lors de son apprentissage. Indirectement, son parcours permet de comprendre, en en retraçant les points d'origine et les lignes de force, les attitudes et postures des professionnels à l'égard de cette violence.

Comme il a fallu redéployer le nuancier de la notion de violence pour en faire apparaître la place dans le soin psychiatrique, choisir comme abord le parcours de

l'apprenant requiert de préserver la richesse de la notion d'apprentissage. Il s'agira tout d'abord de s'efforcer de ne réduire l'apprenant ni à un simple brouillon de soignant, une ébauche à laquelle on ne prêterait attention que lorsqu'elle sera achevée, ni à un cerveau passif et goulu qui ingurgiterait tel quel le savoir qu'on voudrait bien lui dispenser, ni à un enfant mal dégrossi dont il faudrait achever l'éducation. À l'instar de la philosophe Céline Lefève, il nous apparaît bien plus fécond d'envisager l'apprentissage du soin non seulement comme une formation, mais aussi et surtout comme une transformation de soi (14). C'est dire qu'il importe de réinscrire l'apprenti (l'interne, l'élève infirmier ou sage-femme) dans une temporalité qui le détermine. Hier simple étudiant – statut fondateur qu'il lui faut réinterroger en même temps qu'il le quitte –, demain professionnel – statut-cible, objet de ses fantasmes, de ses projections d'idéalité et de ses angoisses –, l'apprenant est pris dans un entre-deux, progresse de l'un à l'autre sans pouvoir être réduit à l'un ou à l'autre. Cependant, pour pris qu'il soit dans cet interlude temporel, il ne faudrait pas penser que l'apprenant se laisserait passivement glisser vers la place à laquelle il est attendu. Le processus de professionnalisation requiert, pour forger son identité de soignant, un positionnement et des choix. Et même, la part active de l'apprentissage exige de l'aspirant un double effort, puisqu'il faut, dans le même temps, faire et apprendre à faire des choix, se positionner et apprendre à se positionner. Enfin, les métiers du soin ont affaire à un matériau irrémédiablement humain. Leur apprentissage confronte nécessairement à des expériences qui sollicitent et éprouvent. Il y a donc lieu d'en accepter la dimension subjective comme centrale, en ce sens qu'apprendre le soin, et plus particulièrement le soin psychique, consiste bien en l'appropriation subjective d'un savoir et d'une pratique (15). C'est d'après nous, à la seule condition d'une attention particulière à la subjectivité de l'apprenant que pourra émerger la question de la violence avec laquelle il est aux prises. Car si la violence agit, selon Yves Michaud (11), comme un révélateur (du rapport des forces en présence, des enjeux relationnels, des conflits à l'œuvre, des charges symboliques, etc.) et que son étude éclaire d'un jour nouveau et singulier ce à quoi confronte l'apprentissage du soin en psychiatrie, il est possible d'envisager que l'apprentissage agisse en retour comme un révélateur d'une forme de violence autrement inapparente ou estompée, la violence d'un soin auquel il faut s'initier.

Dès lors, les interrogations qui feront l'objet de notre réflexion se posent en ces termes : quel rapport celui qui apprend le soin en psychiatrie entretient-il avec la violence que peut recéler cet apprentissage, et, à travers lui, avec la violence du soin psychiatrique lui-même ? Comment penser la nécessaire intrication de ces questions ? Comment et avec quelles difficultés l'apprenant peut-il et doit-il composer avec les violences inévitables, se positionner face aux violences évitables et discriminer les unes des autres ? En quoi s'intéresser au parcours d'apprentissage permet-il de mettre au jour certaines dimensions violentes autrement inapparente ? En quoi la violence du soin ou de l'apprentissage, vue, ressentie, perçue, subie, agie par l'apprenant est-elle susceptible de le structurer ou, au contraire, de le déstructurer dans son identité personnelle et professionnelle. En quoi sera-t-elle déterminante pour le futur soignant qu'il sera ? Quels sont les enjeux que soulèvent cette question pour l'apprenant, les patients, les soignants ? Quels sont les défis ?

Bien que cohérent, le questionnement paraît large. Ce d'autant que nous aurons à cœur de faire vivre la multidisciplinarité, en convoquant, avec modestie et rigueur, les éclairages de la sociologie, de l'anthropologie, de la philosophie, de la psychologie et de l'éthique. Il ne s'agit évidemment pas de se réclamer de l'une ou d'autre de ces disciplines. C'est bien la réflexion d'un futur psychiatre qui est proposée. Toutefois, la démarche procède d'une conviction intime selon laquelle l'interdisciplinarité est une condition *sine qua non* à la souplesse du point de vue. Nous y aurons recours comme un pare-feu à l'opinion doctrinaire et à la rigidité de posture donc nous dirons les risques violents. Il nous faudra aussi soigneusement éviter l'écueil de la dispersion. Tout l'enjeu sera donc de resserrer le propos autour d'un tressage, fait des trois brins de la violence, de l'apprentissage et du soin. Nous identifierons pour cela les points d'accroches théoriques qui font que ces trois concepts s'interpénètrent, pour peu qu'on se dégage de tout réductionnisme. Il en est ainsi de l'appareil définitionnel de la violence qui, une fois diffracté de la manière que nous avons proposée, laisse entrevoir un spectre de notions croisant directement les enjeux de la psychiatrie et de son apprentissage : agressivité, contrainte, pouvoir, assujettissement, ordre, domination, vulnérabilité, norme, dangerosité, risque. En outre, le moment de l'apprentissage, et en particulier de l'apprentissage professionnalisant, est au point de convergence du soin et de la théorie psychiatrique qu'il met sans cesse en demeure de se redire, de se

renouveler, de se souvenir de ses racines et de questionner son statut épistémologique, mais aussi de la violence, qu'il s'agisse de la violence du soin, ou de celle de l'apprentissage lui-même. Enfin, le soin psychiatrique pris au sens large recouvre à la fois une dimension technique et performative, mais également la notion du *prendre soin*, du souci de l'autre. Il fait spontanément apparaître le malade à qui la violence est susceptible de s'appliquer, et dont le rôle est d'une importance complexe et singulière dans le parcours de l'apprenant.

Afin de répondre à l'exigence d'interdisciplinarité, notre réflexion s'est d'abord nourrie de travaux – articles, essais, livres – issus des sciences médicales, mais aussi des sciences humaines et sociales. S'agissant de proposer des pistes d'élaboration critique bien davantage qu'une revue de la question, notre recherche bibliographique a principalement été guidée par la pertinence de la pensée des auteurs auxquels nous avons fait appel eu égard à notre projet, plutôt que par un souci d'exhaustivité, ici sans objet. Il nous faut mentionner que cette thèse est aussi le fruit de rencontres avec des penseurs, chercheurs et cliniciens qui tous ont orienté, alimenté et guidé notre cheminement. L'une d'entre elle mérite une mention particulière dans la mesure où elle a expressément été organisée dans le cadre de nos travaux. Le psychiatre et psychanalyste Guy Baillon a ainsi accepté de nous recevoir, pour un entretien libre que nous avons pris soin d'enregistrer et de retranscrire. Cet entretien nous a été précieux, car il nous a offert un rapport au savoir et à la pensée critique plus dynamique, interactif et, partant, plus fécond que ce à quoi les écrits nous habituent. Par ailleurs, compte-tenu des interrogations sociales et anthropologiques qui nous ont animé, il nous est apparu indispensable de faire vivre la plurivocité chère à ces disciplines, afin de nous dégager de la posture rigide et distanciée de l'expert. Les supports médiatiques et culturels ont donc été accueillis et intégrés avec le même intérêt et sérieux que les documents émanant des sociétés savantes, pour peu qu'ils nous permettaient de progresser dans notre réflexion. Enfin, compte-tenu de notre postulat selon lequel le vécu intime des apprenants permettrait de mettre au jour des violences auxquelles un regard purement objectif et/ou initié serait aveugle, notre méthodologie se devait de donner sa juste place, sans *a priori*, ni manœuvre de disqualification, à des points de vue profanes ou semi-profanes à la subjectivité assumée. Pour cela, nous avons choisi comme support la forme particulière de discours que constitue le récit, duquel les

sociologues et les anthropologues sont familiers. Quatre sources ont été explorées en ce sens. [1] Les billets de blogs traitant du soin en santé mentale et tenus par des apprenants, [2] Les expériences de stages qui nous ont été relayées par des collègues et ami(e)s. Notons que les récits qui ont été partagés dans ce cadre ne l'ont pas été sur sollicitation expresse, mais de façon spontanée. Ils ont été intégrés à notre travail avec l'autorisation de leurs auteurs, sous réserve d'anonymisation. [3] Nos propres expériences de stage. En effet, nous n'aurions raisonnablement pas pu traiter du sujet de l'apprentissage du soin en psychiatrie en faisant mine d'y être extérieur. Au même titre que n'importe quel apprenant, nous soutenons que nous avons pu avoir été, au gré de nos stages d'externe puis d'interne en psychiatre, une plaque sensible sur laquelle la violence du soin s'est inscrite. Une fois toute méfiance quant à notre propre subjectivité levée, nous avons tâché de mettre à profit la richesse d'être au contact de nos vécus intimes à travers une restitution authentique doublée d'une analyse rigoureuse. [4] Les récits et opinions d'un jeune homme interne en psychiatrie en début de cursus (premier semestre) et d'une femme médecin psychiatre confirmée (12 ans d'expérience, internat compris), recueillis au moyen d'entretiens semi-structurés menés par téléphone. Les deux participants ont été choisis pour explorer les deux pôles du début et de fin de l'apprentissage du métier de psychiatre. Comme il s'agissait de s'intéresser au regard singulier de l'un et de l'autre, d'apercevoir comment la singularité toute subjective de ces regards là pouvaient capter les processus violents avec lesquels ils ont eu l'impression d'être aux prises, nous n'avons évidemment pas visé la représentativité. Enfin, pour éviter tout biais dans les réponses produites, l'interne et le psychiatre ont été choisis et contactés par un informateur-relais, de telle sorte que nous ne puissions avoir avec eux aucun lien professionnel direct ou indirect. Le guide de l'entretien figure en **Annexe**.

Le tressage notionnel que nous avons évoqué plus haut, nous le tiendrons comme un fil d'Ariane pour explorer, sans se perdre, trois des grands enjeux de l'apprentissage du soin en psychiatrie. Il s'agira d'abord d'interroger le rapport dynamique de l'apprenant à un système théorique auquel il doit se référer, étant acquis que ce système a pour particularité d'avoir la double vocation d'éclairer une pratique, mais aussi d'être enseigné. En cela, nous tâcherons de comprendre comment l'apprenant est susceptible de faire apparaître ce que la discipline

psychiatrique, en tant que telle, pourvoit de violences dans sa constitution, sa mobilisation, son usage ou son contenu (**Partie 1**). Bien entendu, l'apprentissage d'un interne ne saurait être réduit à l'acquisition et à la juxtaposition d'une masse de connaissances théoriques. Au delà du savoir, il y a le savoir-faire et le savoir être. L'interne doit assumer l'entière complexité d'un processus de formation qui, à chaque instant, l'engage, l'interroge, le sollicite et le mobilise en tant que sujet. Tandis que la démarche de soin requiert de lui de s'exposer aux périls d'une intersubjectivité fragile, la construction de son identité professionnelle et l'accès aux responsabilités le confronte aux jeux subtils de l'identification et de l'autonomisation. Deuxième enjeu majeur pour lequel nous profiterons de l'expérience complexe de l'apprenant pour faire émerger ce que l'attention, ou au contraire la négligence de la subjectivité dans la pratique du soin psychiatrique peut receler de violent (**Partie 2**). Enfin, nous avons décidé de consacrer une attention toute particulière à la pratique de la contention. Au sein du soin psychiatrique, elle occupe en effet une place singulière, propre à la discipline, jusqu'à en devenir (à tort ou à raison) un emblème, ou du moins à générer des débats emblématiques. En outre, les tensions éthiques auxquelles elle confronte sont multiples et complexes. En écho de ces tensions, il n'est pas rare que les internes témoignent d'un certain malaise à pratiquer ou voir pratiquer la contention. Il faut dire qu'elle les oblige à interroger les notions centrales de consentement, de responsabilité pour autrui et leurs limites, mais également à assumer une position de pouvoir dans la relation à l'autre. C'est sur ce vécu que nous nous appuierons pour tenter de dégager, dans l'intrication des enjeux explicites et larvés de la contention et plus généralement de la contrainte, la part des violences évitables et celles des violences non nécessaires, voire réellement déviantes (**Partie 3**).

## **PARTIE 1. APPRENDRE UNE DISCIPLINE**

# 1. L'apprentissage de la sémiologie

Que la sémiologie s'enseigne très précocement dans les études de médecine, du moins dans le système français, n'a rien du surprenant. Au même titre que l'anatomie ou la physiologie, elle appartient aux prérequis fondamentaux sur la base desquels l'édifice du savoir pourra s'ériger. Il faut à l'étudiant se l'approprier parfaitement, en faire un réflexe, une assise implicite à laquelle il sera toujours possible de se référer. Une fois cette sorte de solfège de la médecine assimilé, l'étudiant pourra articuler avec plus d'aisance ses connaissances, donc en élargir le champ, et finalement les composer en un savoir plus complexe et plus intégré. Le processus par lequel l'étudiant en médecine devient sémiologue, nous prendrons le soin de l'explorer, tant il nous semble qu'il s'agit d'un renversement de paradigme qui le déterminera dans son appréhension du malade et de la maladie, et donc de sa pratique. Il nous semble également que nous ne pouvons faire l'économie de ce détour pour comprendre le rapport – potentiellement violent – qu'entretient l'interne en psychiatrie avec le savoir, l'objet de son savoir et l'objet de sa pratique.

Ce qui fait revêtir à la sémiologie son caractère fondamental est sans doute à comprendre à travers un double niveau d'apprentissage.

## 1.1. La sémiologie comme une consignation : fondements

Un premier niveau, que l'on pourrait considérer comme élémentaire, consiste à apprendre la méthode de recueil du matériel clinique, et celle par laquelle ce recueil peut être optimisé et rendu exploitable. L'étudiant, renvoyé aux principes fondateurs de la médecine hippocratique, apprend la rigueur et l'attention avec lesquelles se mène l'observation d'un corps, la restructuration qu'appelle un discours, la systématisation comme garante de l'exhaustivité ou de la validité d'un examen. En ce sens, l'apprentissage de la sémiologie se double de la nécessaire acquisition d'une sémantique nouvelle : le vocabulaire s'accroît de nombreux termes inconnus des profanes, dont les consonances latines ou grecques semblent faire la noblesse. Le champ des notions et des observables appréhendés par l'étudiant s'en trouve à la fois élargi et considérablement remanié. Par cette conquête sémantique des réalités du corps, des mouvements, des bruits, des formes, des odeurs qu'il négligeait

auparavant ou qui lui étaient inapparents, deviennent remarquables du simple fait qu'ils prennent un nom. Ce nom qui leur est dédié les fait exister ou les extrait du monde du trivial pour les inscrire dans celui du médical. L'anodin tend à disparaître. Potentiellement, le corps du patient est entièrement significatif d'être – activement et systématiquement – exploré (inspection, palpation, percussion, auscultation). Ce corps, transformé en objet d'étude, devient totalement informatif au regard d'une science qui est en train de s'apprendre. L'étudiant en médecine, privé, au moins initialement, d'un savoir organisateur, s'efforce de consigner chaque détail de ce qu'il doit décrire fidèlement. Tout peut être relevé, y compris ce que la pudeur voudrait rendre anodin, y compris ce que celui qui l'habite voudrait ou pourrait considérer comme un détail. Tout relever, et possiblement négliger la présence du patient à distinguer ce qui a de l'importance de ce qui est, pour lui, négligeable. Le corps devient saturé d'informations, et l'étudiant, à la façon d'un détective (ses tuteurs lui recommande parfois de mener des interrogatoires « policiers »), s'exerce à en glaner le plus grand nombre, fut-ce à l'insu du malade. L'exhaustivité est requise, car avant qu'il n'en maîtrise l'interprétation, les informations sont d'égale valeur. Entrant dans le champ de la description, elles perdent la pondération que leur donnait l'angoisse, le sentiment d'urgence ou la souffrance du malade. Passé au crible de l'examen méticuleux, le corps livre un matériel clinique foisonnant et nivelé. Dans ce matériel, l'étudiant n'y met initialement bon ordre qu'en vue de le rendre pleinement exploitable. Aussi, le temps de l'apprentissage de la sémiologie est aussi le temps de la rédaction des premières observations. L'étudiant apprend à dégrossir et remanier ce qui a été extrait du corps. Il apprend à ranger les symptômes appareil par appareil, à discerner ce qui relève de l'anamnèse, des signes fonctionnels ou des signes physiques. En structurant les données par des regroupements stéréotypés, il apprend à dépeindre le patient sous la forme d'un objet clinique disponible à un nouvel exercice : celui de l'interprétation.

## **1.2. La sémiologie comme une herméneutique : renversement de paradigme**

En effet, l'entreprise sémiologique n'est en rien superposable à la démarche que nous venons de décrire et qui pourrait être qualifiée de naturaliste. La différence fondamentale qui existe entre l'une et l'autre constitue le second niveau

d'apprentissage. Au delà de l'acquisition d'une méthode de recueil d'informations, découvrir la sémiologie, c'est aussi faire l'apprentissage fondamental (en fait, le méta-apprentissage) qu'une signification peut être, voire, doit être associée à chacune de ces informations. Ce que l'étudiant sait maintenant si bien décrire, il faut qu'il apprenne aussitôt à s'en détacher, comprenant qu'une toux, une fatigue ou une rougeur de la peau ne vaut pas « en soi », mais « vaut pour ». La découverte des valeurs du *signe* et du *symptôme*, notions-pivot de la sémiologie, scelle en cela, et de façon décisive, l'accès à une dimension nouvelle. L'étudiant ne peut plus se contenter de s'attacher à décrire la factualité du signe qu'il perçoit, mais doit tenter de démasquer ce que vient révéler ce signe. Reconnaître la valeur symptomatique à une douleur, c'est implicitement accepter que cette douleur soit le symptôme de quelque chose. Apprendre qu'une contracture abdominale peut être qualifiée de signe clinique, c'est aussi laisser entendre qu'il y a quelque chose d'inconnu que cette contracture vient signer. Quelque chose qu'il faut s'atteler à découvrir. Bernard Høerni propose ainsi une description synthétique de la fonction du médecin (16) :

« Il peut alors jouer son rôle d'herméneute, pour interpréter symptômes et signes que lui présente le patient, en déduire un diagnostic et une indication thérapeutique. Placé devant des indices qui perturbent la personne venant consulter, il lui revient de les recueillir en les triant selon leur signification [...]. Détective, herméneute, thérapeute, c'est une triple fonction qui lui revient, dont les différents éléments se tiennent de façon cohérente, pour laquelle il saura être attentif, mettre en jeu son savoir, réfléchir avant d'agir. »

### 1.2.1. Introduction au raisonnement hypothético-déductif

Si la découverte de la médecine comme une herméneutique nous semble constituer un véritable renversement de paradigme, c'est d'abord qu'elle introduit l'étudiant aux subtilités de l'abord de son objet d'étude et change sa position par rapport à lui. En effet, s'il faut systématiquement dégager un sens aux manifestations corporelles, ce sens n'est ni offert, ni univoque. L'étudiant doit composer avec une incertitude, tâcher de la réduire mais garder à l'esprit qu'elle ne sera jamais tout à fait réductible. Comme chaque signe est potentiellement polysémique, c'est un travail

d'hypothétisation qui s'inaugure : « Cette douleur, vient-elle révéler un infarctus du myocarde ou une dissection de l'aorte ? ». Son regard s'en trouvera transformé, passant du registre passif-descriptif, à celui d'actif-interprétatif. En effet, les hypothèses qu'il pourra générer à partir de ses connaissances grandissantes et en appui sur ses observations viendront, en retour, moduler sa perception des autres signes clinique et orienter son exploration. Son travail d'interprétation ne visera plus à générer de nouvelles hypothèses, mais plutôt à valider ou à invalider celles qui ont déjà été émises. Pour ce faire, l'apprenti clinicien s'appliquera à une relecture orientée des signes et symptômes, tâchant d'y trouver les congruences de signification pour en dégager un « tableau clinique » cohérent. À ce titre, dégager du sens, c'est aussi apposer du sens à partir de ses connaissances. En réalité, à mesure que la démarche clinique s'intériorise, les trois mouvements que nous avons artificiellement distingués en trois temps successifs (collecte des signes et symptômes, genèse d'hypothèses sur leur sens à partir de leur observation et attribution ou ajustement, en retour, d'un sens aux symptômes à la lumière des hypothèses générées) s'intriquent et deviennent indissociables. Depuis la position de naturaliste, l'étudiant entre dans le champ du diagnostic, véritable pilier de sa pratique future. Pour dégager la connaissance (*γνώσις*) qui traverserait (*διὰ*) l'ensemble des symptômes, l'étudiant doit se rompre au perpétuel aller-retour entre inférence (« Au vu de la nature de douleur, il s'agit probablement d'un infarctus du myocarde ») et déduction (« S'il s'agit d'un infarctus du myocarde, alors je devrais pouvoir retrouver des formes typiques d'irradiation de la douleur que j'ai apprises »). Aller-retour par lequel le sens des symptômes s'élabore (« Cette douleur du poignet que le patient m'avait initialement décrite, il est probable qu'il s'agisse en réalité d'une douleur irradiée liée à un infarctus du myocarde »). L'art du diagnostic est bien là. Quand les observations sont guidées par les hypothèses et les hypothèses générées à partir des observations, la tâche périlleuse consiste à trouver un juste équilibre dans la confiance que l'on accorde à ces dites hypothèses. En effet, si aucun crédit n'est accordée à l'hypothèse générée, alors celle-ci, annulée d'emblée par son improbabilité, cesse d'exister. Autrement dit, l'excès de doute stérilise le travail d'interprétation, et fait avorter la démarche diagnostique. Au contraire – et c'est là un écueil sur lequel nous reviendrons à la **Partie 2, Section 3.2.3** – si le clinicien attribue une confiance excessive en son hypothèse, celle-là se mue en certitude inflexible. Les symptômes observés ne peuvent alors être interprétés que

de manière univoque, quand bien même cette interprétation serait peu plausible. D'apposition de sens, le clinicien glisse à l'imposition du sens, un sens qui validera nécessairement une croyance intangible, confinant à ce que Pierre Bourdieu décrit en termes de violence symbolique (17). Ainsi, l'insuffisance du doute crée un système d'interprétation vicieux et autovalidant qui se fait au dépend, voire au détriment du patient. Rappelons que nous avons décrit là deux extrêmes et que la position de clinicien, chez un même médecin ou d'un médecin à l'autre, est susceptible d'osciller entre l'un et l'autre. Mais s'il existe un continuum entre l'absence et l'imposition de sens, et si l'on considère que ces deux extrêmes sont potentiellement violents, il devient inévitable de s'interroger : la violence n'existe-t-elle que dans ces formes extrêmes où le sens des signes et symptômes serait entièrement « subtilisé » au patient dans un mouvement de « forçage » symbolique, ou existe-t-il un degré de violence symbolique, même atténuée, inhérente à la démarche diagnostique ?

### **1.2.2. Introduction au domaine étiologique**

Par une lecture en négatif, il est maintenant aisé de déceler dans ce qui précède l'autre raison pour laquelle l'étudiant se situe à un point de rupture initiatique lorsqu'il se découvre herméneute. Car si le travail d'interprétation existe, si la médecine ne peut pas se contenter du descriptif, c'est qu'il y a quelque chose qui se dérobe à la description, quelque chose qui n'est pas directement accessible. Dans la démarche diagnostique, les efforts d'exploration et d'interprétation convergent vers l'objectif, jamais tout à fait atteint, de mettre au jour ce qui se trame en deçà de la plainte du patient et en deçà de ses manifestations corporelles. Le détective et l'herméneute auxquels fait référence Bernard Hoerni ont pour point commun de s'attacher à révéler cet état secret du corps dont ils ne peuvent que percevoir la trace indirecte. Les signes et symptômes ne comptent pas pour le détective. Seule compte leur cause cachée qui ne dit sa présence qu'à travers eux, médiatement. Tant la sémiologie se dévoile comme un art de l'interprétation, tant elle dévoile la médecine comme une science du cryptique. Tout l'effort consiste à deviner – en somme, à parier sur – la cause de la souffrance, et à la deviner suffisamment bien pour lui appliquer la thérapeutique la plus appropriée. Remarquons qu'à mesure qu'il s'initie à cette logique de la cause, cette étio-logie, l'étudiant découvre l'immensité des

modes par lequel le corps peut se dégrader ou être abîmé. Par la bactériologie, l'immunologie, l'histologie, la biologie cellulaire – autant de cours contemporains à la sémiologie – c'est un monde de causes potentielles à la maladie qui s'ouvre à lui. À la façon de l'adolescent pour lequel Piaget décrit un renversement par lequel le réel se subordonne au potentiel (18), l'étudiant en médecine apprend de ses cours de sémiologie que les réalités du corps se subordonnent aux causes possibles de sa mise à mal, causes qui lui resteront, au lit du patient, toujours occultes. À travers l'étiologie, la sémiologie met en articulation les signes et symptômes avec des altérations primitives qui restent cryptiques. C'est là le premier niveau, fondamental et irréductible, de l'inconnu étiologique.

## 2. L'idéal étiologique

### 2.1. Son pouvoir diagnostique

Ce point de focalisation sur l'étiologie possible ou probable (et le détachement progressif du corps pris pour lui-même qui est son corollaire) est d'autant plus primordial pour l'étudiant qu'il est une condition nécessaire, non seulement à l'établissement du diagnostic, mais aussi à son existence même. Autrement dit, c'est à un double niveau logique que l'étiologie s'impose comme une notion fondatrice et structurante.

Dans la pratique clinique, c'est à dire au lit du patient, l'étiologie s'impose comme un point de mire dont il faut se rapprocher. En toile de fond de la question diagnostique obsédante « De quelle maladie souffre-t-il ? » figure toujours la question étiologique : « Quelle est *la* cause qui peut le mieux expliquer l'ensemble des symptômes observés ? » Quand le travail d'inférence et de déduction que nous avons décrit plus haut est insuffisant à affirmer avec certitude « il souffre de *telle* maladie », c'est la révélation, même potentielle, de la réalité de l'étiologie qui permettra, en dernière instance, de valider le diagnostic : « il souffre de *telle* maladie, parce qu'on on peut/va révéler la cause que nous supposons être la plus probable à ses symptômes ». C'est tout le sens des examens paracliniques. Au prix d'un degré d'effraction nécessairement croissant, ils permettent, par un recours hiérarchisé, de

s'affranchir toujours plus de la spéculation pour faire apparaître, de façon toujours plus directe, la réalité de la cause du trouble. Si l'on prend pour exemple le cancer, la radiographie, le scanner ou l'imagerie par résonance magnétique permettent de rendre plus probable la malignité par le simple fait qu'ils font apparaître l'invisible : la masse palpée est mal circonscrite, elle est infiltrante et invasive. Cependant, ces examens ne révélant au final que des signes radiologiques, ils n'en demandent pas moins un certain degré d'interprétation. Le diagnostic de certitude ne sera posé qu'à travers l'examen anatomo-pathologique d'un produit de biopsie, c'est à dire par la mise en évidence directe de la cellule cancéreuse. Bien sûr, l'établissement d'un diagnostic n'exige pas toujours la mise en évidence effective de l'étiologie. Le recours aux examens paracliniques, a fortiori invasifs, est loin d'être systématique. Le médecin peut, voire doit, travailler en composant avec un certain degré d'incertitude quant au diagnostic. Il s'agit d'un compromis que rendent le plus souvent nécessaires les soucis de praticité, de proportionnalité ou de non malfaisance. Mais on peut supposer que médecin et patient n'acceptent ce compromis sans trop opposer de résistance que parce qu'il existe la possibilité, au moins hypothétiquement, de mettre en évidence l'étiologie du trouble. L'étiologie fait autorité. Elle parle de soi et s'impose au delà même du médecin. Elle permet d'affirmer non seulement le diagnostic, mais aussi l'erreur diagnostique. L'existence de l'étiologie, à laquelle il est possible de se référer en dernière instance, conforte la notion même de diagnostic. C'est à tel point que les signes et symptômes s'y soumettent et s'organisent dans un nouvel ordre de pertinence, fonction de la façon dont il tracent leur cause : le signe sensible sera celui qui signera souvent l'altération primitive. Le signe spécifique, celui qui la signera elle à l'exclusion des autres. Le signe pathognomonique – Graal de l'examen clinique –, celui qui, tout à fait monosémique, la liera directement et de façon univoque à son expression clinique.

L'étude des rapports qui se nouent dans l'esprit de l'étudiant entre diagnostic et étiologie serait incomplète si l'on omettait l'apprentissage épistémologique implicite que portent les premières années de médecine. En effet, apprendre l'art du diagnostic et de la démarche clinique impose à l'étudiant de maîtriser et manipuler un grand nombre de maladies comme autant d'entités dont la pertinence n'est qu'exceptionnellement remise en question. Dans les manuels, chaque maladie est décrite par sa cause (souvent dès les premières lignes), son épidémiologie, son

diagnostic et sa thérapeutique. Mais l'étudiant, n'ayant de choix que de constater l'inconstance et la fragilité des trois dernières caractéristiques, doit admettre que l'étiologie est la seule portion irréductible dans l'identification du trouble. Autrement dit, il intègre que toute maladie se définit, *in fine*, par son étiologie : l'infarctus du myocarde par la nécrose du cœur qu'occasionne l'obstruction d'une artère, la pneumonie par la prolifération d'un germe qui infecte le poumon, le cancer par la multiplication de cellules malignes. Une douleur thoracique, même constrictive, en barre, irradiant au cou et au poignet, apparaissant à l'effort et disparaissant au repos, ne sera jamais plus qu'un syndrome coronarien. Le diagnostic exige que l'artère soit bouchée et le muscle cardiaque nécrosé. C'est à travers le critère de l'étiologie que se fonde et se structure la nosographie médicale. Le fait que la circonscription du territoire diagnostic soit imposé comme une évidence aux étudiants, que sa légitimité ne soit quasi jamais mise en doute, témoigne de la solidité de l'ancrage nosographique.

## **2.2. Son pouvoir délinéatoire**

### **2.2.1. L'étiologie dessine les contours des territoires nosographiques**

L'étiologie, prise comme une notion binaire, délimite les contours de la nosographie médicale en ce qu'elle atteste de la présence du trouble. Le recours à cet instrument puissant serait séduisant pour résoudre la question du normal et du pathologique. Il y aurait pathologie là où on retrouverait l'étiologie. Il y aurait normalité là où l'étiologie serait absente. Tout du moins, les plaintes somatiques (douleur, fatigue, constipation, etc.) pour lesquelles les explorations ne retiennent aucune cause « organique » identifiable sont souvent entachées de doutes quant à la véracité de la plainte, la sincérité du patient, voire, quant à son intention. Lorsqu'elles ne sont pas suspectées d'être une forme de normalité qui ne s'assumerait pas, cette « symptomatologie fonctionnelle » est souvent reléguée dans le champ de la psychologie ou de la psychiatrie. Aussi, plutôt que de trancher de façon décisive entre normal et pathologique, l'étiologie décide de ce qui relève ou non de la maladie. Comme l'étiologie fait partie intégrante de sa définition, en son absence, point de maladie. Et peu importe que le domaine de la non-maladie, définition en négatif par excellence, soit indistinct : s'agit-il de normalité, de duperie,

de « fonctionnalité » ? Y a-t-il à s'en occuper ? Si oui, qui, et comment ? Le questionnement fait souvent l'objet d'une certaine perplexité de la part des médecins qui s'accommodent pour la plupart assez mal de ce non-champ. Le cœur noble de la médecine est constitué de la maladie. Sa pleine et traditionnelle compétence s'applique sur le territoire nosographique, territoire dont l'étiologie trace les contours.

### **2.2.2. Les étiologies structurent les provinces des territoires nosographiques**

Si l'étiologie contribue largement à délimiter le champ nosographique, les étiologies, dans leur diversité, en permettent la structuration. En effet, la subdivision par laquelle est pensé, élaboré, appliqué et enseigné le savoir médical suit, en grande partie, le principe de la segmentation étiologique. Les recherches portent sur les « maladies neurodégénératives » ou sur les « affections dysimmunitaires ». Les étudiants en médecine, dès leur 4<sup>ème</sup> année d'étude, apprennent dans leur livre « d'infectiologie », compulsent les chapitres « troubles du rythme » ou « maladies athéromateuses » de leur manuel de cardiologie. La plupart des disciplines médicales, elles-mêmes, se subordonnent à cette logique en définissant leur objet sur la base de l'organe affecté (l'organe étiologique). Certaines se déterminent même directement à partir de la source de l'affection : il en est ainsi, par exemple, de la traumatologie. En outre, la force organisatrice des étiologies opère sur la nosographie à différents niveaux en fonction de leur qualité. À chaque affection-source son district nosographique. Plus cette affection-source sera largement envisagée, plus large sera le regroupement de maladies qu'elle embrassera. Une fois de plus, la discipline cardiologique nous servira d'exemple : les « maladies athéromateuses », caractérisées de façon générale par la lésion ou l'obstruction d'une artère par le cholestérol, regroupent diverses pathologies comme l'infarctus du myocarde, l'artérite oblitérante des membres inférieurs, ou l'anévrisme de l'aorte abdominale. Au contraire, plus la cause se fera précise, plus la maladie qui s'y rapporte apparaîtra comme une entité distincte. Ainsi, si l'on veut individualiser seul l'infarctus myocardique, il faudra nécessairement invoquer sa cause précise et complète : obstruction d'une artère coronaire par une plaque de cholestérol induisant une nécrose du tissu cardiaque. Aussi, si l'étiologie est une condition nécessaire à l'existence de la notion de maladie, les étiologies, finement identifiées, permettent de

distinguer *les maladies* dans leur singularité. Elles leur donnent leur consistance et leur légitimité. Grâce au principe *des étiologies*, et lorsque celui-ci est suffisamment opérant, la carte des territoires nosographiques devient propre, les recouvrements sont minimisés et les frontières clarifiées. L'organisation du savoir nosographique devient alors suffisamment solide pour qu'il n'y ait pas à en contester le bien-fondé. Dégagé de ces doutes épistémologiques, le savoir peut sereinement s'échafauder et nourrir la pratique clinique.

### 2.3. Propriétés d'une étiologie idéale

Dans une conception organiste, performative et scientifique de la médecine, l'étiologie idéale devrait l'être aux deux niveaux logiques que nous avons décrits : elle devrait répondre dans le même temps aux attentes des praticiens (au niveau clinique) et à celles des chercheurs et théoriciens (au niveau épistémologique). Pour répondre aux attentes des premiers, l'étiologie devrait se laisser capturer, au moins potentiellement, au terme de l'exploration diagnostique. Se laisser capturer suffisamment aisément pour que le clinicien puisse accéder, si nécessaire, et, au besoin, à l'aide d'examens invasifs, à cette ultime instance de véridiction. Dans le même temps, ne pas se laisser trop aisément capturer, car le travail d'enquête fait aussi le sel du travail clinique : la qualité d'un médecin se mesurerait, entre autre, à sa capacité à poser avec certitude un diagnostic difficile. En outre, l'étiologie idéale devrait être accessible à un traitement, c'est à dire potentiellement éradiquée par lui. De la sorte, la fonction noble de thérapeute pourrait s'exercer dans toute sa puissance en s'accomplissant dans la guérison du malade. Pour ce faire, l'étiologie idéale devrait être unique et objectivable, les rapports qu'elle entretient avec les signes et symptômes devraient être précis et identifiables et la façon de la neutraliser ou de l'éliminer connue. Au plan épistémologique, l'étiologie idéale serait celle qui aurait le plus fort pouvoir structurant pour la nosographie. Nous l'avons vu, cela lui imposerait d'être parfaitement circonscrite et toujours plus précise, c'est à dire toujours plus en amont de la chaîne des causalités morbides : pas simplement une auto-immunité, mais la sécrétion par telle cellule de tel auto-anticorps, puis, plus en amont, la dérégulation de telle enzyme responsable de cette sécrétion, puis, plus en amont, la modification de la configuration spatiale de telle molécule responsable de cette dérégulation, et ainsi de suite. Pour synthétiser, il est possible de d'envisager

les études médicales, telles quelles sont pensées aujourd'hui, comme tendant à exiger de l'étudiant qu'il tisse son savoir pratique et théorique sur une trame que structure le fantasme (au sens de représentation imaginaire tantôt désirée, tantôt redoutée) d'une étiologie idéale : une étiologie unique, circonscrite, précise et objectivable, disponible à la révélation et à la thérapeutique.

## **2.4. L'entrée en psychiatrie comme remise en question de l'idéal théorique**

Le détour conséquent que nous avons effectué pourrait paraître hors propos dans une étude sur la violence la discipline particulière qu'est la psychiatrie. Pourtant, c'est à dessein que nous nous y sommes astreints et il nous semble qu'il était indispensable à notre démonstration. D'abord parce qu'avant d'être apprenant en psychiatrie, l'interne a été apprenant en médecine. Plus qu'un socle de connaissances, ces six années de cours et de stage auront radicalement transformé, puis façonné son rapport à l'Autre<sup>1</sup>, devenu objet d'étude et sujet de soin. Les enseignements qu'il aura reçus, les apprentissages explicites et implicites que nous lui avons décrits se seront inscrits avec force dans son identité même. Surtout, son rapport au savoir s'en sera trouvé modelé selon certains principes et règles qu'il aura incorporés. Au moment de débiter son internat, comment imaginer que l'étudiant puisse soudainement s'abstraire d'un regard, d'un langage, d'une pensée qui ont été façonnés, travaillés, transformés par les études de médecine ? À moins de se défaire tout à fait de ce qu'il est, l'interne en psychiatrie ne saurait se dépouiller de l'étudiant en médecine qu'il a été. Toutefois, nous ne pouvons pas nier que l'entrée en psychiatrie représente, à plus d'un titre, une rupture franche avec l'externat. C'est même là tout notre propos. Nous avons traité de l'évolution et de la structuration du rapport de l'étudiant en médecine avec le savoir pour que s'impose, par effet de contraste, le bouleversement théorique et épistémologique auquel l'interne en psychiatrie doit faire face. Dès lors, la violence théorique est susceptible de se dégager de deux types de circonstances. Soit que les prolongements de l'apprentissage épistémologique de l'étudiant en médecine entrent en conflit avec les particularités de la théorie psychiatrique et de son objet. Auquel cas, c'est

---

<sup>1</sup> Dans cette thèse, « l'Autre » désignera l'incarnation ou la figure de l'altérité, sans présupposé théorique particulier.

l'application stéréotypée et injuste d'un modèle antérieurement acquis qui est potentiellement pourvoyeuse de violence. Soit que le nouveau rapport au savoir qu'il y a à construire et à s'approprier est lui-même potentiellement pourvoyeur de violences. C'est ce que nous voulons développer maintenant.

### **3. L'inconnu étiologique**

#### **3.1. Des perplexités**

##### **3.1.1. Perplexité nosographique**

Dès ses premiers entretiens, dès ses premières synthèses cliniques, dès ses premières lectures, l'étudiant en médecine devenu interne en psychiatrie, a de quoi être déstabilisé. Non pas tant parce que le corpus de connaissances qu'il découvre diffère singulièrement de ce dont il avait l'habitude, mais plutôt parce que le squelette sur lequel il avait jusqu'alors bâti son savoir se retrouve brutalement fragilisé. Entendre les médecins débattre, avec plus ou moins d'énergie, non seulement des hypothèses diagnostiques, mais surtout de la légitimité de ces mêmes diagnostics, le plonge dans un doute nouveau, à la fois fragilisant et potentialisant. Rien d'anodin, par exemple, à découvrir la théorie d'Akiskal selon laquelle la personnalité état-limite appartiendrait au spectre des troubles bipolaires (19). L'étudiant y voit se rompre une certitude qu'il tenait pour évidente : les diagnostics qu'il avait appris à poser durant ses études étaient entièrement disponibles à son travail d'hypothétisation, entités solides, certaines et distinctes. Brutalement, la psychiatrie lui montre que l'existence même de certains diagnostics peut faire l'objet de théories, de supputations ou de contestations. Ce registre de discussion, nouvellement mis au jour, fait émerger des questionnements épistémologiques qui étaient restés latents. Si on peut imaginer, ne serait-ce qu'un instant, que l'individualisation de l'entité « personnalité état-limite » soit contestée, pourquoi celui d'infarctus du myocarde, de cancer du rein ou de glaucome devraient être épargnés ? Diffusé de façon rétrograde, le doute incite à une relecture fragilisante des années d'apprentissage passées (« Quels sont ces diagnostics que j'ai acceptés comme allant de soi ? »), jusqu'à menacer les assises du savoir déjà constitué (« Que vaut ce que je sais si l'assise de ce savoir se

dérobe ? »). Projeté de façon antérograde, ce même doute jette les bases d'un apprentissage d'un type nouveau et préfigure les enjeux de cet apprentissage : « Comment gérer le fait qu'à l'évidence, je ne pourrais plus tenir pour acquise la légitimité des diagnostics que je manipule ? ». Les expériences de rupture épistémiques que constituent certaines discussions théoriques pourraient être mises en lien avec d'autres expériences auxquelles l'interne est très tôt confronté dans sa pratique. Il en est ainsi, par exemple, de ces situations où la famille d'un patient souffrant de schizophrénie (quand ce n'est pas le patient lui-même), l'interroge, souvent très directement : « Et ce qu'il a (ce que j'ai), c'est à cause de quoi ? ». Sauf à esquiver la question en invoquant l'incertitude (stratégie finalement assez commune chez les psychiatres), le nouvel interne n'aura de choix que de se confronter à un problème qui se pose avec une acuité nouvelle : aucune cause ne lui permet de répondre pleinement et avec certitude à la question. En psychiatrie, l'apprenant fait l'expérience très concrète de la cause qui se dérobe, de l'inconnu étiologique.

### 3.1.2. Perplexité épistémologique

Il n'est pas anodin que l'avènement de la psychiatrie en tant que discipline médicale se soit fait par le truchement de la philosophie. Avec le *Traité médico-philosophique* de Pinel, il s'est d'abord agi de reconnaître la dignité de l'homme dans la figure du fou, avant même de le soumettre à l'entreprise médicale. Pour les premiers aliénistes, la recherche étiologique n'était que secondaire, tant chronologiquement que logiquement. Jacques Hochmann (3) relève ainsi les citations, à ce titre éclairantes, d'Esquirol (« Je raconte les faits tels que je les ai vus, j'ai rarement cherché à les expliquer ») et de Pinel, qui mettait en garde contre les « discussions vagues sur le siège de l'entendement et la nature de ses lésions diverses ». Aussi, contrairement à l'ophtalmologie, la cardiologie ou la néphrologie, la psychiatrie n'a pas pour vocation à entretenir un discours sur l'organe-source (elle n'est donc pas une étio-logie), mais elle partage avec la gériatrie et la pédiatrie le privilège d'être une discipline que fonde la démarche de soin (*ιατρός*), et en l'occurrence, de soins prodigués à l'âme (*ψυχή*). Pourtant, le livre synthétique d'Hochmann fait nettement apparaître que la psychiatrie s'est ensuite construite autour d'une obsession étiologique constamment mise en débat (3). Jan Goldstein

pose ce débat en terme de choix philosophique (2). D'un côté, les héritiers d'un certain organicisme, prenant successivement les figures du « matérialisme », du « positivisme », ou de la « physiologie », considèrent la maladie mentale comme une maladie du cerveau. Conséquence logique à une telle conception, de nombreux aliénistes et de nombreux médecins se sont attachés à mettre au jour *la* lésion dont l'expression prendrait les apparences de la folie. Il en a par exemple été ainsi de Bayle, véritable figure de proue, qui rattacha les conséquences psychiques de la « paralysie ascendante progressive » à un même processus morbide organique, *l'arachnitis chronique*. Citons également Morel qui fit de l'hérédité une lésion en soi, ou encore de Charcot, qui échoua à rendre compte de l'hystérie par la simple méthode anatomo-clinique. D'un autre côté, les psychistes (encore appelés « spiritualistes », « métaphysiciens » ou « psychologues ») s'appuient sur l'essence du traitement moral pinélien et préfèrent concevoir le psychisme comme un appareil, sinon indépendant, au moins irréductible à la substance cérébrale. De ce point de vue, dont descend en droite ligne la métapsychologie Freudienne, la question de l'étiologie se dégage de la matérialité du corps. Or, comme Goldstein le souligne, cette dialectique diversement rejouée entre psychisme et organicisme, entre monisme et dualisme, entre physiologie et psychologie, a en réalité eu pour enjeu principal la légitimité de l'appartenance de la psychiatrie au champ médical. En effet, tandis que le premier courant a longtemps été désigné comme seul digne de s'inscrire dans la démarche médicale, le second a souvent été tantôt relégué à la seule philosophie, tantôt discrédité comme un savoir profane.

À ce jour, force est de constater que trois siècles de recherche médicale n'auront pas suffi – sauf exception – à imputer la maladie mentale à une cause unique (ni même à un modèle causal unique). Pas plus d'étiologie organique circonscrite que de déterminisme psychique auquel arrimer quelconque tableau clinique, si stéréotypé soit-il (et ils le sont rarement). Il serait toutefois malhonnête d'affirmer la stagnation des connaissances en matière de facteurs et de processus corrélatifs et causaux. Bien au contraire, les progrès dans l'exploration des dysfonctionnements cérébraux ont été localement exponentiels, tenant d'une neuroscience toujours plus pointue, nourrie d'informatique, de biologie, de mathématiques, ou de sciences de l'ingénieur, et bénéficiant des dernières prouesses technologiques. Mais pour pointues qu'elles soient, ces connaissances

restent souvent circonscrites à des domaines exploratoires hyperspécialisés, épinglés dans un paysage épistémologique parcellisé. Et lorsque des modèles intégratifs sont proposés, leur complexité fait souvent obstacle à une validation directe et complète. Elle ne permet que rarement d'y reconnaître un *primum movens* unifiant. Aussi la dialectique étiologique évoquée plus haut s'est progressivement stabilisée en un modèle aussi tiède que quasi-consensuel, « bio-psycho-social ». Une dilution étiologique que la terminologie a acté en substituant la notion de « trouble » psychiatrique à celle de « maladie ». L'aporie étiologique est telle que Marie-Christine Hardy-Baylé propose à la psychiatrie de se dessaisir de son obsession pour l'épistémologie de la cause, dont les connaissances générées peinent à trouver une utilité pratique hormis celui (déjà noble) de servir le savoir, pour lui préférer une épistémologie de la pratique, davantage susceptible de nourrir les progrès thérapeutiques, et qui fait, d'après la professeure de psychiatrie, l'enjeu de son appartenance à la médecine (20).

## 3.2. Des insuffisances

### 3.2.1. Insuffisance à diagnostiquer

En psychiatrie, l'inconnu étiologique s'inscrit en contrepoint parfait de ce que serait l'étiologie idéale de la médecine moderne telle que nous l'avons décrite plus haut. Les caractéristiques qui rendaient opérante cette étiologie idéale, tant au niveau clinique qu'épistémologique, font toutes défaut en ce qui concerne la maladie mentale. Les modèles multifactoriels se substituent à l'unicité causale. Les espaces d'inconnus laissés par les divers systèmes explicatifs, par ailleurs souvent très hétérogènes, se laissent singulièrement voir. Au lit du patient, faute d'être précise, circonscrite et indentifiable, l'étiologie est inaccessible. Inaccessible d'abord à la révélation directe ou indirecte. La lésion ou l'altération objective, lorsqu'elle est mise en évidence par les examens complémentaires, éliminera le diagnostic de trouble mental *stricto sensu*. Dans la seule perspective psychiatrique, l'élimination du diagnostic différentiel (s'entend de la discipline différentielle qui aurait eu à prendre en charge ce diagnostic avec plus de légitimité) est même l'un des objectifs principaux de la prescription de ces examens complémentaires. Et s'il est possible d'éliminer les diagnostics différentiels, aucun diagnostic de certitude ne peut être

posé, car le recours à l'étiologie comme ultime instance de véridiction est impossible. L'étiologie n'est pas non plus accessible à une thérapeutique qui l'éradiquerait ou la neutraliserait. En témoigne le fait que les principaux traitements médicamenteux aujourd'hui utilisés (benzodiazépines, antidépresseurs, antipsychotiques) sont moins le fruit d'une recherche ciblée que de découvertes gouvernées par la sérendipité (21).

### **3.2.2. Insuffisance à délimiter**

Au plan épistémologique, l'inconnu étiologique grève singulièrement les possibilités de délimitations et de structuration de la nosographie psychiatrique. D'un régime binaire normal/pathologique, qui pouvait être aligné sur celui de l'absence/présence de l'étiologie lorsque cette dernière existait, l'inconnu étiologique fait se dissoudre la frontière de la maladie mentale dans le régime du continuum et de ses avatars : modèles dimensionnels, notions de spectre nosographique, travail définitionnel du caractère pathologique et recherche, souvent infructueuse, de consensus, etc. Faute d'une étiologie qui opérait déjà comme instance de véridiction, la distinction entre normal et pathologique perd de son évidence et devient un enjeu en soi. Or, cette distinction participe largement à régler le domaine de compétence de la psychiatrie, à jalonner son champ d'action et à décider des personnes qu'elle a à prendre en charge. Aussi, la projection du flou théorique entre normal et pathologique sur la pratique psychiatrique est très directe et constitue l'une des voies par lesquelles la discipline psychiatrique, lorsqu'elle manque d'humilité dans l'assomption de cette incertitude, peut devenir violente. Car on pourrait tout à fait imaginer un praticien ou un théoricien qui, manquant à son devoir éthique, s'affranchirait des réserves et de la prudence que l'incertitude impose, pour s'arroger le droit et le devoir de décider de qui est normal et qui ne l'est pas. Au gré des recompositions toutes personnelles (et souvent gouvernées par des convictions idéologiques) des frontières nosographiques, le risque violent serait l'exclusion par la psychiatrie de personnes ou de territoires dont elle aurait pu ou dû s'occuper, ou au contraire l'annexion de personnes ou de territoires qui auraient pu ou dû rester autonomes.

### 3.2.3. Insuffisance à structurer

En outre, si l'inconnu étiologique ne permet plus de délimiter avec netteté la nosographie psychiatrique dans sa périphérie, elle ne permet plus non plus un découpage franc de son territoire. Quels critères utiliser pour distinguer avec précision et certitude un trouble de la personnalité état-limite d'un trouble bipolaire ? Sur quoi se fonder pour discerner la maladie quand aucun état du corps, aucune lésion organique, aucun événement de vie ne signe de façon univoque une pathologie précise ? Ces questions résonnent d'autant plus que la complexité et l'impureté des tableaux cliniques rencontrés en pratiques – et qui désarçonnent d'ailleurs souvent les étudiants – est à la mesure de la pureté des descriptions livresques. Pour l'étudiant en psychiatrie, tout se passe comme sur une aquarelle délavée : il distingue globalement les couleurs mais se perd dans les dégradés qu'il découvre omniprésents. L'étiologie opérait sur plusieurs niveaux dans l'édifice nosographique. Sans elle, c'est tout le travail de catégorisation qui s'en trouve entaché. Les classes de maladies ont des contours meubles. Elles perdent ou gagnent des éléments au fil des nosographies successives. Pensons par exemple à la maladie maniaco-dépressive, qui, quittant le champ de la psychose, s'est vue rebaptiser trouble bipolaire. Pensons également à l'anxiété de séparation qui est entrée, depuis très récemment, dans le champ des troubles anxieux de l'adulte en quittant celui des troubles débutant spécifiquement dans l'enfance (22). Mais à force de tels remaniements, on en vient à douter tout à la fois de la légitimité des classes (comme en témoigne l'éclatement du champ des névroses) et des éléments de ces classes qui deviennent parfois classes eux-mêmes [comme les troubles obsessionnels compulsifs, qui appartenaient hier aux troubles anxieux (23) et constituent aujourd'hui un groupe de pathologies à part entière (22)]. Et déjà d'entrevoir la fragilité et les hésitations de la logique sous-jacente au dispositif épistémologique. Les erreurs, raccourcis ou approximations qui naîtraient spontanément d'une revendication sans critique de la valeur diagnostique, prise comme étendard d'une psychiatrie exclusivement médicale, feront le lit d'un maniement dangereux de ce même diagnostic : réducteur, essentialisant, excluant, total. De plus, de n'être pas ancrée à une étiologie tangible, chaque maladie psychiatrique court le risque d'être dévorée par les troubles limitrophes. Les ressemblances, les similarités, les zones de superpositions sont parfois telles que

plus rien n'est attribuable en propre à telle ou telle entité. C'est donc le concept même de maladie (lequel, rappelons-le, porte en lui la nécessité de l'étiologie) qui se trouve fragilisé. Télescopage des classes logiques, dissolution des catégories diagnostiques, fragilisation des entités nosographiques : l'inconnu étiologique est un péril autant qu'un défi qu'il s'agit de relever. Car faute de lui trouver un substitutif ou un palliatif, le risque est au renoncement, à l'abandon de la pratique du diagnostic, pourtant préalable et nécessaire à la pratique thérapeutique. C'est alors l'édifice nosographique, et avec lui la légitimité de la psychiatrie à se dire discipline médicale, qui tanguet et menace d'effondrement, laissant dans le désarroi ceux, souffrants, qui s'y réfèrent ou s'en remettent à elle.

### **3.3. Composer avec l'inconnu étiologique**

#### **3.3.1. Histoire d'une hésitation**

Contre le dérèglement spontané d'une nosographie qui n'est pas donnée d'emblée, les aliénistes et les psychiatres se sont efforcés, pendant près de trois siècles, de mettre bon ordre dans le champ des troubles qu'ils avaient à comprendre et à traiter. Condition de la scientification et de la médicalisation du soin du fou, la nécessité d'établir une typologie des différents visages de la folie s'est imposée dès la naissance de la discipline. Reste que les modalités par lesquelles cette systématisation a pu se constituer, puis progressivement et indéfiniment se remodeler, n'est pas univoque. En croisant un regard historique et un regard contemporain sur les débats toujours vivaces autour de la nosographie psychiatriques, il est possible d'individualiser deux stratégies principales dont il nous semble qu'elles ont permis de composer avec l'embarras de l'inconnu étiologique. Notons d'emblée que l'abord de ces deux stratégies nous semble nécessaire, car l'une comme l'autre, poussée à son extrême et portée au rang de dogme, fait courir à la nosographie le péril de s'établir comme système rigide de connaissances, un système qui enferme et néglige son objet, un système potentiellement violent, donc, tant pour le patient que pour le clinicien.

Jacques Postel rappelle que l'établissement de la première typologie des troubles mentaux a permis à la psychiatrie naissante de se réclamer d'une certaine

scientificité, qualité non négligeable lorsqu'il s'agit de rentrer dans le giron de la médecine (24). À l'ère pinélienne, le problème de l'inconnu étiologique n'était pas propre à psychiatrie, et ne se posait donc pas avec autant d'acuité. Il s'agissait avant tout de rompre avec l'amateurisme d'une approche strictement sociale par une méthode suffisamment rigoureuse pour se réclamer de la science. La citation de Pinel que propose Postel est particulièrement éclairante en ce qu'elle pose les bases de l'application de cette méthode à la maladie mentale, et laisse entrevoir les origines d'une stratégie de constitution et d'organisation du savoir qui persistera avec force jusqu'à nos jours (24) :

« Il est facile de reconnaître que la division de l'aliénation mentale en ses diverses espèces a été jusqu'ici établie sur des rapprochements arbitraires d'un très petit nombre d'observations souvent incomplètes et inexactes, au lieu d'avoir été fondée sur le dénombrement de faits très multipliés, recueillis avec méthode pendant une longue série d'années dans des établissements publics et particuliers consacrés aux aliénés de l'un et de l'autre sexe. »

La construction d'un savoir organisé sur la folie procède donc pour Pinel d'une démarche strictement empirique, reposant sur l'observation clinique minutieuse, puis sur la systématisation des informations ainsi recueillies. C'est l'occurrence répétée d'un « fait » ou d'une caractéristique, qui fera naître et confèrera sa solidité aux entités diagnostiques. Pinel conçoit son empirisme clinique en s'inspirant des méthodes naturalistes (notamment botaniques) desquels il reconnaît cependant les limites lorsqu'il s'agit de les appliquer à la maladie mentale. Soucieux de lier philosophie et médecine, la volonté de classification de Pinel n'occulte en rien une dimension subjective, qu'au contraire, il est le premier à accorder aux « insensés ». Les mises en garde de Pinel contre la référence à toute théorie dans la démarche classificatoire a par la suite été mise à rude épreuve. L'intérêt pour l'entreprise nosographique, attisé par l'entrée des aliénistes sur la scène judiciaire à la faveur de l'article 64 du code pénal (article promulgué en 1810 et déliant les aliénés de leur responsabilité pénale) et de la loi Esquirol de 1838 a crû, au point de devenir un enjeu central dans la discipline. La contribution respective de chacun des aliénistes-nosographes témoigne alors d'une tension entre « l'athéorisme », prescrit par leur

héritage pinélien, et des théorisations rendues nécessaires par la confrontation des nosographies nouvelles aux réalités de la pratique clinique. Virage majeur dans la trajectoire de la nosographie psychiatrique, le XIX<sup>ème</sup> siècle a vu les hésitations des aliénistes tranchées par une scission nette en deux stratégies majeures qui ont, jusqu'à aujourd'hui, permis de composer avec l'inconnu étiologique. Les mythes qui ont présidé à cette scission, et dont Hochmann nous rappelle qu'ils ne se superposent que partiellement aux faits, méritent qu'on s'y attarde tant ils sont agissants aujourd'hui encore. D'un côté, le mythe freudien par lequel la définition en négatif du champ de la psychiatrie (les troubles privés de lésion organique objectivable, par opposition à l'objet neurologique naissant) est pour la première fois rendue explicite, fonde une nosographie sur la base d'une théorie psychogénique assumée. Freud institue notamment une division qui fera référence entre psychose et névrose en la justifiant par des modalités de fonctionnement psychopathologique. D'un autre côté, le mythe kraepelinien réinvestit, pour construire une classification nouvelle des psychoses, l'impératif de l'athéorisme à travers une posture résolument positiviste. La démarche nosographique est conçue comme une procédure quasi-naturaliste qui se départit de tout présupposé étiologique et sert des prétentions strictement objectivantes. Aussi infondées soient-elles, les critiques portées à l'époque contre ces deux mythes préparent aux tendances réactionnelles radicales et aux risques violents qu'impliquent de telles conceptions de la psychiatrie, lorsqu'elles sont portées à leur extrême. Kraepelin a été accusé, comme le rappelle Hochmann, « d'avoir forcé la ségrégation asilaire par son attitude objectivante », à tel point qu'Henri Ey en parle comme d'un « assassinat nosographique ». Plus tardivement, les théories freudiennes ont, quant à elles, fait l'objet d'attaques virulentes, portant sur leur supposé manque de validité, et leur illégitimité à se réclamer de la science. Or, nous verrons que ces attaques faisaient pour la plupart le jeu de la violence théorique en relevant du même type de posture idéologique que celle qu'elles entendaient dénoncer (cf. **Partie 1, Section 5.4.4**).

### **3.3.2. Les risques violents à résoudre l'hésitation**

D'une théorisation affirmée jusqu'à l'idéologie totalisante à un athéorisme revendiqué et rigide, le savoir psychiatrique s'est constitué selon le principe des vases communicants, avançant au rythme d'un conflit peu dialectisé, en triomphes et

en replis successifs, réagissant aux échecs, aux errances, et aux outrances dangereuses de chacun des courants [pensons par exemple à ce que Postel rapporte l'avènement du DSM-III au déclin, en France, des grandes idéologies étiopathogéniques (24), comme s'il était question d'une guerre de territoire]. Or, ce sont précisément les positions extrêmes de ce mouvement de balancier qui nous intéressent. D'une part, parce les affirmations et les postures outrées, militantes ou dogmatiques auxquelles sont renvoyés les courants théoriques et les partis pris méthodologiques font loupe sur leurs propres potentiels violents, mais aussi sur les courants qu'ils critiquent et rejettent. Par l'emphase, ils nous permettent de comprendre comment le savoir psychiatrique, en fonction de la façon dont il est constitué et employé, peut nourrir des violences relatives à l'épistémologie. D'autre part, parce que l'artifice par lequel nous avons distingué savoir et pratique est déjoué par le fait même que les modalités d'application de ce savoir puissent s'enseigner en même temps que lui. L'étudiant, naïf quant aux questions profondes et complexes qui ont présidé à sa constitution, accepte tel quel le savoir qui lui est donné. Bien plus qu'une masse d'informations qui se juxtaposeraient et que l'étudiant aurait à sa disposition, le savoir s'intègre comme un fondement pour son apprentissage et sa pratique future. C'est sa posture théorique, l'accueil qu'il fera aux autres champs des apprentissages, mais aussi son mode d'appréhension du patient et d'être face à lui qui s'en trouveront façonnés. Pour peu que l'enseignant néglige ou disqualifie, dans son parti pris, les idées et connaissances alternes, l'étudiant, démuné d'un appareil critique suffisant, risque de devenir à la fois le prosélyte et le bras armé d'un savoir, sans se douter de sa violence potentielle. Par le biais de l'apprentissage et de la transmission, la frontière entre théorie et pratique devient virtuelle, et les conséquences concrètes de la violences théoriques n'en sont que plus immédiates.

## 4. L'athéorisme ou la déperdition du sens

### 4.1. Canaux des violences potentielles

#### 4.1.1. Dans la pratique psychiatrique

La tentation de l'athéorisme a pénétré le savoir psychiatrique depuis ses origines, chaque fois ravivée par les questionnements nosographiques, chaque fois mis en tension par le recours plus ou moins explicite aux modèles explicatifs lorsque l'approche purement nosographique montrait ses limites. Les préoccupations classificatoires sont l'occasion d'un nécessaire questionnement quant au recours ou au refus du recours à l'étiologie dans la construction du savoir. Dans le même temps, elles constituent autant de points réflexifs pour la psychiatrie, moments de vulnérabilité où sont réinterrogés son appartenance à la médecine, les méthodes pour lesquelles elle opte et les champs épistémologiques desquels elle se réclame. Il n'apparaît donc pas anodin que ce soit l'avènement d'un manuel nosographique destiné à faire autorité qui soit également le support d'un tournant majeur dans la conception d'une psychiatrie post-moderne.

Dans une brève histoire du *Diagnostic Statistical Manual (DSM)* apparaissant sur le site internet de son organisme promoteur, l'American Psychiatric Association, il est possible de lire le paragraphe suivant (25) :

“DSM-III introduced a number of important methodological innovations, including explicit diagnostic criteria, a multiaxial system, and a descriptive approach that attempted to be neutral with respect to theories of etiology. This effort was facilitated by extensive empirical work on the construction and validation of explicit diagnostic criteria and the development of semistructured interviews.”

Le point de rupture épistémologique va bien au delà de simples innovations méthodologiques. Il s'agit de proposer une psychiatrie, ou plus précisément, une « psychiatriologie » (un discours structuré sur la maladie mentale) qui renonce au

travail de théorisation que réclame l'inconnu étiologique. Pour tendre vers une « neutralité » que l'on peut entendre comme l'actualisation pudique et simpliste des principes positivistes, la 3<sup>ème</sup> version du DSM promeut une approche descriptive, comme un écho à l'empirisme clinique pinélien. Oubliant que Kraepelin comme Pinel avaient le souci d'inscrire leur dispositif nosographique empirique dans une démarche clinique et l'avaient doublé pour cela d'une réelle réflexion psychopathologique (24), le DSM-III a été considéré comme la première pierre d'un édifice néo-kraepelinien, que les versions ultérieures (IV, IV-R et 5) viendraient consolider. La « révolution néo-kraepelinienne », comme le rappelle De Leon, était entendue comme un assaut à l'hégémonie psychanalytique, un combat à mener pour restaurer la validité des diagnostics en psychiatrie (26). Spitzer, chargé du développement du manuel, s'est pour cela appuyé sur la stratégie critériologique : pour poser un diagnostic il devient nécessaire de respecter un nombre suffisant de critères correspondant à une délimitation statistique des troubles mentaux. Ces derniers, selon la reformulation de Pichot et Guelfi, sont alors conçus comme des « constellations de symptômes associés dans la nature avec une fréquence plus grande que ne le voudrait une distribution au hasard » (27). La possibilité d'une définition consensuelle à chaque diagnostic psychiatrique que permet cette approche naturaliste est particulièrement commode pour la recherche biomédicale à laquelle le manuel est explicitement destiné. Mais le champ d'application du DSM va au delà. D'abord, parce qu'il se revendique comme une référence d'application clinique, sinon dans ses modalités concrètes, au moins dans son esprit. Ensuite, parce qu'il a séduit d'autres acteurs également concernés par la maladie mentale mais sans nécessairement de velléité soignante, tels que les industries pharmaceutiques ou les compagnies d'assurances. Aussi, des impératifs de validité qui présidaient initialement à une prétention nosographique d'application clinique, le DSM a progressivement été soumis à des exigences de fiabilité. Davantage que de saisir la réalité clinique d'un diagnostic, il s'agissait d'en parler d'un commun langage et de s'assurer qu'il puisse être posé de façon sûre et reproductible. On comprend alors que la « révolution néo-kraepelinienne » ait été doublée d'une « révolution opérationnelle » (26). Pour délimiter cette nomenclature, ce langage commun qui se devait d'être opérant, voire opératoire au delà de la simple psychiatrie, il a fallu promouvoir l'athéorisme au rang d'une objectivité vers laquelle tendre. Car comment mieux faire consensus qu'en gommant les divergences cliniques inhérentes à la

subjectivité du patient, à celle du chercheur, et au produit de leur rencontre ? Dans cette perspective d'opérationnalisation, et suivant ces prétentions objectivantes, la critériologie s'est donc appuyée sur l'observable, le descriptible et le traductible, à l'exclusion de toutes autres manifestations qui ressortiraient, par exemple, du champ de la phénoménologie ou de l'intersubjectivité. Ainsi, le DSM est bien plus un outil à *faire* qu'un outil à *penser*. *Faire* parce qu'il détermine le socle de la recherche biomédicale contemporaine en psychiatrie. *Faire* parce qu'il participe à déterminer, aux États-Unis notamment, qui bénéficie de certains remboursements. *Faire* enfin, car, comme le relève Mc Hugh, le DSM détermine qui reçoit les services de la psychiatrie et quels sont ces services (28). C'est probablement là que se loge le risque violent d'une déperdition théorique : soit que l'on  *fasse* du soin avec le DSM, sans doubler ce  *faire* d'une épaisseur théorique, soit que l'on prenne le DSM, par une logique fallacieuse de retour sur soi, comme support théorique de sa propre application. Autrement dit, que l'on considère le DSM, en dépit des raisons pour lesquelles il a été conçu, comme un outil à penser. Car, quelles que soient ses vocations avouées ou occultes, il est difficile d'imaginer que la parution d'un manuel nosographique n'infléchisse pas les modalités de pratique et d'enseignement de la psychiatrie, quand la légitimité de la discipline à se revendiquer médicale s'appuie sur la structuration de son savoir autour de son objet : la maladie psychique. À la fois reflet et source d'une conception de la psychiatrie contemporaine, le manuel infiltre, de façon directe (par ses prétentions cliniques) et indirecte (par l'application des données issues de la recherche qui s'appuie sur lui) la pensée et la pratique de nombreux cliniciens.

#### **4.1.2. Dans l'apprentissage de la psychiatrie**

Surtout, le DSM se prête particulièrement commodément à l'enseignement de la psychiatrie tel qu'il est aujourd'hui dispensé aux étudiants de deuxième cycle des études médicales. Son principe taxonomique et ses prétentions objectivantes se subordonnent sans opposer de résistances aux logiques évaluatives concurrentielles en vigueur dans le système universitaire français. À l'opérationnalisation du savoir sur les maladies mentales répond l'opérationnalisation de l'évaluation de ce savoir. Dans la mesure où il satisfait tout naturellement à la pensée par mots-clés, à la rédaction de questions à choix multiples ou à la systématisation et à la

hiérarchisation de réponses sur des copies, il n'y a rien d'étonnant à ce que cette approche naturaliste, couplée aux conceptions biomédicales, prévale – quand il ne les éclipse pas – sur les autres référentiels épistémologiques. C'est ainsi que la plupart des manuels de psychiatrie parus ces dernières années et destinés aux externes en médecine font explicitement référence au DSM. Ces manuels s'appuient quasi-exclusivement sur les connaissances issues des sciences positives pour appréhender la maladie psychique et accompagner l'étudiant dans cette appréhension. Or, ici comme bien souvent, l'apprentissage est aussi un méta-apprentissage. Ce qui sera donné à apprendre à l'étudiant confronté à la singularité et à la complexité de la psychiatrie servira également d'étalon à son approche future du savoir psychiatrique. Avant que ne se développe son appareil critique, l'étudiant sera imbibé de la façon d'apprendre à apprendre que lui auront suggéré ses cours et manuels universitaires. Comme un socle théorique et méta-théorique « par défaut », cette structuration initiale des connaissances et de la pensée déterminera la façon dont, devenu interne, il composera avec ce savoir, mobilisera cette pensée, et accueillera les savoirs alternes. Enfin, il n'est pas envisageable que l'apprentissage premier d'une discipline médicale, dut il être retravaillé, remis en question ou critiqué, soit sans influence sur la façon dont est appréhendé le patient. Voici donc retracé, par le biais de l'enseignement, l'un des canaux par lesquels la théorie se fait pratique, canal que pourra emprunter la violence inhérente à la constitution du savoir en psychiatrie pour toucher le patient. Soulignons que le fait que cette voie soit indirecte (entendons par là qu'elle ne concerne pas directement l'application du savoir par celui qui en connaît les ressorts) est d'autant plus intéressant qu'elle rend compte de modalités violentes d'application de la théorie psychiatrique qui échappent autant à l'étudiant qu'au malade, et par conséquent n'est que difficilement identifiable par l'un et par l'autre.

## **4.2. Nosographie athéorique et triple nivellement**

L'opportunité et la pertinence d'une approche linnéenne de l'objet psychiatrique sont discutées de longue date. Jan Goldstein rappelle ainsi qu'un des plus virulents détracteurs des grandes entreprises classificatoires du XVIII et du XIXème siècle, l'avocat Elias Regnault, affirmait, dès 1828, l'inanité intrinsèque de telles entreprises. Il arguait, en y opposant le caractère tangible des objets d'étude des naturalistes,

l'insaisissabilité des nuances de la folie. Sans aller jusqu'à défendre une incompatibilité de nature qui ne pourrait conduire qu'au renoncement, il nous semble qu'une partie des violences ayant trait au savoir psychiatrique tient aux portions non congrues entre le sujet dont il a à s'occuper et les approches classificatoires athéoriques auxquelles il peut être ramené aujourd'hui. Plus précisément, la violence d'un savoir psychiatrique qui serait appendu de façon exclusive à une nosographie neutre et objectivante peut se lire à travers un processus de triple nivellement.

#### **4.2.1. Nivellement de la complexité**

Nivellement de la complexité de l'objet psychiatrique, la maladie mentale, et de son sujet, la personne souffrant de troubles psychiques. Plutôt que de redéployer le cadre conceptuel de la notion de complexité et de rediscuter la façon dont la médecine moderne (et avec elle la psychiatrie) tend à lui préférer une simplification de son objet, nous illustrerons la violence susceptible d'en découler par un temps singulier de l'apprentissage en psychiatrie : la rencontre du jeune interne avec son premier patient. À certains égards, cette rencontre peut être lue comme un mythe fondateur, notamment par son caractère originel, la puissance structurante du référentiel symbolique et imaginaire qu'elle offre et les remaniements fantasmatiques dont fait l'objet son souvenir. Tout du moins, elle nous permettra de mettre en relief, de façon paradigmatique, les insuffisances d'une lecture nosographique simpliste lorsqu'elles sont appliquées à échelon personnel et interpersonnel. En effet, du moment où l'interne rencontre le premier patient de sa carrière, Guy Baillon nous disait qu'il était souvent imprégné d'un sentiment violent de « désarroi face à l'énigme ». Au premier instant, le patient est là, qui ne se laisse appréhender par rien de ce que l'on savait de son trouble. Plus exactement, il paralyse la mobilisation des savoirs désincarnés acquis sur les bancs de la faculté par l'intensité proprement humaine de sa présence et par l'étrangeté très concrète de sa maladie. Il intimide par son impénétrabilité. Ce sentiment strictement préthéorique de dénuement de l'étudiant tient certainement à ce qu'il se trouve en butte avec la complexité criante du malade. Mais en cet instant, c'est la complexité vécue comme un « défi de l'incertitude et de la difficulté », pour reprendre la terminologie d'Edgar Morin (29), qui l'impressionne. L'hésitation ne dure cependant qu'un temps, plus ou moins long en fonction des personnalités. Investir sa nouvelle fonction de soignant oblige

l'interne à se mobiliser pour relever ce défi. Son patrimoine scientifique l'y encourage et lui fournit les outils pour cela. Aussi, il pourra s'appliquer, selon cette démarche scientifique à laquelle il est rompu, et s'il se fie au simple appui des connaissances nosographiques objectives dont il est nourri, à répondre à cette complexité en la démantelant. Le DSM le lui permet : saisir la maladie, l'extraire du patient, y reconnaître les critères nécessaires, les associer, éliminer les critères négatifs, vérifier le respect des délais, poser le diagnostic. La démarche de formalisation et de segmentation est aussi rassurante qu'opérante. Le nouvel interne a posé le diagnostic et pu cerner quelque chose de son patient. Mais qu'il s'y tienne, qu'il arrête son cheminement clinique aux seules considérations empiriques ou, plus encore, qu'il s'emploie à recourir à ces considérations pour penser sa relation soignante, et la brèche d'une pratique violente est ouverte. La situation pourrait être considérée comme caricaturale. Elle n'en montre pas moins comment une perspective strictement positiviste [le « positivisme diabolique » selon Roland Gori (30)] aplanit la complexité afin de l'éluder. En fait d'élision, c'est ici le malade qui est oublié, et l'étudiant qui s'oublie. Car la plainte, celle qui est formalisée par la critériologie requise pour le diagnostic, n'émerge qu'après entrée en relation. Claire Compagnon et Thomas Sannié le rappellent (31), cette plainte « se manifeste dans un contexte humain, culturel et matériel complexe avec une interaction forte ». Le souci de la complexité est la garantie pour une préservation de la richesse relationnelle dans laquelle les protagonistes prennent pleine part. Dans une discipline ou l'objet du soin, le psychisme, implique une dimension réflexive irréductible, préserver la notion de complexité est aussi une condition *sine qua non* pour garantir une place nécessaire au subjectif, et par là, pour respecter le sujet. Au contraire, l'application stricte d'un référentiel nosographique objectivant tend à extraire de la singularité les motifs communs, à transformer les fines nuances des expressions de la folie et de la souffrance en critères univoques, par nature restreints. Il s'agit de discrétiser le continuum de la maladie mentale, d'en juxtaposer les éléments après désintégration. La violence tient à cet éclatement préalable à l'aplanissement, s'il n'est pas suivi d'une réintégration. Elle tient aux « forces de déliaison » qu'évoque Pierre Delion, celles qui cherchent à « atomiser, cloisonner, sérier, pour opérer dans cette médecine de l'âme de nouvelles tentatives linnéosydenhamiennes [...] une caricature de la science appliquée sans les aménagements nécessaires à la psychiatrie. » (32). Cette violence apparaît d'autant

plus manifeste lorsque l'on songe que la souffrance et la folie ne sont pas la propriété du malade, et encore moins celle du médecin. Elles *sont* le malade. Elles lui sont constitutives. Aliénantes certainement, mais intimement liées à lui. Être ainsi éclaté puis aplani d'être passé sous le crible de l'oeil athéorique, c'est voir s'écraser sa complexité intime dans une image en deux dimensions, bien reconnaissable et sans aspérité. Soulignons d'emblée qu'il ne s'agit pas de la question du diagnostic en elle-même qui est engagée. En effet, les données actuelles issues des champs théoriques et scientifiques reconnaissent à chacun des diagnostics psychiatriques une profondeur, une variabilité, une diversité d'expression, une multitude d'imputations étiologiques et psychopathologiques, bref une complexité telle qu'ils peuvent être posés sans entamer la singularité de la personne (sous réserve des conditions avec lesquelles ces diagnostics sont posés et réévalués). Surtout, le diagnostic, considéré à sa juste place, potentialise la théorisation et la compréhension plus qu'il ne s'y substitue ou la stérilise. Poser une étiquette diagnostique, pour reprendre l'expression classique (et sans doute galvaudée), serait démanteler la maladie mentale en usant des outils de la science positive, mettre à plat les pièces pour y voir plus clair, et surtout ne pas prendre la peine de travailler à leur réintégration dans la complexité vivante du malade. La violence du diagnostic posé comme une étiquette réside à la fois dans l'adhésivité (nous y reviendrons), mais surtout dans le caractère plan de cette étiquette. C'est davantage l'aspiration à la simplification, la tendance réductionniste, portée par les classifications néo-linnéennes lorsqu'elles sont appliquées en lieu et place d'une élaboration théorique et psychopathologique, qui porte une grave atteinte au cadre singulier de la relation psychiatre-malade, et plus encore de la fragile relation étudiant-malade. À force de constater sans *expliquer* (étymologiquement, redéployer), c'est la multiplicité en lien, la propriété émergente des associations des parties du tout, la coexistence des contradictions et des forces opposées (« dialogique » de Morin), l'autonomie du malade et l'interdépendance humaine, les mouvements intimes, interpersonnels, les liens avec l'institution, le cadre de la rencontre, la société, en un mot, la complexité vitale de la psychiatrie qui est occultée. Une telle dénaturation, en plus de faire manquer sa cible à celui qui y cède (car que et qui soigne-t-il alors ?), abrase violemment les identités et nie les sujets. Citons à nouveau Edgard Morin (29) :

« Quelle est l'erreur de la pensée formalisante quantifiante qui a dominé les sciences ? Ce n'est pas du tout d'être une pensée formalisante et quantifiante, ce n'est pas du tout de mettre entre parenthèse ce qui n'est pas quantifiable et formalisable. C'est d'avoir fini par croire que ce qui n'était pas quantifiable et formalisable n'existait pas ou n'était que l'écume du réel. Rêve délirant car vous savez que rien n'est plus fou que la cohérence abstraite. »

#### **4.2.2. Nivèlement sémiologique**

##### **4.2.2.1. Rabattement de la maladie sur le trouble**

Le nivèlement sémiologique survient lorsque les plaintes du malade, ses comportements, son humeur, ses états affectifs, retranscrits sur l'observation clinique, ne se réfèrent plus à rien, sinon qu'à eux-mêmes et à leur propre factualité. De l'enseignement sémiologique qu'il a reçu, l'interne sait que l'entreprise diagnostique consiste précisément en une mise en lien entre, d'une part, des observations qu'il s'agit d'interpréter, et, d'autre part, la cause possible des troubles qu'il s'agit de mettre au jour (cf. **Partie 1, Section 1**). Tout l'art diagnostique réside dans ce renouement sémiologique. C'est une tâche pour laquelle le patient, perdu dans les sens inconnus des manifestations de son être (et pas seulement de son corps ; les maladies psychiatriques sont peut être à cet égard d'autant plus vulnérantes), mandate le médecin. Par l'herméneutique, celui-ci s'applique alors à épaissir les signes et symptômes d'un sens nouveau en les assignant à une cause hypothétique. Dans le même temps, frotté à une médecine organique hyper-technique et performative, l'interne a pris l'habitude de se fier aux signes davantage qu'aux symptômes pour mener à bien la démarche clinique. Les signes, plus tangibles et mieux quantifiables, se faisaient voir à l'étudiant en médecine qu'il était avec plus de régularité et de constance. Ils permettaient de convoquer plus aisément les « tableaux cliniques » qu'il avait appris à associer aux maladies, c'est à dire la représentation virtuelle et stéréotypée du corps malade qui lui servait d'étalon dans sa progression diagnostique. Bien qu'éloignée de la finesse des expressions du corps réel, cette image était reliée à lui par le fil de la signification du signe. En d'autres termes, le signe avait du sens parce qu'il référait à la maladie (et à l'étiologie) à travers la convocation de l'image théorique des expressions de cette

maladie. Dans cette perspective, les symptômes étaient considérés comme plus labiles et moins fiables. La diversité de la plainte du malade se laissait moins facilement recouvrir par l'image du symptôme typique, au point qu'il fallait soit l'abraser, soit la négliger. Non saisissable par la technique, trop peu sûre pour l'établissement du diagnostic, la parole était appréhendée avec défiance, rangée au rang des indices de second ordre, et vidée de sa valeur signifiante. À cet égard, l'entrée dans la clinique psychiatrique représente une rupture franche pour l'interne. Les armes sémiologiques et diagnostiques qu'il s'était faites sont ébranlées par une parole qu'il n'est plus possible d'éluder et par un corps qui ne s'impose plus avec la même évidence et échappe au recours technique. Il y a basculement dans la priorisation des supports qui servent à tracer la maladie. Dans cette nouvelle clinique, le poids de la parole enfle au détriment de celui du corps. Le discours prend une double dimension, à la fois expressive et sémiologique. Ce que dit le patient vient tout à la fois signifier l'existence de sa personne, et la présence de sa maladie. Dans cette double épaisseur, il s'agit de voir clair, et la tâche est rendue complexe par l'intrication intime des deux niveaux de lecture. Le jeune interne, que les études de médecine ont mal outillé pour ce type de rencontre, aurait plus tendance à se perdre dans la confusion des registres, qu'à naviguer de l'un à l'autre. L'approche critériologique se présente alors comme une solution séduisante pour reprendre pied. Elle est le moyen (trop) facile de retrouver un peu de rassurante objectivité, en revenant à une approche clinique strictement rationnelle et technique du patient. Or c'est justement le rabattement de la démarche clinique sur la procédure critériologique qui caractérise le nivellement sémiologique violent.

En effet, devant la particularité psychiatrique de l'inconnu étiologique, faire le choix de renoncer tout à fait à cette étiologie, au motif qu'elle ne pourrait être approchée que par des élaborations théoriques jugées peu fiables, c'est également faire le choix de dénaturer les signes et les symptômes. Là où la clinique visait une recharge de sens, l'approche critériologique s'emploie à l'évacuer et à lui préférer l'objectivité. La statistique qui définit alors les maladies agrège des symptômes sans les lui lier. En cessant de signifier une quelconque étiologie ou psychopathologie dont ils étaient sensés être les émissaires, ils cessent, par définition, d'être signes et symptômes. Déliée de ses attaches signifiantes, la maladie psychiatrique prend quant à elle des allures de représentation purement théorique, d'objet scientifique

suspendu, autonomisé et dévitalisé. Une sémantique nouvelle porte la trace du changement radical de registre. Plus de symptômes, mais des critères à remplir. Plus de maladie à diagnostiquer, mais des troubles à individualiser. Des troubles faits d'amalgames, issus d'observations suffisamment répétées pour que les irrégularités en soient lissées. Des maladies de cohortes, à qui la loi des grands nombres donne des prétentions universelles et intemporelles. Délesté de son ancrage à la singularité humaine dont il était pourtant l'émanation, le trouble flotte dans l'espace et dans le temps. Il se désincarne, devient une entité abstraite. Comme le suggère Christiane Kreitlow en se référant au sociologue et philosophe Axel Honneth, l'approche strictement positiviste relève d'une posture réifiante : « Dès lors que le positivisme omet la reconnaissance des désirs et des sentiments des sujets, qu'il néglige ou entrave la reconnaissance à les respecter pour des sentiments valables d'être formulés et entendus, il se rend fautif. Dans ce cas, il n'est plus seulement question d'instrumentalisation, mais d'une tendance fâcheuse à la déshumanisation. » (33) C'est vers cette même tendance déshumanisante que s'oriente le positivisme lorsqu'il procède au nivellement sémiologique. La maladie comme expérience humaine est extraite et transformée pour devenir objet scientifique : le trouble. Employer sans discernement ce paradigme pour rendre compte, en retour, de l'expérience du patient en fait apparaître la charge violente par la dissonance qu'il implique. Plutôt que de concevoir la maladie comme incarnée dans la singularité d'un corps et située dans l'ici et maintenant, plutôt que de préserver les personnes qui en souffrent et qui la soignent en en faisant une expérience humaine, le renoncement théorique abîme le sens, dénature les signes et symptômes, et, par là, dévitalise la notion même de maladie. L'objet théorique « trouble », ratant sa cible, en passe nécessairement par un processus de déshumanisation violent.

#### **4.2.2.2. Rabattement de la validité sur la fiabilité**

Supposons un interne qui se revendiquerait d'un athéorisme strict, inspiré par une formation trop peu plurielle. L'objet « trouble psychiatrique » qu'il manipulerait sans distance critique ne pourrait qu'échouer à rendre compte de la concrétude de sa pratique clinique. La béance entre l'abstraction standardisée et la singularité des situations pathologiques, pour imperceptible qu'elle puisse paraître dans une jeune

pratique, est irréductible et fondamentale. Le diagnostic qui serait posé par cet interne (ou par tout autre clinicien) ne le serait, au mieux, que par juxtaposition, au pire, par imposition. Tout se passerait comme si la personne malade, tributaire du nivellement sémiologique, se voyait présenter une image de ce dont elle est sensée souffrir, sans pouvoir s'y reconnaître ni pouvoir y mettre du sens. Car, en même temps que la notion de maladie s'abîme en celle de trouble, le diagnostic se dénature. Il ne parvient pas à prendre attache à l'être souffrant, ne désigne plus ce qu'il est sensé désigner. Or, la fragilisation de la notion de diagnostic est la conséquence indirecte mais décisive du parti pris de la nosographie athéorique face à l'inconnu étiologique. Selon De Leon, l'opérationnalisation des troubles psychiatriques relève d'une tentative naïve de résolution des difficultés méthodologiques relatives à l'impasse organiciste (26) en psychiatrie. L'escamotage de l'aporie étiologique à travers la constitution d'un dispositif nosographique se voulant neutre s'accompagne alors d'un changement de paradigme : la substitution du régime de fiabilité au régime de validité. Là où le diagnostic tirait sa consistance de sa capacité à rendre compte d'une expérience morbide singulière, il ne peut exister, à partir du DSM III, que parce qu'il fait l'objet d'un consensus d'experts. Dans le référentiel positiviste, la fiabilité est à penser en termes de reproductibilité. Est fiable le diagnostic qui pourra être posé par un maximum de professionnels (soignants ou non) face à une même situation clinique. Davantage que de poser le « bon » diagnostic, il importe de poser le diagnostic qui mettra tout le monde d'accord. La rationalité instrumentale de la démarche critériologique est propre à servir un tel but. S'assurer qu'un patient satisfait les critères de son trouble présumé permet d'accéder à un diagnostic exact, c'est à dire prétendument incontestable, indépendant du contexte, de la relation, du clinicien, voire du patient, lequel importe finalement moins que ses manifestations pathologiques. Au contraire de la validité, la fiabilité tend à l'universalité, qui, selon Françoise Sironi, « fabrique des filtres qui réduisent les objets complexes à des identiques pensables par le plus grand nombre » (34). La validité garantissait le lien du diagnostic avec le malade (et donc son sens), au sein de la relation clinique. Elle relevait de la singularité. La fiabilité lui préfère la solidité d'un diagnostic en tant qu'objet de discours. Elle relève du consensus, du superposable et du reproductible.

Au glissement du régime du valide à celui du fiable se subordonne un mode de pensée et un dispositif discursif normé fait de nomenclatures et de codifications. Si, comme le précise Mc Hugh, le développement d'un langage standardisé a pu être le support d'échanges fertiles entre les psychiatres et des partenaires médicaux nouveaux (génétiens, pharmacologues, imageurs), si on lui doit les avancées majeures de la recherche en neurosciences, il a également rendu le diagnostic psychiatrique plus vulnérable aux récupérations sociales, politiques et économiques (28). Dans l'ère de la « démocratie diagnostique », les soignants et chercheurs ne sont pas les seuls à avoir voix au chapitre. Les assurances, les compagnies pharmaceutiques, les politiques ou encore les médias se saisissent rapidement du diagnostic critériologique, aisément manipulable, comme élément décisif de leur propre organisation. Ces nouveaux acteurs, apprenant à maîtriser un discours de superficie dont ils connaissent peu l'objet – la maladie mentale –, et encore moins le sujet – la personne souffrante, subordonnent le trouble psychiatrique à des fins autres que soignantes. Le trouble, délesté de l'épaisseur de l'homme, se laisse manipuler avec moins de retenue par ceux qui ne s'en soucient pas comme une priorité. Pour ceux-là, le diagnostic n'est pas seulement un élément clinique, il est aussi un outil utile. Utile à décider de qui bénéficie de remboursements, à faire du profit, à mobiliser l'opinion publique ou à porter un discours idéologique. Roland Gori résume ainsi le poids de ces nouvelles influences que la notion naturaliste de trouble fait peser sur la nosographie psychiatrique :

« Et parallèlement à cette recomposition du champ psychopathologique avec ce nouvel opérateur que constitue la notion de « troubles » [...], c'est tout un régime discursif culturel, politique et économique qui s'installe. Régime discursif qui recompose ou décompose, plus précisément, la psychopathologie. On ne va pas seulement pratiquer l'évaluation, la standardisation, l'uniformisation des diagnostics pour les beaux yeux de la science néo-kraepelinienne mais aussi à cause de nouvelles nécessités en provenance des contraintes d'une véritable économie politique dans laquelle la psychiatrie comme la psychologie tendront à se dissoudre. »

Au final, la souffrance du sujet est reléguée au second plan des nombreuses préoccupations agissantes sur le nouveau paysage nosographique. Ce paysage,

influencé et manipulé par des acteurs de la sphère médico-économique et politique aura une influence certaine sur la vie sociale de celui qu'il est sensé concerner. L'ironie tient à ce que celui-là, le sujet qui souffre effectivement de la maladie, est absent des discours. Or, c'est justement dans cette ironie, dans la dépossession de soi et dans la déperdition d'autonomie qu'elle est susceptible d'impliquer, que la charge violente prend ses sources. Mais la violence du nivellement sémiologique, au delà des récupérations possibles de la notion de trouble qu'il implique, tient aussi à ce qu'il ouvre la brèche d'une rupture symbolique plus large.

#### 4.2.3. Nivellement symbolique

Le nivellement symbolique, enfin, est donc le prolongement logique des nivellements sémiologiques et de la complexité précédemment décrits. La dissolution de la fastidieuse richesse de la maladie et la déconnexion du sens qu'implique l'approche athéorique, veulent qu'on parle de ce qui est sensé caractériser la personne sans parler *réellement* d'elle. L'expérience de sujet malade, simplifiée et subvertie en un diagnostic d'entomologiste, ne trouve plus d'écho chez l'interlocuteur qui se fierait à ce diagnostic. Vidé de toute influence théorique mais chargé des enjeux que nous avons décrits, le trouble opérationnalisé vicie nécessairement la démarche diagnostique. Il ne s'agit plus de s'appliquer à une réflexion inférentielle, d'être herméneute, mais de procéder à une simple opération formelle, standardisée. De ce point de vue, l'objectif des classifications dites athéoriques est parfaitement atteint. La fiabilité, propriété qui intéresse finalement plus les médecins, chercheurs ou administrateurs du soin que les patients, est optimale. Mais quel sens cela a-t-il pour le malade ? On comprend l'embarras de l'interne qui, s'il s'en tenait à un athéorisme strict, n'aurait, pour répondre à celui qui l'interrogerait sur la raison de sa tristesse profonde, que l'image pâle de l'« épisode dépressif caractérisé » à brandir. « Vous êtes triste, parce que vous faites un épisode dépressif caractérisé ». Et d'entrevoir comment le sacrifice de la validité du diagnostic, de sa complexité et de sa singularité, laisse une place vide, violente par la déperdition du sens dont il est responsable. « Certes, mais pourquoi moi ? Pourquoi maintenant ? Qu'est ce que cela vient dire sur moi ? ». Autant de questions que l'athéorisme empirique laisse en suspens, comme sont suspendues les manifestations du corps et de l'esprit. Derrière un trouble parfaitement objectif – donc suspendu, le sujet reste flottant. Flottant,

parce le diagnostic qui était sensé, tout à la fois, émaner de son vécu et en rendre compte, échoue à faire l'un et l'autre. Flottant aussi, parce ce que les forces de déliaison du trouble le prive d'un ancrage à lui-même. Bien qu'elle l'attribue à la « mentalité cognitivo-comportementale » là où nous voyons l'incidence d'un athéorisme forcé, la négation de l'intériorité qu'évoque Marie-Chantal Doucet est en cela éclairante (35). Selon elle, le rejet de ce qui relève de l'inconscient et de l'intersubjectivité au nom de « normes méthodologiques établies au sein d'une communauté scientifique » mène à des interventions qui ne « parviennent pas à rejoindre le sens existentiel de la souffrance ». Nivellement symbolique et négation de l'intériorité vont de pair : par l'opérationnalisation et la standardisation, c'est la profondeur identitaire, affective et existentielle de l'expérience de la maladie mentale qui est évacuée. Sans verser au clivage éculé psychanalyse/comportementalisme, nous pensons également que la conception moderne de la maladie mentale, dès lors qu'elle cède à un repli objectivant, « échoue à répondre à l'immense question existentielle qui taraude l'individu contemporain : comment prendre ma place dans le monde et comment accueillir le monde en moi ? ». Lorsqu'il est abandonné à ces interrogations, et *a fortiori*, lorsque ces interrogations son rendues aiguës et douloureuses par la maladie mentale, l'individu devient la figure violente du sujet flottant tel que le décrit Michel Wieviorka (36) :

« La violence correspond ici à une subjectivité qui ne débouche sur aucune emprise réelle, concrète, sur aucune capacité d'action qui la prolongerait. Elle définit un sujet qui ne parvient pas, ou plus, à être un acteur, c'est à dire à s'insérer dans une relation, qu'elle soit sociale, politique, interculturelle, voire interpersonnelle. »

Quand on sait l'appel urgent à la relation qui caractérise le soin psychiatrique, le sentiment de déperdition de sens et de dépossession que rapportent souvent les personnes en souffrance psychique, on comprend le surcroît de violence auquel expose le fait d'être, finalement, doublement flottant : flottant dans le vide de son expérience de vie. Flottant dans celui laissé par une nosographie pourtant sensée combler le précédent.

## 5. L'idéologie ou la pléthore de sens

### 5.1. À la conquête du champ théorique

L'une des particularités de la psychiatrie en tant que matière d'enseignement réside dans la rupture épistémique franche qui marque la transition entre le deuxième cycle et le troisième cycle des études médicales. Dans le système français actuel, l'étudiant en médecine apprend la psychiatrie exactement comme il apprend les autres disciplines médicales. Le savoir, essentiellement livresque et contraint par les exigences docimologiques des Épreuves Classantes Nationales (ECN), respecte une structuration standardisée. Le modèle biomédical y est prééminent, sans qu'il n'y soit jamais explicitement fait référence. Les modèles théoriques alternatifs sont tantôt escamotés, tantôt relégués dans des paragraphes laconiques concernant les hypothèses étiologiques des troubles décrits, tantôt réduits à des pratiques psychothérapeutiques opératoires. L'unicité d'un savoir autorisé s'affiche avec ostentation, concrétisé dans les recommandations de bonne pratique et les consensus d'experts. Les références quasi systématiques à la Classification Internationale des Maladies (CIM) ou au DSM sont les garanties de leur scientificité et tracent les tentations implicites de l'objectivisme. Dans cette trame sans aspérité, dans cette théorie univoque, impeccablement cohérente et parfaitement intégrées aux connaissances médicales générales, l'appareil critique de l'étudiant – qui, par ailleurs, n'est qu'exceptionnellement sollicité – n'a pas prise. La psychiatrie s'enseigne telle quelle, il l'apprend telle quelle.

C'est cette gangue théorique qui vient à se rompre lorsque l'étudiant devient interne, le laissant souvent désarçonné et parfois démuné. De cette rupture, Aude Van Effenter nous dit qu'elle tient au caractère éminemment complexe et subjectif de ce qui fait l'objet de l'apprentissage en psychiatrie (15). En fait d'objet, l'enseignement psychiatrique traite moins d'une maladie mentale, rendue immédiatement disponible par une théorie unique, donc invisible, que de la théorie en elle-même. Ou plutôt des théories. Par un renversement épistémologique profond, inhabituel pour un étudiant en médecine, l'interne découvre la pluralité des savoirs possibles, l'agencement vivant et complexe de leur coexistence. Si l'on en croit Kress (que cite Van Effenter), il n'en pourrait être autrement, car la constitution

d'un savoir sur la maladie mentale requiert une « conception générale du fonctionnement psychique » (37). En d'autres termes, il ne peut y avoir de psychiatrie sans psychisme, ni sans construit théorique qui lui serait relatif. Dans la même perspective, Parnas oppose à l'approche opérationnelle des nosographies actuelles la *Psychopathologie Générale* de Karl Jaspers (38). Selon Parnas, l'aliéniste allemand y mène une réflexion épistémologique fondatrice à laquelle la psychiatrie contemporaine a renoncé. Dans sa conception phénoménologique de la maladie mentale vue comme une « expérience anormale », Jaspers met en garde contre les risques d'une psychopathologie purement descriptive qui se délesterait nécessairement du psychisme. De la maladie mentale, il y a quelque chose qui toujours échappe à l'œil de la science positive. La psychiatrie doit compter avec sa part d'inconnu, de non démontrable, d'intangible. Comme nous l'avons évoqué plus haut, il en va ainsi de l'origine des maladies mentales qui se dérobe à la mise en évidence autant que le psychisme se dérobe à la compréhension absolue. Rien d'évident, de révélé dans la cause des maladies mentales. Toutefois, la pensée ne s'est pas arrêtée à ces inconnus et la discipline a dû composer avec eux par des élaborations théoriques successives. L'histoire de la psychiatrie est toute entière structurée par ces systèmes cohérents d'organisation des connaissances qui ont fondé des démarches de soins (et pas seulement thérapeutique), fourni matière à enseignement, ou encore (et surtout) servi de support au développement de nouvelles connaissances. Sans s'en détacher, les faits cèdent leur primauté aux idées, et les idées deviennent multiples pour tenter de comprendre le même objet. Ce sont ces théories dont l'interne découvre la séduisante puissance explicative. Dans le même temps, comme on lui parle « d'école de pensée », « de courant », « d'obédience », l'interne découvre que les idées sont aussi aux origines d'engagements. Elles incitent à prendre parti, à s'affilier, voire à s'identifier. L'interne hérite d'idées travaillées par l'histoire, porteuses des cicatrices des combats qu'elles auront eu à mener pour subsister face aux autres modèles explicatifs. Ces idées sont incarnées. Elles sont portées par des maîtres, des pairs qui y croient, discutent, échangent et se disputent. Elles font la substance de croyances communes qui rassemblent et se partagent. Ces idées, on les lui explique. On lui donne à apprendre. On lui parle de psychanalyse, de modèles neuro-développementaux, de traitement cognitif de l'information. On le nourrit de discours. Et l'interne de découvrir comment la théorie peut être érigée au rang d'idéologie.

## 5.2. Précautions

Si nous avons recours à la notion d'idéologie concernant le savoir psychiatrique, c'est qu'il nous semble qu'il s'agit d'un instrument puissant pour comprendre certaines formes de violences théoriques qu'il ne serait pas possible d'appréhender autrement. Nous savons toutefois que l'immense complexité de cette notion, maintes fois travaillée dans les différents champs des sciences humaines, nous oblige à la plus grande prudence. Il nous faudra d'ailleurs être d'autant plus prudents que nous ferons appel à des outils théoriques développés par Anna Arendt, sans être naïf de l'inscription de ces outils dans une réflexion portant sur la genèse des systèmes totalitaires, réflexion hors champ de notre propos. En outre, il nous faudra nous dégager de la position qui consiste à condamner de principe l'idéologie, position en soi idéologique contre laquelle Saül Karsz met en garde : « ce consensus de la fin des idéologies est un impensé tellement répandu que rarissimes sont les auteurs, écoles et tendances qui considèrent utile d'en étayer le bien-fondé » (39). Si nous ne procéderons pas non plus à cet étayage, nous ne perdrons pas de vue que l'idéologie a été et reste un moteur certain pour la connaissance de la maladie mentale, qu'elle a offert sa cohérence théorique comme appui pour des combats soignants et politiques émancipateurs et qu'elle tient une place déterminante dans l'histoire de la psychiatrie. Toutefois, nous ne pouvons pas, au nom du seul principe de précaution, faire l'impasse sur le potentiel violent que recèle l'idéologie lorsqu'elle se rigidifie, lorsqu'elle confine à une certitude qui se refuse à la dialectisation, lorsqu'elle prétend à l'absolu ou à la totalité. Plutôt que d'aborder le concept de front, nous en chercherons plus humblement les traces dans le rapport que l'apprenant en psychiatrie entretient au savoir. C'est là, dans le creuset où le savoir se travaille comme un matériau, que nous pourrons reconnaître les manifestations violentes d'une théorie qui s'impose.

## 5.3. Les dangers de l'idéologie

### 5.3.1. Collusion savoir et pouvoir

La situation d'apprentissage inscrit nécessairement le savoir dans une relation asymétrique d'un genre particulier. Dans cette relation, la quantité et la qualité des

connaissances non partagées définissent une différence de potentiel qui détermine une directionnalité, de la même manière que dans un circuit électrique, la différence de voltage déterminerait le sens du courant. Mais il y a dans l'apprentissage une dimension qui dépasse la simple mécanique supposée par cette analogie. « Potentiel » peut aussi être entendu comme « potentialité ». Apprendre, c'est se soumettre, depuis sa position de « non sachant », à l'influence de celui qui sait. C'est s'en remettre à lui. C'est lui concéder un certain ascendant relationnel, ou tout du moins une certaine prise sur la relation. Le potentiel que confère le savoir peut donc aussi être compris en termes de pouvoir. Dans les études de médecine, cette « conjonction du savoir et du pouvoir » que décrit Guy Merens (40) est exacerbée. La hiérarchie omniprésente, pesante, parfois comminatoire, est quasi-exclusivement justifiée par ces différences de savoir. La répartition croissante des *quanta* de connaissance détermine une distribution verticalisée du pouvoir, et ce, au détriment d'autres critères, tels que l'âge, ou l'expérience. L'autorité s'assoit bien plus sur l'opposition novice/initié que sur des différences générationnelles. Dès lors, le docteur et le professeur, personnages emblématiques du microcosme universitaire médical, s'inscrivent sur l'échelle de pouvoir parce que l'un sait et que l'autre professe (ce dernier se fait appeler « Maître » sans trop d'hésitation). Autrement dit, leur rapport au savoir – un certain type de savoir – détermine les prérogatives auxquels ils pourront prétendre, le rayonnement de leur influence, le poids de leur parole, et les rapports de subordination qu'ils pourront revendiquer.

### 5.3.2. Maltraitance théorique

À la fois à son pied, et destiné à en gravir les échelons, l'étudiant tient, quant à lui, une place complexe au sein de la hiérarchie hospitalière (son principal lieu de formation). Son rapport au savoir, qui le détermine et fonde son statut, est rendu ambigu par l'enjeu de pouvoir que représente la situation d'apprentissage. Guy Merens n'hésite pas à parler d'expériences traumatiques dans ce rapport, générant, chez certains étudiants, des réactions de défense contre toute référence théorique considérée comme instrument de domination. Ne faut-il voir là que l'exacerbation d'une violence qui serait inhérente à l'apprentissage ? René Kaës nous le rappelle : se former, changer de forme, est un processus inévitablement violent par les renoncements, les deuils, les réinvestissements, les mobilisations et mouvements

psychiques qu'il implique. Pourtant, nous soutenons qu'il existe dans le rapport d'apprentissage, un autre type de violence que celle qui serait irréductible et qu'il s'agirait d'intégrer. Ce « surcroît » de violence est, selon nous, le prolongement, dans la relation d'apprentissage, de ce que Françoise Sironi nomme la « maltraitance théorique » et qu'elle définit comme « la maltraitance induite pas les théories, les pratiques ou les dispositifs thérapeutiques inadéquats » (34). Le postulat est simple : les constructions théoriques ne sauraient s'envisager sans leur conséquences pratiques, tant dans leur application, que dans leur transmission. Tout dévoiement dans le rapport qu'entretient la théorie avec son objet et les personnes qui la manipulent, c'est à dire qui y ont recours où la transmettent, expose à un risque violent d'autant plus insidieux qu'il n'est que rarement directement manifeste. Le recours à l'idéologie, par une mise en équation des notions de savoir, de pouvoir et de transmission, permet de penser la violence liée aux théories en faisant apparaître cette maltraitance dans la relation d'apprentissage.

### 5.3.3. Tentation

À l'envisager comme un discours qui se revendique du vrai exclusif, l'idéologie violente, c'est à dire rigide, totalisante, trouve un terrain de développement privilégié dans le rapport sachant/apprenant, et notamment en psychiatrie. L'étudiant puis l'interne sont en effet tout entiers tendus vers – ou du moins tentés par – un savoir supposé salvateur. Salvateur parce que le statut d'étudiant, par nature, exige de s'en nourrir. Salvateur, aussi, parce que son acquisition est la condition nécessaire d'accès à un statut espéré : celui de docteur. Salvateur, enfin, parce qu'il se révèle comme une clé de compréhension puissante face à une expérience clinique souvent étrange, désarmante et éprouvante. Le savoir donne prise lorsque l'expérience échappe, apaise l'inquiétude de ce que génère l'inconnu, notamment quand cet inconnu prend les visages de la folie ou de la détresse existentielle. On comprend dès lors que Guy Merens relève chez ses stagiaires en soins un flottement à la présentation d'un savoir pluriel ou imparfait (40). Ce flottement est corollaire à l'aspiration à un savoir unique, un savoir sans accroc, capable de tout expliquer, sans l'ombre d'une incertitude. Ce fantasme, selon l'auteur, est un fantasme qui s'incarne. L'apprenant serait disposé à espérer que quelqu'un, quelque part, soit détenteur de ce savoir absolu, et en mesure de le transmettre. La proposition de Guy

Merens est intéressante en ce qu'elle inscrit l'avidité de l'étudiant pour le matériel théorique, sa « pulsion épistémophilique » telle que la décrit Mélanie Klein (41), dans un cadre relationnel. L'apprenant appelle au savoir idéal. Il met son formateur en demeure de le lui livrer, donc d'en être détenteur. Par une ambivalence fragilisante [qui a pu être relevée par les enseignants en psychiatrie français (15)], il l'investit d'un pouvoir qu'il réclame et redoute. Or, l'enjeu éthique de la relation asymétrique réside moins dans le pouvoir que représente l'ascendant de l'un sur l'autre que sur l'usage de ce pouvoir (42). Le discours idéologique est une tentation en ce qu'il répond, sans opposer de résistance, à la demande fantasmatique de l'étudiant, tout en confortant le formateur dans un statut narcissiquement valorisant. L'idéologie séduit les deux pôles de l'apprentissage en asseyant la relation de pouvoir qui les détermine. Le risque est alors de laisser libre cours aux tentations omni-explicatives, exclusives et absolues de l'idéologie dans un enseignement qui devient, de fait, doctrinaire. Et c'est lorsque l'idéologie devient doctrine, en tant que vérité qui non seulement s'énonce, mais aussi s'enseigne avec force, qu'elle révèle tout son potentiel violent dans la relation d'apprentissage.

#### 5.3.4. Aliénation

Par sa lecture psychanalytique, René Kaës nous aide à comprendre la violence qui émane de l'exacerbation de la conjugaison du savoir et du pouvoir au sein de la relation d'apprentissage (43). Si, comme il le propose, le processus de formation implique pour l'un et l'autre des protagonistes de « rêver la forme idéale » de l'apprenant, l'enseignement doctrinaire échoue à confronter ce rêve aux « désillusions maturantes » nécessaires au processus de subjectivation de l'un et de l'autre. Au lieu de quoi, il entretient formateur et apprenant dans un rapport où seule compte l'idée, à laquelle se subordonne le processus de transmission. Plutôt que de développer ses potentialités, le discours idéologique tient l'étudiant en respect. Plutôt que d'aiguiser sons sens critique, il l'oblige à la souscription. Plutôt que l'émanciper, il le fait régresser dans une position de passivité face au savoir. Plutôt que de le définir par ses capacités progressivement acquises, il le renvoie et le maintient dans un statut en négatif : le discours dogmatique a tout intérêt à ce que l'étudiant conserve sa fraction d'ignorance quant à un savoir unique. Face au dogme, l'étudiant n'est pas celui qui apprend, mais il est celui qui ignore. Lorsqu'il s'en fait l'émissaire,

le formateur devient conformateur ou déformateur. Assumant une position de pleins pouvoirs, il s'applique à faire entrer l'étudiant en conformité avec les préceptes idéologiques, tout en le privant, par omission, de l'appareil critique et des alternatives théoriques qui lui permettraient de le mettre en relief et de s'en émanciper. La relation de pouvoir et de domination qui caractérise l'enseignement dogmatique concilie les deux pôles violents, pourtant antagonistes en apparence, que décrit René Kaes à l'apprentissage : celui de l'intrusion par l'imposition d'un savoir dans une relation d'emprise et d'aliénation, mais aussi celui de l'abandon de l'apprenant à sa position de non-sachant.

### 5.3.5. L'hypersujet

Au final, l'idéologie totale fait violence parce qu'elle subvertit la relation d'apprentissage. Simplement gouvernée par une logique circulaire de pérennisation, elle ne vit que pour elle-même, négligeant les subjectivités des apprenants et formateurs qui ne sont plus que les instruments de sa conquête, exacerbant les rapports de pouvoir et d'allégeance qui sont les conditions de son implacabilité. La violence n'en est pas moins présente lorsque le problème est lu à l'envers par Michel Foucault : le dispositif de pouvoir (notamment lorsqu'il est représenté par la situation d'apprentissage) constitue une instance de production d'un discours de vérité (44). L'idéologie est alors secrétée par la violence d'un pouvoir qui s'applique de manière asymétrique. Que le pouvoir soit le vecteur ou la source de l'idéologie, il n'en reste pas moins que cette dernière rend violente la situation d'apprentissage lorsqu'elle en fait le lieu de la conjugaison indifférenciée du savoir et du pouvoir. Celui qui détient ce pouvoir prend alors les atours de la figure violente que Michel Wieviorka nomme « l'hypersujet », par opposition au sujet flottant que nous avons convoqué à propos de la déperdition de sens qu'induisait l'athéorisme strict (36). Ici, le sens est excédentaire, « omniprésent, surabondant, et peut même déborder de toutes parts le cadre de références qui est celui de la vie courante antérieure ». Par un paradoxe violent, alors qu'elle prend en otage le formateur et néglige par là son statut de sujet, la « pléthore de sens » empêche son discours et lui donne l'illusion d'une légitimité plus solide à professer. C'est une « logique d'hyper-subjectivation » fallacieuse qui conforte le détenteur du savoir idéologique dans sa position doctrinaire. Et l'apprenant, s'il n'avait pas d'autres figures auxquelles se référer qui l'aide à

développer son sens critique et qui l'initie à la pluralité des savoirs, aurait tôt fait de se laisser gagner par la séduisante recharge de sens, sens que la maladie mentale ne cesse de siphonner.

Malgré les réserves que nous avons évoquées à avoir recours à la notion d'idéologie, trois motifs principaux nous la font apparaître comme inévitable lorsqu'il s'agit de traiter de la violence du soin en psychiatrie, prise à travers le prisme de l'apprentissage. La première, que nous venons d'aborder, se rapporte à la compréhension des enjeux de l'installation du savoir idéologique dans la relation d'apprentissage lorsqu'elle tend vers l'enseignement doctrinaire. La seconde tient à la place singulière qu'occupe l'idéologie au sein de la discipline psychiatrique. Par toutes les particularités épistémologiques que nous avons défendues, au premier rang desquelles figure l'inconnu étiologique, les idéologies structurent le discours et la pratique psychiatrique en tant qu'elles sont des systèmes de représentation théoriques cohérents, autorisant à la fois l'interprétation et l'explication des réalités cliniques normales et pathologiques, mais aussi l'émission d'idées ou de jugements. En psychiatrie, les théories neurobiologiques, psychanalytiques, systémiques ou psychosociales s'opposent et se défendent. Elles oscillent entre tentatives de conciliation – jamais tout à fait complètes – et repli réactionnel en une posture hostile, défensive et rigide. Les idéologues peuvent concéder des intérêts à la théorie alternative, mais au fond, il s'agit d'une affaire de croyances. On y croit ou on n'y croit pas. On s'affilie par conviction. À l'ère de l'hégémonie psychanalytique des années 1960, où à celle, plus contemporaine, des modèles neuroscientifiques, on participe à l'occultation des mouvements non coïncidents ou, au contraire, on s'organise en résistance. Foucault nous le rappelle : la psychiatrie s'est engagée dans une course à la vérité, vérité détenue au nom d'une science médicale, et qui s'énonce face à la folie, comme le réel devrait s'imposer à elle (44). Et d'en venir à la troisième raison pour laquelle l'idéologie nous sera d'un recours utile. Car, selon Foucault, cet énoncé vrai procède d'un surcroît de pouvoir du psychiatre, pouvoir inhérent au savoir qu'il détient. Dès lors, l'idéologie se situe à l'intersection de ce savoir-pouvoir déséquilibré et de la notion de maltraitance théorique que défend Françoise Sironi (34). Selon la psychologue, les théories maltraitantes sont celles qui emploient « l'universalité » comme méthode, qui sont « plaquées sur une réalité clinique qu'elles recouvrent, qu'elles redécoupent ou qu'elles ignorent », qui génèrent

« des symptômes spécifiques susceptibles d'être confondus avec la pathologie initiale du patient », ou qui relèguent l'inexplicable, l'irréductible, dans des « points aveugles ». Dans ce poids de la théorie maltraitante, nous pouvons voir l'expression du savoir-pouvoir foucauldien. Mais ces caractéristiques, dans lesquelles la violence se lit, ressemblent également singulièrement à celles qu'Hannah Arendt décrit à l'idéologie : prétention omnisciente et omni-explicative, émancipation de la réalité, logicisme, caractère irrécusable. Ces propriétés, par lesquelles la théorie devient maltraitante selon Sironi, et par lesquelles l'idéologie devient totalitaire selon Arendt, sont les germes d'une violence théorique qu'il est possible, il nous semble, d'apercevoir dans les rapports qu'entretient la discipline psychiatrique avec les théories qui la nourrissent. Arendt pose que l'idéologie ne suffit pas à constituer un système totalitaire, mais plutôt qu'elle contient les prémisses susceptibles de fonder un tel système. Nous serons encore bien plus prudents concernant la psychiatrie. Si nous aurons recours au même appareil conceptuel, ce ne sera pas tant pour montrer comment la psychiatrie peut se constituer en système totalitaire (encore qu'elle ait servi de tels systèmes à ses heures les plus sombres) mais davantage pour faire émerger des périls violents, qui, sinon, seraient restés inapparents.

## **5.4. Propriétés de l'idéologie violente**

### **5.4.1. Prétention omnisciente et omniexplicative**

#### **5.4.1.1. Aspiration hégémonique**

Manquant d'une instance de véridiction ultime, la psychiatrie se nourrit de théories, d'hypothèses, qui ne sont jugées – et donc ne survivent – qu'à l'aune de leur pouvoir heuristique. Pour qu'un paradigme survive, il faut qu'il soit suffisamment cohérent, qu'il rende compte d'un nombre suffisant d'événements cliniques, et qu'il ouvre suffisamment de pistes de recherche nouvelles. Dans le même temps, toute idée émise sur la maladie mentale, est aussi, en creux ou en plein, une idée émise sur le fonctionnement psychique normal. Injonction à la puissance explicative, extension au delà du champ du pathologique : la double injonction est grisante pour les modèles psychiatriques. Elle pousse l'idée théorique à s'affranchir des limites de l'objet pour lequel elle avait été construite. Entraînée par sa force logique propre, la

tentation est alors à l'expansion. Par delà le pathologique, par delà même le psychologique, le territoire à conquérir est virtuellement sans limite pour une idée suffisamment puissante. Tout expliquer de façon cohérente et univoque. Tout éclairer d'une source lumineuse unique, plutôt que de donner un simple coup de projecteur. L'exemple de la tendance hégémonique de la psychanalyse s'offre (presque trop) spontanément d'avoir été régulièrement dénoncée. Placer l'espace psychique de l'inconscient au fondement de l'explication psychopathologique a constitué une rupture de paradigme franche dans la compréhension de la pathologie mentale, et plus particulièrement des névroses. Il s'agissait explicitement d'aller au delà les modèles psychologiques en vigueur au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, de constituer une métapsychologie. C'est précisément cette force et cette propension à franchir les lisières du domaine du connu qui a détonné et séduit. Mais en fait de franchissement, la dynamique *méta* des idées freudiennes les a entraînées dans un mouvement de conquête : depuis le territoire de la psychopathologie, elles ont gagné celui des phénomènes psychiques normaux, puis des faits historiques et sociaux, jusqu'à s'étendre aux questionnements existentiels et philosophiques. À sa mort, Freud aura écrit, sous l'étendard d'une même théorie (nous pourrions dire, des mêmes prémisses idéologiques) sur le quotidien des hommes, la défaillance de leur esprit, leur développement, leurs religions, la constitution de leurs sociétés, leurs amours et leur mort. Comment, dès lors, être surpris de la place qu'a occupée la parole psychanalytique durant la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Comme Guy Baillon nous le rappelait, durant les grandes heures de la psychanalyse, rien n'échappait à son regard. Toutefois, la psychanalyse n'a pas le monopole des prétentions « omni ». D'autres modèles, quoi que moins critiqués, portent en leur sein la possibilité d'embrasser d'une même méta-structure théorique des réalités qui s'étendent bien au delà de la psychiatrie. Sans viser l'exhaustivité, citons pour exemple les théories systémiques qui rangent l'explication de l'émergence des symptômes psychiatriques aux côtés de celle du fonctionnement d'une famille, du comportement d'une population de cellules (45), ou de l'autorégulation d'une machine. À partir de prémisses épistémologiques en rupture radicale d'avec la métapsychologie freudienne, la systémie recèle un potentiel de conquête heuristique équivalent. Mécanique, mathématiques, thermodynamique, organisation humaines, comportement animal : les champs d'application semblent inépuisables (46). Et que dire des modèles neuroscientifiques et des méthodes qui leur sont affiliées ? La

neurobiologie, l'imagerie cérébrale fonctionnelle, les neurosciences cognitives, sociales ou affectives fournissent un appareil explicatif puissant que la technologie vient alimenter. Là encore, nulle raison pour les neurosciences de se limiter à la pathologie mentale, quand il est possible d'appliquer cet appareil à des questions aussi complexes et vastes que la conscience, le libre arbitre, l'empathie ou l'apprentissage. Tout comprendre comme le fruit d'un ou plusieurs cerveaux, quitte à oublier que malgré la légitimité présumée que confère le label « science » (positive, s'entend), il ne s'agit là encore que d'un modèle, quitte à en fondre les prémisses épistémologique dans une sorte d'évidence, quitte à scotomiser les limitations méthodologiques qui devraient en restreindre la portée (cf. **Partie 1, Section 5.4.4**)

#### **5.4.1.2. Conflictualisation des théories**

Or, dans le mouvement de conquête heuristique, le dispositif logique s'inverse. Le réflexion dialectique s'efface au profit d'un régime de déductions faites à partir d'une prémisse unique : « Tout est compris dans cette progression cohérente de la déduction logique. » (47). Il devient possible, voire nécessaire, de rendre compte de tout ou presque tout, à partir d'un seul paradigme indépassable. Il découle de ces principes d'universalité et d'absolu que toute explication qui ne dériverait pas de cette même prémisse serait tenue pour fausse. Il s'agit moins de prétendre à une vérité que de prétendre détenir *la* vérité. D'où l'impasse faite à la dialectique. D'où l'émergence de la conflictualisation des théories. L'espace épistémologique des idéologies est plan. La coexistence ou la superposition des savoirs n'y est pas permise, si bien que la progression des uns ne peut se faire qu'au bénéfice d'un repli des autres. Comme nous l'avons vu, l'histoire de la psychiatrie est pénétrée de ces mouvements de balancier par lesquels la prééminence d'un modèle théorique est assise à force de saillies, d'attaques ou de discréditation des modèles adverses. Les écoles, les chapelles, s'affrontent parfois jusqu'à la caricature.

#### **5.4.1.3. Prémption du patient et de l'étudiant**

Mais la violence qui résulte des prétentions omniscientes des idéologies psychiatriques ne se limite pas à l'abstraction de querelles théoriques. S'agissant d'une discipline médicale, la psychiatrie s'enseigne et s'applique. Il y a donc là deux

terrains d'affrontement potentiels, deux voies possibles par lesquelles la violence des conflits théoriques peut gagner les personnes. Dans ce système, le patient et l'apprenant sont tous deux nécessairement pris en otages. Le premier parce qu'il devient, à son insu, l'instance de véridiction, celui à partir de qui on pourra dire qui a raison et qui à tort, celui pour qui on aura oublié l'intention soignante au profit d'une logique militante, celui dont la prise en charge sera subordonnée à des postures de force destinées à faire taire, par l'exemple, les contradicteurs. Or, pour devenir justificatrice de l'idéologie qui la regarde, la situation clinique doit se faire lisse, et le patient avec elle. L'universalité en tant que méthode, nous dit Françoise Sironi, « procède par simplification, réorganisation et généralisation de la nouvelle forme » (34). Là où l'on aurait pu penser que les vues larges des idéologies omni-explicatives auraient laissé un espace aux complexités des phénomènes observés, l'universalité fabrique au contraire des mirages stéréotypés qui se surimpriment sur les objets complexes. Et d'en revenir aux violences que le nivellement de la complexité génère (voir **Partie 1, Section 4.2.1**). L'étudiant, quant à lui, est le canal par lequel l'idéologie se pérennise dans le temps et prend de l'ampleur dans l'espace, l'adepte en puissance, qui, une fois convaincu, viendra grossir les rangs. Plusieurs générations d'internes se sont vues sommées, explicitement ou implicitement, de choisir leur camp, posant comme allant de soi que choix il y avait à faire. Mais que cela représente-t-il en terme d'autonomie, de développement du sens critique, que de devoir renoncer à tout un pan théorique quand on est apprenant ? Cette crainte se traduit aujourd'hui encore dans les préoccupations de certains enseignants en psychiatrie à ce que les internes soient « instrumentalisés » lors de leur formation (48). Or, puisque la neutralité n'existe pas, il s'agit bien sûr de l'idéologie de l'autre dont on craint les effets instrumentalisants. Le caractère partisan du champ théorique est d'autant plus violent que le moment de l'apprentissage détermine non seulement l'acquisition du savoir, mais aussi le rapport que l'étudiant entretiendra avec lui. La revendication, par les idéologies, d'une vérité absolue, d'une vérité « plus valable que les autres vérités », lui fait croire à un savoir brutal, inscrit dans l'opposition. En somme, elle le rigidifie dans une position d'acceptation passive, de telle sorte qu'il ne s'agit plus d'une relation d'un sujet face à un savoir, mais d'une relation du savoir à lui-même.

## 5.4.2. Émancipation du réel

### 5.4.2.1. Rupture du fil de l'inférence

Si les idéologies négligent les sujets, et particulièrement les patients, c'est aussi parce qu'après être nées de leur observation, elles peuvent en prendre congé. Il ne s'agit plus seulement d'expansion, il s'agit aussi d'abstraction. Hanna Arendt le dit ainsi : « Une fois les prémisses établies, le point de départ donné, les expériences ne peuvent plus contrarier le mode de pensée idéologique, pas plus que celui-ci ne peut tirer d'enseignement de la réalité ». Pour ce qui concerne la psychiatrie, cela signifie que le fil de l'inférence, qui relie la réalité clinique du patient à la théorie qui en propose une explication, est rompu. L'idéologie en psychiatrie, c'est la théorie du fait clinique moins le fait clinique. Or, la naissance d'une théorie s'inscrit nécessairement dans un contexte scientifique, culturel et social. Elle est datée et localisée. Pour qu'il reste une théorie, le système explicatif se doit de rester branché aux réalités qu'il prétend embrasser, s'assouplir et se transformer au gré de leurs évolutions et de leurs transformations, à tout moment se contraindre à la confirmation ou à la réfutation. Les impératifs de malléabilité sont d'autant plus impérieux pour les théories psychiatriques qu'en fait de réalités, c'est la matière vivante et labile de la souffrance qu'il s'agit d'expliquer. Une souffrance incarnée, touchant des personnes elles-mêmes détentrices d'un savoir singulier et susceptibles de produire leurs propres hypothèses sur l'origine de leurs maux. C'est ce savoir, ce sont ces hypothèses, que l'idéologie néglige. L'idéologie sacrifie le phénomène dont elle est sensée rendre compte au bénéfice de sa propre cohérence interne. Face à une expérience indocile, qui ne se superpose jamais tout fait aux explications théoriques sensées la modéliser, l'idéologie fait le choix de l'émancipation. Au lieu de marcher dans les pas des personnes au service desquels elle est sensée se mettre, elle avance seule, pour le compte de sa propre logique. Plus encore : elle devance et exige qu'on la suive. Là se situe le renversement : oubliant la réalité d'où elle s'origine, l'idéologie propose une réalité encore « plus vraie ». Dès lors, la parole du patient, riche d'un savoir expérientiel opaque et complexe, ne nourrit plus la théorie qui le concerne. N'étant plus nécessaire à sa subsistance, elle est reléguée dans les soubassements de cette théorie. Par l'épaisseur de sa concrétude, la souffrance risque d'entacher l'esthétique ronflante de l'efficacité explicative. On entendra dire de telle hypothèse qu'elle est « élégante », en l'adossant aux arcanes sombres de la

maladie. On dissertera sur telle situation clinique, sur telle grande pathologie, et la réalité expérientielle, seule incontestable, ne sera qu'en filigrane, quand elle ne sera pas tout à fait absente.

#### **5.4.2.2. Hiérarchisation des savoirs**

Ainsi se crée une hiérarchie des savoirs, où les discours se recouvrent plus qu'ils ne cohabitent. À négliger les théories et connaissances non autorisées, l'idéologie gagne en pouvoir symbolique, et soustrait d'autant celui des profanes, patient (34) ou apprenant (40). Peut-être plus qu'une négligence, c'est en fait une dépossession qui s'opère. Dépossession de la compréhension que le patient s'était forgée de son vécu, de son histoire et de sa souffrance et qui est souvent le fruit d'un long processus de mise en sens. Sous l'ombre du « discours vrai » de l'idéologue, ces théories intimes, pourtant profondément ancrées dans l'être souffrant, se trouvent soudainement délestées d'une part de légitimité, non seulement à être exprimées, mais aussi à exister. « Non, vous n'êtes pas déprimé parce que votre père vous manque, il s'agit simplement d'un dérèglement de votre système de neurotransmission ». « Vous me dites être plus anxieuse en ce moment parce que votre enfant a des difficultés scolaires, mais ne s'agit-il pas plutôt d'une pulsion inconsciente qui se manifeste ? ». Dès lors que l'explication a vocation à substituer plutôt qu'à étayer, elle devient violente, tant par ce qu'elle retranche d'auto-détermination, de narcissisme ou de maîtrise, que par ce qu'elle impose de sens. Jacob Ammon-Suissa illustre le processus appliqué au trouble hyperactivité avec déficit de l'attention, en proposant que « l'idéologie de la maladie » (sous-entendu, la maladie exclusivement prise dans ses déterminants biomédicaux), escamote « le sens et la démarche de souffrance des jeunes », au profit « des symptômes gérés par la médicalisation ». Selon l'auteur, il résulte des progrès biomédicaux, une utilisation « à des fins qui excluent les gens du pouvoir de contrôler leur vie » (49).

#### **5.4.2.3. Mise au joug du réel**

Mais la perte de contrôle existentiel s'accompagne aussi d'une perte de prise pragmatique de la parole qui en est le véhicule et le support. Les théories intimes, celles qui justement émanent directement de l'expérience, sont disqualifiées sitôt

qu'elles n'entrent pas en congruence avec la théorie légitime. Sous le régime de l'idéologie, l'opinion alterne est systématiquement et immédiatement réduite à une inexactitude qu'il s'agit d'aligner. La neutralisation opère par transformation des pleins en creux : plein de la force pragmatique des discours divergents en creux d'un discours à corriger. Si l'étudiant conteste la théorie du haut de ses propres convictions et de son expérience, il se verra renvoyé précisément à son manque d'expérience, et à la marge de connaissances qui lui reste à acquérir. Le discours de l'étudiant n'est efficace pour l'idéologue que s'il est en conformité avec le savoir autorisé. Les savoirs expérientiels sont relégués dans l'erreur par l'affirmation de la dimension incapacitante du statut de profane face à l'idéologie. « Tu ne sais pas, ou pas encore, car tu es étudiant. Tu verras, quand tu auras appris, quand tu sauras mieux, quand tu auras vécu davantage » dit l'idéologue, non sans condescendance (condescendance qui évacue d'ailleurs toute protestation par invocation de la bienveillance). Le processus est similaire pour le patient. Par l'épaisseur de sa concrétude, la souffrance brute dont il témoigne risque d'entacher la lisseur de l'efficacité explicative. Tout se passe comme si le malade devait fournir le matériau, puis se retirer. L'idéologie n'a, à la limite, plus besoin de lui. Tout ce qu'il a à dire de lui-même n'est que du bruit. Et pour faire taire ce bruit, pour que ce bruit n'ait pas d'écho, il s'agit, là encore de renvoyer le malade à l'illégitimité supposément inhérente à son statut. Par une logique viciée, l'assertion « tu es patient, tu as donc mandaté un expert pour expliquer ce que tu vis de ta souffrance » devient « tu as mandaté un expert, c'est que ce que tu connais de ton expérience est insuffisant, lacunaire, erroné ». Le patient voit alors opposer à la relation de son expérience une réalité théorique qui se veut plus réelle que le récit lui-même. Non contente de s'émanciper des réalités expérientielles et cliniques, l'idéologie en psychiatrie se plaque sur elles, les « recouvre » ou les « redécoupe ». Par un processus de forçage théorique qui opère en retour sur soi, le dispositif explicatif, devenu autonome, s'impose et s'oppose à un sujet qu'il était pourtant sensé servir. Quand le reversement est consommé, ce n'est plus la théorie qui se subordonne au réel, mais le réel qui se subordonne à la théorie. La réalité clinique produite par le patient (la réalité de ce qu'il est) lui est alors confisquée puis est remodelée, retravaillée, réinterprétée en conformité de ce qu'attend l'idéologue qui la regarde. L'image qui est restituée au patient est empesée de l'autorité expertale. Il lui faut la croire, la faire

sienne, quand bien même il ne s'y reconnaît plus. La violence se loge dans le sentiment imposé d'étrangeté à soi.

### 5.4.3. Logicisme

Afin de n'être pas être frustré ou bridé par l'absence d'instance de véridiction ultime sur laquelle s'appuyer, le discours idéologique totalisant use de subterfuges pour servir ses ambitions expansionnistes. Son autorité, qui fait aussi sa survie, se base sur l'avatar d'une vérité absolue générée par un habile système de validation auto-référent. Le moteur de sa conquête s'appuie donc sur la logique. Ou plutôt le logicisme. Une pseudo-logique circulaire, instrumentalisée pour annexer des domaines réflexifs qu'elle n'était pas sensée concerner. Par le logicisme, l'idéologie produit sa propre vérité en se prenant elle-même comme modèle de validation. Ce procédé lui assure d'avoir toujours raison : les observations congruentes sont prises à son crédit, tandis que les contradictions sont absorbées d'être fallacieusement interprétées comme autant de résistances du réel, non pas à son système explicatif, mais *au sein* de ce système. De la sorte, l'idéologie totale peut faire feu de tout bois : en entretenant une confusion entre les différents niveaux logiques de compréhension, elle se nourrit par inclusion des approbations autant que des réfutations, achevant, par une forme de condescendance théorique, de se libérer des prises du réel. Bien que tout système explicatif soit vulnérable à ses sirènes, la psychanalyse a été souvent épinglée pour avoir cédé à l'écueil du logicisme. Il faut dire que la combinaison des notions d'inconscient et de mécanisme de défense rend la tentation particulièrement pressante. Car à partir de ces deux jambes conceptuelles, l'idéologie psychanalytique trop peu consciencieuse a pu construire un raisonnement logique en apparence imparable : si le patient conteste l'interprétation qui lui est soumise, c'est que cette interprétation sollicite chez lui une résistance défensive à admettre ce qui ne serait que trop vrai. Ce mode de raisonnement – dont le caractère lapidaire est en fait davantage à considérer comme un dévoiement de potentialités heuristiques contre lequel la plupart des psychanalystes s'attachent à lutter – désamorce la contestation en la phagocytant. Le pouvoir pragmatique et symbolique de la parole du patient s'en trouve confisqué. Selon les appareils critiques qui s'y sont intéressés, cette puissance logiciste de la psychanalyse a été fixée en différentes formalisations, toutes à peu près

équivalentes. Très tôt, Karl Popper en a ainsi fait la principale entorse aux exigences de réfutabilité de ses hypothèses, ce qui lui vaut, selon le philosophe, d'être rétrogradée au rang de pseudoscience. Si bien que Freud, prenant la critique très au sérieux, et la résumant même par l'efficace formulation « pile je gagne, face tu perds », en modifia sa terminologie pour rendre moins ambiguës ses intentions (plutôt que d'« interprétation », il parla par exemple de « construction ») (50). Michel Onfray, quant à lui, la pose comme un instrument rhétorique en la qualifiant de « verrouillage sophistique » (51). En termes plus systémiques, Paul Watzlawick évoque les situations « closes sur elles-mêmes » décrites par Lipson pour décrire les prolongements pratiques du logicisme psychanalytique (52) :

« [...] on peut voir que si l'on croit qu'un symptôme "névrotique" n'est que la partie visible de l'iceberg, et, si malgré des mois de thérapie consacrés à l'exploration profonde, ce symptôme n'a pas évolué, cela "prouve" la justesse de l'hypothèse selon laquelle les problèmes émotionnels sont souvent enracinés dans les couches les plus profondes de l'inconscient, ce qui, à son tour, permet de comprendre pourquoi le patient a besoin d'une analyse plus longue et encore plus profonde ».

Mais nous nous tromperions, et c'est d'ailleurs une erreur bien commune, à penser que les psychanalystes sont les seuls à devoir lutter contre les dangers du logicisme. D'avoir été régulièrement dénoncés pour cela, au moins peuvent-ils veiller en toute conscience à ne pas y céder. Pour d'autres idéologies, en revanche, une pareille position méta fait souvent défaut, et les griseries logicistes opèrent sans qu'elles ne soient identifiées ou encore moins combattues. Que dire, par exemple, de ces situations où la prescription d'antidépresseurs vaut attestation de la réalité de la dépression, y compris lorsqu'ils sont inefficaces et que la dépression, plutôt que d'être récusée, est alors considérée comme « résistante », justifiant d'adopter une nouvelle stratégie thérapeutique qui, à son tour, renforce la « vérité » de la dépression. De même, que penser de ces patients placés sous traitement antipsychotique depuis tant d'années que personne ne se souvient de leur indication première, mais dont certains effets indésirables (indifférence psycho-affective, apathie, émoussement, amimie, perte de l'auto-activation psychique, etc.), se confondant avec les signes premiers de la psychose, incitent à maintenir la molécule

au bénéfice du doute ? L'idéologie neurobiologique, en tant que système heuristiquement efficace et pas moins analytique que la psychanalyse lorsqu'elle s'applique au seul individu, comporte aussi son lot de paradigmes auto-justificateurs. Elle se nourrit elle-même de produire des symptômes susceptibles d'être confondus avec la pathologie initiale (34), sinon pratiquement par les interventions médicamenteuses qu'elle justifie, au moins dans le forçage interprétatif auquel elle expose (cf. **Partie 1, Section 1.2.1 et Partie 2, Section 3.2.3**), prenant au passage le patient au piège d'un diagnostic qui l'essentialise. Car la force symbolique du médicament n'est plus à démontrer, et par un courant logique rétrograde, c'est l'hypothèse qui a conduit à le voir prescrire qui s'en trouve renforcée : « mon psy m'a prescrit un traitement antidépresseur, c'est bien que je suis déprimé ». Sans plus contester la nécessité et l'efficacité des traitements médicamenteux dans certaines situations choisies que l'opportunité de poser des diagnostics précis, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'accroches identitaires fortes pour les patients qui, à la faveur d'hypothèses étiologiques que l'idéologie présente comme exclusives [alors que d'autres modèles existent, à l'instar de celui de la crise (53)], en font un mode d'être sur lequel ils n'auraient aucune prise. Plus largement, c'est au même procédé de retour sur soi que Roland Gori attribue l'expansion du champ sanitaire dans le domaine social. En effet, la conquête du médical, hissé au rang d'idéologie normalisatrice, sur la souffrance psychique avancerait à la force d'une machinerie logiciste que met au jour Foucault :

« Lorsque nous voulons avoir recours à un domaine que l'on croit extérieur à la médecine, nous nous apercevons qu'il a été médicalisé. Et quand on veut objecter à la médecine ses faiblesses, ses inconvénients et ses effets nocifs, cela se fait au nom d'un savoir médical plus complet, plus raffiné et plus diffus. » (54)

Plus largement encore, la science positiviste, qui se prévaut d'une rigueur et d'une méthode supposées la protéger des interprétations fallacieuses et qui fait de son empirisme la garantie d'un ancrage solide à la réalité, n'en est pas moins une idéologie, et, à ce titre, pas moins fragile aux vellétés totalisantes des scientifiques. De Leon souligne ainsi la menace que constituent pour la science ceux qui n'y croient que trop, tout en identifiant dans la définition tautologique du scientifique, la logique

réursive qui nous est maintenant familière : « Science is a complex trial-and-error historical process led by experts, the scientists » (26). Si le scientifique n'est ni plus ni moins que celui qui fait de la science, qu'il est enclavé en elle, il devient nécessairement myope aux considérations épistémologiques qui devraient le situer sur le champ de la connaissance : quelle place, quel recul a-t-il pour penser les limites de son champ d'action, les ressorts du dispositif théorique qu'il emprunte, ou les failles des méthodes qu'il emploie ? Et en matière de failles méthodologiques, Gonon relève quant à lui avec pertinence le biais de citation comme nouvel exemple de logique auto-renforçatrice (55) : par leur tendance à ne citer que les travaux qui confortent leurs hypothèses, les auteurs scientifiques en viennent à générer des dogmes qui se renforcent de leur propre synergie jusqu'à n'avoir plus aucune rationalité (56).

En matière de violence théorique, le type d'idéologie compte au fond moins que la façon dont cette idéologie se retrouve prise au piège, faute de n'y avoir pris garde, d'un cercle vicieux auto-renforçateur qui est aussi auto-dévorant. Car malgré l'illusion de toute puissance heuristique qu'il génère, le logicisme est avant tout, selon les propos mêmes de Hannah Arendt, une « camisole logique ». Il aliène la théorie à elle-même, la subordonne à ses fantasmes omniexplicatifs. Ne rendant au final plus compte que de sa propre existence, celle-ci s'en trouve dénaturée, privée des liaisons au réel qui faisait sa raison d'être. En fait de réel, c'est le patient qui, en psychiatrie, est tenu captif du logicisme. Alors qu'il était la finalité du dispositif explicatif, celui-ci ne devient plus qu'un prétexte à valider une vision exclusive du monde, quitte à ce qu'il soit appelé à générer, par ce qui pourrait être qualifié de « iatrogénie structurelle » (57), de nouveaux pseudo-signifiants (y compris signes et symptômes) à interpréter en concordance. Non content de le priver d'une mise en sens que seul un dispositif théorique mesuré pouvait lui offrir, l'idéologie auto-renforcée parle à sa place. En s'y substituant, elle l'empêche de tenir un discours sur lui-même (34). À la violence du non-sens, ou de l'anti-sens se surajoute alors celle de la négation du sujet parlant. Pourtant, laisser le patient produire des énoncés sur les énoncés (34), lui soumettre à chaque instant les hypothèses que la théorie génère serait la condition d'une réelle praxis, un rappel par le réel vivant, à l'humilité de chaque système théorique. Elle serait une façon d'inciter chacun de ces systèmes

à prendre de la hauteur, en les confrontant à une réflexion épistémologique seule susceptible d'enrayer l'emballlement du logicisme (58).

#### **5.4.4. Caractère irrécusable**

Dans le cadre médical, accuser un système idéologique de logicisme constitue une attaque profonde, car elle remet en question le principal critère par lequel ce système serait autorisé à se réclamer de la science : la possible récusation de ses hypothèses. C'est de la crédibilité et de la légitimité à approcher le patient qu'il en va. Et la psychanalyse en a fait les frais. En effet, ses détracteurs ont usé et abusé de l'argument d'irréfutabilité pour rétrograder la métapsychologie au rang de courant obscurantiste, pointant, au delà du logicisme, un langage tellement hermétique qu'il n'en devenait maîtrisable que par les convaincus (quand il ne se vidait pas tout à fait de son sens), un manque de rigueur, un défaut d'évaluation standardisée, ou encore une incapacité à se ranger à une certaine objectivité dans l'appréciation de ses effets (voire une tendance farouche à s'y refuser tout à fait). Il est regrettable que nombre de ces détracteurs, plutôt que d'employer la pertinence de leurs arguments à contribuer à faire barrage, dans une démarche critique constructive, à des dérives idéologiques que les psychanalystes eux mêmes condamnent, les aient en fait utilisées pour disqualifier le système théorique tout entier. En adoptant une posture tout aussi idéologique que ce qu'ils entendaient dénoncer, ils se sont ainsi privés d'une réflexion épistémologique dont ils auraient eux-mêmes profité. Une réflexion à laquelle le rapport 2004 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur l'efficacité des psychothérapies s'emploie, en misant sur le fait que toute hypothèse psychothérapeutique, y compris d'orientation psychodynamique, peut être soumise à l'expérience réfutable, pourvu que soient prises en considération quelques précautions qui incitent davantage à la prudence qu'elles ne paralysent. La première de ces précautions tient à ce que l'objet de ces études – par nature singulier – rend délicate leur reproductibilité. Toutefois, cette difficulté n'est en rien propre au domaine des psychothérapies, et ne devrait pas plus que dans les autres types d'études évaluatives constituer un obstacle infranchissable. La seconde précautions nous semble fondamentale (59) :

« En effet, les instruments de mesure les plus sophistiqués ne trouvent de sens véritable que quand ils sont insérés dans un champ théorique. Une situation idéale serait que l'instrument retenu dans l'étude soit compatible avec le support théorique utilisé par la ou les psychothérapie(s) évaluée(s). Il faudrait alors disposer d'une théorie du fonctionnement mental permettant de situer les différentes stratégies psychothérapeutiques les unes par rapport aux autres mais, malheureusement, s'il existe un grand nombre de théories parcellaires du fonctionnement mental, une théorie globale est bien loin d'exister aujourd'hui. »

En d'autres termes, une évaluation pertinente des psychothérapies imposerait de prendre en considération les spécificités épistémologiques propres à chacun des appareils théoriques, et de les articuler dans une perspective constructive de multidisciplinarité réelle. Au lieu de quoi, les appareils théoriques en question tendent, aujourd'hui encore, à établir une hiérarchie des savoirs du haut de laquelle ils contemplent ceux qui, à l'aune de leur référentiel propre, échoueraient à comprendre vraiment le malade et la maladie psychique. Si bien que d'après une étude américaine (60) que cite Gonon dans son article très documenté (55), la représentation du grand public a été progressivement pénétrée d'une conception exclusivement neurobiologique des pathologies mentales. Pourtant, Gonon le souligne, la neurobiologie, et avec elle le paradigme positiviste sur laquelle elle est fondée, n'est pas exempte de déceptions. D'après l'auteur, elle a notamment dû se confronter à la faiblesse de ses indicateurs, faire le deuil des promesses de la seule génétique au profit d'une épigénétique par laquelle l'environnement se réimpose avec force dans l'équation étiologique, composer avec les failles de ses modèles animaux ou encore prendre acte du fait que la psychiatrie n'a pas connu de nouvelle révolution thérapeutique depuis la découverte – par sérendipité, du reste – des principales classes de psychotropes dans la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Nous ne prétendons certainement pas (bien au contraire !) récuser la puissance heuristique des modèles neurobiologiques, et nous avons bien conscience que chacun des points énoncés pourraient être contestés par les spécialistes concernés. Notre propos est davantage de souligner le fait qu'au même titre que la psychanalyse (ou d'ailleurs que le comportementalisme, les conceptions sociologiques ou les approches systémiques), la neurobiologie est un dispositif

théorique dont les postulats, les méthodes et les référentiels sont susceptibles d'être légitimement interrogés, si ce n'est critiqués par l'épistémologie, et que, tout comme la psychanalyse, l'idéologie positiviste a les moyens de s'affranchir de l'exigence de réfutation. Gonon relève ainsi certains des subterfuges par lequel le discours de la psychiatrie biologique travaille les résultats, y compris contradictoires, pour servir son propos. Les conclusions des articles scientifiques s'en trouvent par exemple parfois déformées au risque d'incohérences franches, d'affirmations trop peu nuancées ou d'ouverture de pistes thérapeutiques abusives. Bien que de telles déformations soient supposées être censurées par les systèmes sophistiqués de relecture par les pairs, certaines indulgences, dont les causes peuvent être variables (citons, pour les plus préoccupantes, les systèmes d'acointance, ou les effets de la renommée de leur auteur), permettent qu'elles infiltrent régulièrement la littérature. En outre, bien plus sérieux que le biais de citation que nous avons déjà mentionné dans la **Partie 1, Section 5.4.3**, le système de recherche scientifique internationale est confronté à une difficulté d'ampleur : le biais de publication des résultats. En effet, les normes du système de récompense en vigueur, duquel sont entièrement tributaires les chercheurs (que ce soit pour leur prestige, leur carrière, ou leurs financements), veut que soient largement avantagées les études originales aux résultats positifs. Les études négatives ou celles qui se proposent de répliquer des résultats déjà publiés s'en retrouvent alors souvent cantonnées aux journaux les moins prestigieux (donc les moins cités), quand elles ne sont pas tout simplement refusées. Il en découle que les deux conditions par lesquelles une science peut produire des résultats valides (et donc garder sa légitimité de science), à savoir la possible réfutation et la nécessaire reproduction, s'en trouvent considérablement bridées. Si on y ajoute les difficultés d'interprétation desdits résultats négatifs [absence d'effet ou insuffisance de puissance pour mettre en évidence l'effet ? (61)], la très fréquente inadéquation des outils mathématiques employés (62), ou la tendance au développement de champs de recherche hyper-pointus restreignant d'autant le nombre de spécialistes qui seraient compétents à porter un avis critique, voilà retracées les multiples pistes par lesquelles la neurobiologie peut échapper à la réfutation. Parce qu'elle dépend éminemment de ses conditions de production et d'auto-engendrement, la science positiviste n'est donc en rien prémunie d'ambitions totalisantes. Pourtant, c'est bien à ce savoir qu'est référée la pratique médicale contemporaine au titre de l'*Evidence Based Medicine* (EBM). Plus spontanément, et peut-être avec plus de confiance que

pour les autres systèmes théoriques, le clinicien et les instances décisionnaires se fieront à la « littérature médicale » pour fonder leurs actions. Sans compter que la crédibilité dont les « productions scientifiques » bénéficient modulent progressivement les représentations des troubles dont elles s'occupent. En sa fonction reconnue de canal de transfert de connaissances, l'EBM est donc un bras armé puissant pour la théorie positiviste. Une puissance qui, lorsqu'elle est mise au service d'une science rigoureuse, consciente de ses potentialités et de ses limites, est susceptible d'opérer des progrès considérables dans les pratiques diagnostiques et thérapeutiques. Mais aussi une puissance dont les effets violents seraient tout aussi considérables si elle étaient mise au service des velléités expansionnistes et omni-explicatives d'une idéologie scientiste.

## **PARTIE 2. APPRENDRE UNE PRATIQUE**

# 1. L'inéluctable rencontre avec l'Autre souffrant

## 1.1. L'intersubjectivité comme un fondement

### 1.1.1. Le lien soignant au sujet

Dans son allocution aux journées nationales Croix Marine, Pierre Delion appelait de ses vœux à une psychiatrie de la personne, une psychiatrie qui mettrait ses efforts à « restaurer le sujet dans l'homme » (32). Il s'inscrit en cela dans la lignée des aliénistes et psychiatres qui ont défendu, souvent par engagement, parfois avec militantisme, l'attention à la subjectivité comme expérience primordiale et fondatrice de la discipline. Pour ces médecins humanistes, la réhabilitation d'un statut de sujet menacé prévaut et précède les autres nécessités qui caractérisent la psychiatrie. Dans cette perspective, le mandat de régulation sociale, les efforts classificatoires, l'exigence scientifique, le développement des prises en charge devraient tous se subordonner à une visée subjectivante et capacitante du soin. Mais la revendication à haute voix de ce souci premier, réactualisée de sursauts en sursauts, parfois doublée, de façon intéressante, des mouvements antipsychiatriques qui ont traversé l'histoire du soin des fous (3), atteste le manque d'évidence. Il est possible de lire, en négatif de ces postures de défense, de ces signaux d'alarmes itératifs, les dangers persistants qui menacent le sujet en psychiatrie. S'il faut « restaurer le sujet dans l'homme », c'est que ce sujet a déserté ou a été contraint de le faire. Si Tosquelles, que cite Pierre Delion, met en garde contre la disparition de l'homme lorsqu'est négligée la valeur humaine de la folie (32), c'est que cette négligence est éprouvée comment une menace réelle. Il semblerait en fait que la menace soit double. L'une, consubstantielle à l'objet de la psychiatrie, concerne la guerre de position que se livreraient subjectivité et folie. C'est dans cette bataille que la discipline s'est lancée, par elle qu'elle a fondé sa légitimité et sa mission. Pinel, dans le même temps qu'il accordait un résidu de raison au fou, lui a reconnu une subjectivité à qui il devenait non seulement possible, mais encore impérieux, de parler. Le traitement moral a pu être critiqué comme figurant les prémisses d'un nouvel ordre disciplinaire (44). Il n'en reste pas moins qu'en extrayant le fou des limbes de sa non condition, le premier aliéniste a ancré les racines de la psychiatrie dans un terreau philosophique humaniste qui devrait souvent se rappeler à elle (63).

Dans la folie, il y aurait donc nécessairement sujet, et menace du sujet. Or, pas de subjectivité sans une autre subjectivité à toucher. Pas de subjectivité, donc, sans une ouverture à l'autre, sans une vulnérabilité. C'est dans la mise en tension entre cette nécessaire présence des sujets et de leur nécessaire mise en danger, dans un rapport qui précède la maladie, mais qui ne peut compter sans elle, que nous croyons pouvoir déceler un premier axe violent. Le deuxième axe, nous le chercherons dans la deuxième menace à la subjectivité, celle qui consiste au renversement paradoxal par lequel le soin psychiatrique peut, au lieu de faire émerger la personne, contribuer à l'effacer, la négliger ou l'oublier.

### 1.1.2. Le double lien soignant au sujet

Qu'elle prenne la forme d'entretiens cliniques d'évaluation ou de suivi, d'échanges informels, de séances de psychothérapie ou de l'accueil des familles et des proches, la pratique psychiatrique repose toute entière sur l'organisation plus ou moins formalisée, plus ou moins ritualisée, plus ou moins instituée, plus ou moins consentie, de rencontres entre le soignant et le patient. Lorsqu'il les appréhende sous l'angle de la fonction d'accueil à laquelle doit s'astreindre le psychiatre, Guy Baillon parle de ces rencontres comme d'un choc entre deux mondes. La métaphore est la même pour Françoise Sironi qui évoque la « capture mutuelle » de « mondes en présence » (34). L'écho des formulations témoigne de ce que le terme de rencontre implique bien plus que la juxtaposition, dans un même espace, d'un malade et d'un soignant. Bien plus que la simple mise en rapport des fonctions que chacun représente avec ses charges symboliques et ses missions attendues (pour l'un, soigner, pour l'autre, s'efforcer de se laisser soigner). Bien plus que le colloque médecin-malade qui, pour singulier qu'il soit, reste la plus petite brique, reproductible *ad infinitum*, par laquelle l'infrastructure de l'édifice psychiatrique se construit. Avant même que ce colloque se mette en place, ou plutôt comme une trame sur laquelle il se tisse, la rencontre à laquelle il donne lieu se fonde d'abord comme une coexistence, l'interpénétration de deux présences entières et incarnées. Lorsqu'il emploie la jolie formule de « désarroi face à l'énigme » pour qualifier la toute première rencontre, Guy Baillon ne se réfère pas tant au mystère des eaux troubles de la folie, mais bien à l'énigme que représente l'Homme pour l'Homme, et à laquelle le soignant est mis en demeure de se confronter. D'où la violence du sentiment qui

tient du double lien<sup>2</sup>. D'une part, il s'agit d'assumer l'immense insondabilité relative à la radicale différence de l'Autre, de la préserver, de la prolonger jusque dans la maladie, comme une garantie de l'individualité et de l'altérité, c'est à dire de l'existence de cet Autre. Mais dans le même temps, l'expertise professionnelle qu'attend le patient pour le soulager, enjoint le soignant à s'efforcer de clarifier, de comprendre, de réduire l'épaisseur de l'inconnu en la projetant sur la toile de la maladie théorique, et ce, au prix nécessaire d'une certaine normativité. En d'autres termes, le soignant est tenu de regarder le patient sans filtre ni détour, mais son regard ne peut être ni tout à fait aveugle ou flou, car il manquerait la mission pour laquelle il est convoqué, ni tout à fait pénétrant, car ce serait rendre le malade transparent, nier sa présence, son existence. En outre, si l'appréhension du malade par le soignant est soumise à deux contraintes à certains égards contradictoires, ce dernier ne saurait se résigner à l'immobilisme. Simplement parce que le malade qui s'en remet à la médecine a vocation à devenir un soigné, et que, par là, il en appelle à une *action* soignante (sans présager de la nature de cette action). La première rencontre avec le malade est donc d'abord une sollicitation. Étymologiquement, une mise en branle du soignant. Par la présence incarnée du malade, l'exposition de la maladie le remue, l'inquiète, le convoque. Avec force, il lui interdit l'inaction qui deviendrait fautive, et même doublement fautive, à la fois au plan humain et au plan déontologique. Or, cet arrachement forcé à la tranquillité, cette convocation à la sollicitude fait déjà violence au soignant. Une violence primordiale, nécessaire et constructive certes, mais une violence bien réelle.

## 1.2. L'intersubjectivité comme une confrontation

### 1.2.1. Une lutte attisée par la violence fondamentale

L'accueil du soignant par le soigné pourrait être conçue comme la mise en scène organisée et polarisée de cette violence propre à la rencontre humaine, une violence essentielle acutisée et affolée par la présence troublante de la maladie mentale. Yves Michaud nous aide à le comprendre par une référence à la philosophie (11). Philosophie de la Vie, d'abord, qui considère qu'Existence et

---

<sup>2</sup> Concept introduit par l'anthropologue Gregory Bateson pour qualifier un mode de communication dans lequel le sujet est pris au piège de deux messages contradictoire présentés sur deux niveaux logiques différents, et mis dans l'incapacité de se soustraire à la contradiction (64).

Violence ne sont que les deux faces d'une même pièce. L'être vivant ne subsisterait face à ses congénères et à son milieu, voire à lui-même, que grâce à (ou au prix de) une action nécessairement violente. La violence ainsi conçue serait fondatrice du sujet, et son exercice, une mobilisation, donc une affirmation de soi (36). Dans cette conception, c'est le *vis* de violence dans ses radicaux indo-européen (la vie, la force vitale) qui domine. Il revient à la psychanalyse d'avoir intégré cette notion de dualité vitale au champ de la psychologie (ou plutôt de la métapsychologie). Freud a ainsi largement théorisé sur l'opposition entre deux forces pulsionnelles fondamentales agissant l'individu en concomitance, mais en des sens opposés : la *libido*, ou pulsion de vie, orientée vers la construction, la création et le lien à l'autre, et la *destrudo* ou pulsion de mort, tournée vers la destructivité et l'agressivité. De façon importante, Freud plaide pour le caractère indissociable de ces pulsions, qui toutes deux participent, selon lui, d'un même processus vital (65). De la même manière, Roman (66) rappelle que Bergeret évoquait une « violence fondamentale », qui, tout à la fois, opère pour protéger le narcissisme du sujet, et constitue le « paradigme de la construction du lien à l'altérité » (67). Si l'on envisage la souffrance psychique comme une entaille faite au narcissisme, une reddition plus ou moins achevée infligée par l'adversité, on comprend que la violence vitale, devenue violence de survie, soit particulièrement sollicitée chez celui qui est contraint d'avoir recours à la psychiatrie. Cette violence là, le soignant doit l'accueillir, la recevoir, concéder à en être une cible. Il doit accepter d'être l'un des représentants anonymes d'un monde devenu entièrement hostile. Et même s'il sait qu'elle ne lui est pas nommément dévolue, même s'il conçoit qu'elle se déploie comme on se débat, cette violence là lui *fait* violence. Ce d'autant que, pas moins humain que le malade qu'il a à soigner, sa propre violence fondamentale l'anime aussi, lui permet d'exister face au patient. Voire, elle permet de résister face à lui, de ne pas se laisser absorber par sa souffrance. En cela, la rencontre avec l'Autre est aussi un renvoi brutal à son propre mouvement de survie. Mouvement de survie qui, au delà de la seule présence du patient, doit d'ailleurs beaucoup de son activation à la maladie mentale que le soignant a à prendre en charge.

### 1.2.2. Une lutte pour exister

Ces élans de défense respectifs pour la subsistance, Hegel les intègre dans la relation humaine via le concept de désir (lequel n'est pas étranger non plus – loin s'en faut – aux psychanalystes) (68). Selon le philosophe, le désir, qui seul alimente le moi subjectif, est cannibale : il annihile ce dont il se nourrit par un mouvement d'appropriation. Dès lors, le seul objet du désir qui soit durablement viable et qui assure la réalité pérenne de la conscience, ne peut être qu'une autre conscience qui s'oppose et échappe au mouvement d'appropriation. Nous suivons là le chemin de pensée qu'emprunte Braud pour faire glisser notre point de vue quant à la violence essentielle de la relation soignante. De la mise en contact de deux personnes dont l'existence procéderait d'une violence fondamentale protectrice face à la menace d'un Autre alors pris comme un représentant lambda du monde dans lequel subsister, l'on passe à une mise en rapport direct, à un câblage de ces deux violences de vie. S'engage une lutte où chacun doit se *défendre contre*, mais en même temps *s'appuyer sur* la conscience de l'Autre, lequel devient cette fois reconnu dans sa singularité et son individualité. Comme le résume Braud, la violence de la lutte entre les deux consciences est la « condition de possibilité de cette reconnaissance ». De la même manière, Sartre considère que la confrontation pour la reconnaissance réciproque, seule condition pour l'existence de la conscience propre, passe par une lutte de transcendance mutuelle (69). Transcender la transcendance de l'Autre, c'est le réifier, l'intégrer dans sa propre perspective en lui refusant la sienne. Réciproquement, l'autre me met en danger de réification, me menace par son désir de m'appréhender en me transcendant. Pourtant, c'est bien par cette lutte périlleuse que nous existons, que la violence de survie du sujet, qui n'aurait de sens isolément que dans le solipsisme, s'intègre à la violence de l'intersubjectivité. Yves Michaud le dit ainsi : « la violence est au cœur de l'intersubjectivité, parce que le rapport à autrui est rapport au même et au double » (11). Mais qu'en est-il lorsque le même, le double en question souffre d'un trouble psychique ? Alors le rapport de force est troublé, considérablement plus dangereux encore. La maladie mentale est une atteinte sévère à la liberté, à la conscience, au narcissisme de ceux qui en sont atteints. Elle siphonne du sens à leur vie, les dépossède d'un peu du contrôle qu'ils ont sur elle. En cela, elle fragilise considérablement leur identité. La maladie mentale recrute alors un surcroît d'effort

pour subsister, vient puiser dans les réserves de leur violence fondamentale, exige qu'ils se débattent en le aiguillonnant par une menace de perte. Mais dans le même temps, elle les entrave dans leur mobilisation ou rend maladéquoit ce déploiement d'élan de survie. Au lieu de se tourner vers l'autre, cette violence fondamentale revient alors sur elle-même. La maladie la consume, la vampirise au détriment du soutènement à l'intersubjectivité. Et le soignant d'être confronté, lui, à une vacuité double. Vide de sens d'abord, celui qu'éprouve le malade, et qui lui est brandi comme un miroir puisqu'il touche son *alter-ego* (nous y reviendrons). Vide aussi de ce qui lui est retiré d'intersubjectivité, de ce que la maladie a subtilisé de force dans la lutte pour la reconnaissance réciproque, laquelle n'a de sens plein, précisément, que si elle est tout à fait réciproque. Vide, donc, de n'être pas suffisamment reconnu comme conscience. Concevoir la relation intersubjective comme une lutte permet ainsi de comprendre autrement ce que les psychanalystes ont souvent évoqué en termes de corrosion symbolique (70).

### **1.3. L'intersubjectivité comme une ouverture**

#### **1.3.1. S'ouvrir à l'Autre comme à Soi-même**

Si l'intersubjectivité consiste en un strict rapport de force, comment comprendre, alors, que la relation de soin exige précisément la mise en suspens de ce rapport, qu'elle commande au soignant de se décentrer, de différer sa propre urgence à être reconnu pour, dans une conception très pinélienne du soin psychique, venir étayer une subjectivité menacée. C'est probablement qu'il y a à prendre un appui théorique sur d'autres éthiques de l'intersubjectivité, tout aussi axées sur la question de l'altérité et la réciprocité, mais davantage pacifiées. En ce sens la relation intersubjective ne serait plus perçue comme une *confrontation contre* l'Autre, mais comme une *ouverture à* l'Autre. Et cette ouverture, ce serait précisément l'altérité qui la pratiquerait, ce rapport au semblable qui fait que l'Autre est un miroir qui m'est tendu, et tout la fois une existence radicalement différente de Moi, qui me singularise. La faisant d'abord émerger d'une analyse linguistique sémantique et pragmatique (et l'on sait la place du langage en psychiatrie), Ricœur institue la question de l'altérité comme une véritable dialectique du Même et de l'Autre, dont il fait un enjeu éthique où la réciprocité aurait une place privilégiée (71). Transférées

au champ de la psychologie, ces considérations trouvent un écho particulier dans la définition que fait Carl Rogers de l'empathie du psychothérapeute : une « compréhension exacte, "empathique" du monde de son client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de "comme si" ». En somme, la relation de soin exacerberait les processus à l'œuvre dans toute relation humaine en l'obligeant à composer avec la maladie, événement si exceptionnel et si commun. Pour paraphraser le titre de l'ouvrage de Ricoeur, on pourrait dire « soi-même comme un autre malade ». Ou encore, en psychiatrie, « soi-même comme un autre fou ». Et de faire ainsi apparaître, avec un certain vertige, comment cette éthique de l'intersubjectivité projette sur le soignant la vulnérabilité crue, brutale et affolée du malade. Comment elle réveille sa propre vulnérabilité, caisse de résonance aussi précieuse que périlleuse. Comment, finalement, pour se référer aux modèles psychodynamiques, la projection du soignant à laquelle exhorte la condition du souffrant (laquelle n'est autre qu'une condition d'Homme), le branche à lui, le ramène à leur plus petit radical commun, fait de leur fragilité partagée le terreau de leur entente (au sens plein du terme). Et il ne s'agit pas là que de méditations théoriques. La psychanalyse avec la notion de transfert, la systémie avec les phénomènes de résonance (72), les neurosciences avec l'observation de synchronisations cérébrales et d'activations de réseaux neuraux traduisant un système de représentations partagées (73,74), tous ont dit l'inévitable vibration commune qui émouvait, c'est à dire agitait patient et soignant dans un même mouvement. Plus qu'une conceptualisation, un effort intellectuel de représentation, la vulnérabilité en partage se vit. L'empathie est incarnée.

Premier jour sur mon nouveau terrain de stage d'interne en secteur fermé. Le service se situe dans un vaste établissement qui porte en héritage une longue histoire asilaire, dont il semble peiner à se défaire. L'un des médecins me fait visiter. Tour de clé pour entrer. Bruit des clés. Dans une espèce de patio aménagé autour de l'ascenseur qui mène à l'étage, des patients sont assis sur deux rangées de sièges disposées l'une en face de l'autre. Ils se regardent en chien de faïence, ont l'air de s'ennuyer, de laisser passer le temps. Il flotte une légère odeur d'urine. Les chambres sont alignées, juxtaposées dans un unique couloir. En passant devant l'une d'elle, je suis surpris par un visage aux yeux hallucinés qui surgit par la lucarne de surveillance. Le patient crie, toque à la porte, nous interpelle par des propos mal

articulés et peu compréhensibles. Une boule me serre le ventre. Je détourne le regard. Le médecin me dit de lui qu'il souffre d'une psychose et présente un retard intellectuel. Il m'explique encore qu'il est ainsi confiné à sa chambre la presque totalité de la journée, et ce, depuis plus d'une semaine, car toute sortie exposerait le personnel à un risque d'agression. Il semble que son immaturité et sa déficience l'aient rendu impatient et brutal vis à vis de l'équipe. Plusieurs passages à l'acte violent ont récemment justifié un séjour en Unité pour Malade Difficiles (UMD), séjour dont il est revenu il y a peu. Dans le service, personne ne semble plus entendre ses cris, sauf à le rabrouer et à lui commander de se calmer. C'est devenu comme un bruit de fond.

Quelques jours plus tard, au cours d'une discussion informelle à l'internat, le psychiatre me dira son désespoir et sa résignation face à cette situation. Il me le dira à peu près en ces termes : « de toutes façons, il n'est presque plus un être humain. C'est presque devenu un animal. »<sup>3</sup>

Nous reviendrons sur la façon dont l'ambiance, les sensations, les occupations, participent déjà d'une certaine violence diffuse, qui est l'une des premières à s'effacer derrière l'habitude, mais de laquelle patients et apprenants ne sont souvent pas dupes. Par ailleurs, il nous faut souligner que cette vignette n'est pas représentative des stages hospitaliers qu'il nous a été donné de faire, et probablement pas plus de l'état plus général de l'hospitalisation psychiatrique en France. Plus que de viser la représentativité, il s'agit de nous appuyer sur cette tranche de vécu, que nous avons voulue la plus authentique possible, pour mettre au jour et travailler les formes de violences relatives à des questions et des enjeux qui nous semblent d'un intérêt fondamental concernant le soin psychique.

### **1.3.2. Du paradigme de la vulnérabilité à celui de la co-vulnérabilité**

Alors, de quoi s'agissait-il concernant ce patient ? De toute évidence, et quelque que soient les motifs de sa mise à l'isolement (nous y reviendrons

---

<sup>3</sup> *Qu'il s'agisse des nôtres propres ou de ceux qui nous ont été confiés par nos collègues et ami(e)s, les récits des expériences de stage figurent en encadré et sont restitués à la première personne du singulier. La rupture stylistique et de format entend figurer le changement de position depuis le décentrement et la réflexivité (hors cadre), à la restitution de l'immédiateté subjective du vécu (dans la cadre).*

longuement dans la **Partie 3**), le spectacle de son existence claquemurée relevait de l'insupportable. À celui qui était frais, « naïf » dans le service, elle pouvait inspirer la peur, le dégoût, la révolte. À ceux qui y étaient quotidiennement confrontée, elle suscitait la colère, l'agacement, la résignation ou la feinte indifférence. Mais dans un cas comme dans l'autre, il ne s'agissait que d'attitudes, ou de contre-attitudes relevant de la même angoisse : celle d'être immanquablement, désespérément en lien avec ce patient souffrant, d'y voir un autre Soi-même, d'être forcé de regarder combien il était vulnérable (de façon intéressante, personne ne le contestait dans le service, pas même les agents qui se montraient les plus véhéments à son égard), combien cette vulnérabilité aurait pu être la sienne propre, combien au final elle l'était effectivement. Il est souvent enseigné aux étudiants, de façon formelle ou informelle, que le soin empathique et bienveillant passe par la prise en compte de la subjectivité et de la vulnérabilité du patient. Mais de quelle position les enseignants parlent-ils alors ? Quelle est cette distance, cette hauteur de condition qui permettrait de « prendre en compte » ? Quelle est cette puissance du Je, lorsque par un pseudo-effacement de soi, il s'agirait de mettre la fragilité de l'autre à l'honneur ? Le philosophe David Jousset récuse la notion de vulnérabilité lorsqu'elle se regarde de l'extérieur (75). Il plaide plutôt en faveur d'une éthique de la co-vulnérabilité en vertu de trois principes. [1] La vulnérabilité n'existe qu'en partage. [2] La vulnérabilité n'est pas l'attribut du sujet. [3] La vulnérabilité est ce qui nous relie. Loin de l'illusion de maîtrise et de tranquillité du soignant que laisserait entendre une quelconque « prise en compte » (comme, d'ailleurs, une « prise en charge »), la co-vulnérabilité a quelque chose d'implacable. Elle s'impose, fait violence. Au point que la seule manière d'échapper au partage, à la reliance de cette condition devenue cruelle d'être ainsi exacerbée, la seule manière de l'assigner hors de soi en en faisant un attribut, c'est de faire de l'autre un animal. Le décret de déchéance du statut d'Homme était ainsi pour le psychiatre une rupture radicale d'avec un lot commun devenu trop violent. Et nous revoilà revenus à la conception du soin comme une ouverture : entrer en intersubjectivité, c'est assumer une co-vulnérabilité, donc accepter de s'exposer, de se dénuder, de prendre un risque. Accepter, aussi, de mieux percevoir, à travers la figure du souffrant, sa propre fragilité à être, et celle de ses proches. Car, dans le creuset de l'interaction soignante, c'est bien la violence existentielle qui se travaille. Une condition de finitude sur laquelle la maladie fait pleine lumière. En cela, Combiere-Veuillet et du Mortier estiment que le soin, qui est

directement aux prises avec l'existence, ne peut compter sans un rapport à la violence (70).

#### 1.4. L'intersubjectivité comme un baume

Ainsi brossé, le tableau de la relation intersubjective peut paraître sombre. Il est pourtant travaillé en clair-obscur. Car, toujours selon Gilles Vidal qui monte sur les épaules de Jean Oury (76), de l'acceptation existentielle de la souffrance comme condition humaine, dépend la production d'humanisation et de déshumanisation. Accepter le partage de la vulnérabilité, c'est reconnaître en plein l'humanité de celui que j'ai à soigner. L'assomption de la violence essentielle du soin est probablement l'une des garanties les plus précieuses pour que l'effort soignant relève bien de la sollicitude, de l'attention à l'Autre : « Je pourrais être aussi malade que le patient l'est, il me le rappelle par sa seule existence. Alors je me dois de prendre soin de lui, comme je suppose qu'il le ferait de moi. » L'éthique du *care* conçoit le soin comme pleinement ancré dans un rapport d'altérité où la co-vulnérabilité est génératrice de souci, d'inquiétude, et donc d'attention. En ce sens, la violence existentielle du rapport à l'Autre reprend son sens de « force vitale ». Elle conjure la stagnation en tenant le soignant mobilisé. Elle substitue la veille à l'inertie. Elle sape l'ataraxie en appelant à la vigilance. Si David Jousset reconnaît les périls de la co-vulnérabilité qui met à l'épreuve les soignants, il en fait également l'opportunité et la condition d'une coprésence réelle, doublée d'un partage humain qui fonde le soin (75). Est-ce à dire que la pleine reconnaissance du statut de sujet – le mien en même temps que celui de l'Autre – à laquelle permet d'accéder l'acceptation de notre vulnérabilité commune suffit à conjurer la violence existentielle qui irradie dans la relation de soin ? Très certainement, elle agit, au delà de la gratification narcissique, comme un baume en donnant un sens à l'action du soignant. Elle est pour lui un apaisement identitaire par l'authenticité de la reconnaissance réciproque qu'elle garantit (77). Elle conforte et reconforte son souci éthique en le nimbant de la « sagesse pratique » dont parle Ricoeur (78). Surtout, elle oriente toute entière la relation thérapeutique (*θεραπια*, en grec, signifie serviteur) dans le sens du soulagement de cette souffrance reconnue.

## 1.5. L'intersubjectivité comme une interpellation

Mais ne peut-on pas déceler, dans la mobilisation inévitable de Soi par la souffrance de l'Autre, une nouvelle forme de violence ? Il y aurait une sorte de mise en demeure, une obligation à répondre face à la souffrance. C'est la question de la responsabilité qui est ici interrogée, question de laquelle Lévinas ouvre les perspectives les plus larges et les plus contraignantes. Selon le philosophe, ma subjectivité est définie par l'accueil que je fais à la vulnérabilité de l'Autre et du sentiment de responsabilité que cette vulnérabilité éveille en moi (79). En fait, ce sentiment m'est plus imposé qu'il n'est éveillé. C'est une expérience aussi fondamentale que traumatique, une prise en otage qui fonde ma subjectivité : je me sens responsable *malgré moi*. Et il suffit que je croise le visage de l'Autre, image de son dénuement et de sa vulnérabilité les plus absolus pour que je sois ainsi sommé, appelé à lui répondre, et donc à répondre de lui. Dans la relation de soin, le vécu de cette contrainte, dont l'exigence est déjà « infinie », se trouve exacerbé par la mise en scène de la vulnérabilité du patient à travers sa maladie. Elle y est en outre instituée, reconnue comme un obligation liée au métier. Le serment d'Hippocrate le fixe : « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera » (80). Au delà de toute considération éthique, le soignant a donc à répondre face à ses pairs et à la société de ce qu'il répond au vulnérable. Plus précisément, au cœur de la relation de soin, la responsabilité déontologique s'ajoute et entre en écho de la responsabilité éthique pour rendre plus saisissante, plus convoquante et plus impérative encore la vulnérabilité du patient. Le champ lexical qu'emploie Levinas n'en fait pas mystère : la mise en demeure par un visage est un message violent. Violence liée à une sensation d'accablement. Violence double chez le soignant qui, par ses compétences, son statut et son savoir est plus que quiconque contraint à regarder la maladie droit dans les yeux. Mais, ce faisant, c'est la précarité de la condition de ses pairs, et donc de sa propre condition qu'il est obligé de regarder. La mission de soignant et l'espace intersubjectif qu'elle ouvre sont aussi essentiellement violents que l'est un court-circuit imposé au divertissement Pascalien. Encore s'il pouvait agir radicalement, définitivement, en éradiquant cette souffrance qui lui tient tête, pas forcément dans l'immédiat, mais être sûr qu'il la supprimerait un jour, alors il pourrait être rasséréiné. Après tout, la médecine moderne, hypertechnique et puissante, fondée sur les quatre modèles de l'aigu, du biomédical, du problème

simple et de l'expert [voir (81) pour un développement de ces modèles] l'incite à le croire, à porter en étendard, en bouclier, son idéal soignant (prolongement de l'idéal du Moi), celui par lequel il pourrait guérir tout et tout le monde. Et pourtant, en même temps qu'il peut se satisfaire des progrès considérables de la psychiatrie qui permet la guérison effective de nombreux patients, il est forcé de constater à quel point sont proches les limites de ce pouvoir thérapeutique. Étrangement, la psychiatrie a souvent l'image d'une discipline de la résignation. Souvent, des collègues internes m'ont demandé : « mais ça ne te frustre pas de ne pouvoir rien faire pour les patients ? ». Outre le fait que l'assertion est inexacte au plan des possibilités thérapeutiques de la discipline, outre, également, le fait que l'expression « ne rien faire » révèle une conception moderne du soin qui éclipse tout à fait le *care* au bénéfice du *cure*, ce genre de propos semble méconnaître qu'il en va de la psychiatrie comme de toute autre spécialité : la médecine a à composer avec son lot irréductible d'échecs, de chronicité (la schizophrénie n'ayant rien à envier, à ce titre, au diabète ou à la sclérose en plaques), de résistances, de refus de soins et d'effets indésirables. C'est une chose que l'enseignement médical contemporain oublie de dire : la médecine ne saurait consommer toute souffrance jusqu'à la lie. Il fait partie de ses missions que de renoncer à vouloir tout vaincre. Et des missions du soignant que de composer avec une fraction d'impuissance. Combier-Veuillet et du Mortier le soulignent, l'institution, dans un mouvement de désillusion salutaire, doit tendre à s'engager vers la reconnaissance de ses limites et trouver là une occasion de penser, voire de "panser" sans nécessairement chercher à tout prix à soigner, au sens de guérir » (70). Au total, à la violence essentielle de la condition de malade répond une violence essentielle de ce qui pourrait être qualifié de « condition de soignant ». Et cette condition tient de la paralysie (82) [à celui qui veut s'en convaincre, nous recommandons la lecture de *Hors de Moi* de la philosophe Claire Marin (83)]. La souffrance de l'Autre me saisit et m'oblige à la regarder sans filtre, à m'y atteler. Éperdue, elle commande à l'action. Mais la maladie est aussi une gorgone. Sa dimension existentielle me rappelle à mon impuissance, aux limites de ma thérapeutique. Elle m'accule et me saisit. Elle me rend maladroit, me contraint aux faux pas. Elle perce la coque de ma fonction pour trouver ma personne, pour faire vibrer ma propre fragilité.

## 2. Appréhender la subjectivité : ruptures et continuité d'un parcours d'initiation

### 2.1. Enjeux

Si, malgré la vulnérabilité que le patient vient chercher en lui, le soignant ne cède pas à l'inhibition et à l'abattement, c'est que la force de saisissement de la relation de soin est dans le même temps une force de dépassement de ce saisissement. Une nouvelle fois, c'est avec la dualité qu'il faut composer. Dualité de relation soignante qui, tout à la fois, paralyse et donne l'énergie pour transcender cette paralysie. Dualité, aussi, de ce que nous avons évoqué de la co-vulnérabilité, à la fois mise en danger commune et coprésence vitalisante. Dualité, au final, de la violence essentielle de la maladie et du soin sans laquelle il n'est pas possible de compter, force mortifère lorsqu'on n'y prend garde, qu'on la néglige ou qu'on la renie, force féconde, humanisante, galvanisante (quoi que toujours inquiétante) lorsqu'on l'assume et qu'on l'intègre comme part imprescriptible de l'éthique soignante. C'est un travail fin et délicat, périlleux mais passionnant dont les soignants épanouis connaissent les risques, mais aussi les vertus. Un travail d'apaisement identitaire : reconnaître et être reconnu (77). Un travail d'investissement, de réappropriation camusienne de la responsabilité que nous avons décrite implacable : s'en saisir plutôt que se laisser saisir. C'est un travail qui met en tension, incite au courage et à l'imagination, un engagement au sens fort du terme, un ouvrage de dentelière qui, nous le verrons, est probablement la meilleure garantie contre le risque de violences évitables. Mais c'est aussi un travail qui exige un savoir, un savoir-faire et un savoir-être, qui recrute la subjectivité du soignant telle qu'elle est, tout en demandant de lui des capacités réflexives de décentrement [que d'autres appellent des outils de relativisation (33)].

Or, ces capacités, ce savoir, ces dispositions ne sont pas données d'emblée. Elles sont le fruit d'un long processus de formation et d'expérience. À cet égard, il nous semble que les études de soin de façon générale, et de médecine en particulier, sont déterminantes dans la façon dont les soignants conçoivent leur fonction, dans leur rapport à l'intersubjectivité et à la violence qui y a trait, et dans

leurs modalités d'interaction avec les patients, leurs collègues et leurs élèves. Car, au delà de l'acquisition d'un savoir théorique et de compétences techniques, les études de soin participent d'un processus de construction identitaire, tant au plan professionnel que personnel (31). Les enseignements universitaires, mais aussi et surtout les expériences de stage procèdent d'une transformation de soi, de laquelle la violence n'est pas étrangère. Bien qu'il ne soit que rarement reconnu comme tel, il s'agit d'un authentique parcours initiatique, fait de rituels informels et d'épreuves existentielles, et dont la finalité est l'accès à un statut autant qu'au groupe social particulier que constitue le corps soignant. Ce parcours, il nous faut l'examiner de plus près, tant nous sommes convaincus qu'il est décisif dans l'attention que les futurs professionnels du soin prêteront – ou ne prêteront pas – à limiter les violences évitables de leur pratique. Sans méconnaître que la plupart des enjeux sont partagés par les autres études soignantes, nous appuierons notre analyse sur le parcours de l'étudiant en médecine, car il nous est le plus familier. Nous en respecterons d'ailleurs le point de rupture principal que constitue le début de l'internat, pour tâcher de faire émerger les spécificités propres aux deuxième et troisième cycles des études médicales.

## **2.2. Être carabin**

### **2.2.1. La réadolescence**

À considérer que l'on exerce la psychiatrie comme on l'a apprise, et que l'on a appris la psychiatrie comme on a appris à apprendre, voilà retissé le fil qui relie chacun des psychiatres à l'étudiant en médecine qu'il a été. Il faut ici comprendre le terme d'apprentissage dans son acception la plus large, c'est à dire le processus dynamique par lequel un individu acquiert un savoir, un savoir faire et/ou un savoir être, l'intègre et en fait un support pour davantage d'acquisitions. Dans le même temps, le processus d'apprentissage modèle le rapport de l'étudiant au savoir, à sa charge symbolique, à la façon dont il s'échange, dont il s'utilise et dont il s'applique. En outre, nous le disions, apprendre ne relève pas uniquement de l'« avoir » mais aussi de l'« être ». Plus précisément, si l'apprentissage est une transformation de cet « avoir » par développement des connaissances, il est surtout une transformation de la personne. Au point que certains auteurs en ont fait une partie intégrante du

processus développemental des jeunes de nos sociétés modernes, comme une phase supplémentaire de cheminement vers l'ère adulte. René Kaës parle ainsi de « réadolescence » pour qualifier la réactualisation, chez l'étudiant, des problématiques propres à l'adolescence telles que le processus de séparation-individuation, la quête d'autonomie ou la remise en jeu de l'idéalité (43). Dans le cadre des études soignantes, la dimension de remaniement identitaire est particulièrement prégnante et débute dès lors qu'est prise de décision de s'engager dans le cursus. Ce sont de vieux adolescents, pas tout à fait des adultes, que ces études viennent cueillir. Et le désir de s'y investir, relève bien d'une production d'idéal si caractéristique de l'adolescence. La « vocation » tient de l'appropriation d'une image fantasmatique de soignant puissant, voire tout puissant, capable de guérir tout et tout le monde, au statut socialement reconnu et respecté. Comment expliquer, sinon, que des jeunes s'inscrivent pour dix ans d'études dont ils ne peuvent se représenter la teneur ? Or, c'est précisément autour de cet idéal soignant que les études de médecine vont organiser leur remaniement identitaire. Ou plutôt autour de sa destitution et de l'expérience de la désillusion. Car si la première année des études médicales préserve les idéaux des futurs carabins par la dispensation d'un enseignement théorique désincarné, détaché de toute réalité pratique (84), les premières expériences de stage hospitalier sont une confrontation brutale au principe de réalité. En cela, le stage dit « d'initiation aux soins infirmiers » peut être considéré comme l'inauguration d'un « mode initiatique de transmission du savoir être » (77).

### **2.2.2. L'immédiateté expérientielle**

Selon Benmussa et Le Malefan, l'exposition à ce mode de transmission ne peut se faire qu'au détriment de l'idéal des jeunes qui y sont soumis, ce qui participe d'un processus de subjectivation violent laissant des traces profondes (77). En médecine, comme dans la phase initiale de la plupart des études soignantes, l'apprentissage expérientiel (l'expérience de stage, s'entend), se construit avant tout sur le modèle de l'observation, qui n'est autre qu'un principe d'immersion. Incompétent et malaisé dans un univers où l'efficacité est érigée en principe premier, l'étudiant n'est contraint ni par l'action (comme l'est le professionnel), ni par le subir de l'action (comme l'est le malade). Plutôt contraint, en fait, à l'inaction, l'étudiant est le témoin par excellence. Or, ce qui lui est exigé de regarder sans pouvoir s'y soustraire, il le voit dans toute sa

crudité, voire sa cruauté, car, contrairement à ses homologues plus âgés, aucun filtre ne le protège. Ses connaissances théoriques sont encore insuffisantes à former un masque objectivant, à lui permettre de faire basculer son regard sur le mode protecteur de l'analyse, à voir, pour reprendre la métaphore de Lévinas, la couleur des yeux du malade plutôt que d'être saisi par son regard. Quant à son expérience, elle est tout aussi insuffisante pour prédire et prévoir, pour savoir ce qui doit alerter et ce qui est à négliger. Enfin, l'habitude qui adoucit la perception du monde par une espèce de myopie lénifiante lui fait également défaut. Pour l'étudiant en immersion, tout résonne avec le vécu personnel, faute de résonner avec le savoir ou l'expérience professionnelle. Tout fait sens jusque dans l'intime. La perception qu'a l'étudiant de l'hôpital est d'une acuité singulière, d'une lucidité naïve. Le laisser parler, l'écouter vraiment, tient de la révélation, ou plutôt de la re-révélation, ce que Nikiforaki appelle un « retour de conscience vive qui ne peut s'avouer vaincu » (85). Et, en tout premier lieu, c'est bien la violence de l'hôpital qui apparaît aux yeux profanes de l'étudiant avec une évidence outrageante. Violence d'une réalité sensorielle (86) qui n'épargne ni la vue (corps délabrés, perforés, abîmés, sécrétions, intimité exposée, phosphorescences et lumières crues), ni l'ouïe (pleurs ou geignements, bips des moniteurs, sonnettes impérieuses), ni l'odorat (déjections, pestilences, produits d'entretien), ni le toucher (peaux, muqueuses, liquides).

### **2.2.3. Le non-lieu de la violence existentielle**

De même que les stimuli sensoriels, l'étudiant rencontre la violence existentielle (dont nous avons déjà parlé largement) avec une immédiateté et une brutalité exceptionnelles. Dès ses premières expériences de stage, celui-ci converse, sans y avoir été préparé, avec la Vie, la Mort, la maladie, la vieillesse, le désespoir, la détresse et la misère. L'hôpital fait précipiter des questionnements existentiels qui s'échelonnent normalement sur une vie entière. Nombre de ces expériences pourraient relever du rituel qui fonde le sujet social en reconnaissant la valeur vitale de cette violence essentielle. Il faudrait pour cela qu'elles soient reconnues pour ce qu'elles sont, et qu'elles s'assortissent d'un accompagnement explicitement tourné vers la dimension initiatique du stage hospitalier. Au lieu de quoi, les expériences sont souvent passées sous silence, comme si elles relevaient de l'évidence, comme s'il n'y avait rien à en dire. Depuis sa double position d'anthropologue et de carabin,

Nikiforaki a dit et montré à quel point le monde médical n'avait rien d'anodin (85). C'est pourtant ainsi qu'il est commandé à l'étudiant de le considérer. Par un message blanc, infraliminal, tout vécu de violence est annulé et neutralisé par ce qui est présenté comme l'évidence du métier. Sur les lieux de stage, l'accompagnement se réduit souvent à sa portion congrue de transmission de savoirs et de compétences techniques. Les notions d'accompagnement (au sens de compagnonnage) et de tutorat (comme un tuteur guide la croissance d'une plante) s'en trouvent dénaturées. Les cours pris sur les bancs de la faculté ne sont d'ailleurs pas d'un plus grand secours lorsqu'il s'agit de métaboliser ces expériences. Quasi-exclusivement construites sur le modèle organiciste et biomédical, les enseignements prennent pour support des corps-mannequins d'une abstraction aseptisée, sur lesquels la maladie n'a prise que par épingle de tel signe, tel symptôme, telle lésion. Et derrière cette esthétique biomédicale disparaissent les réalités sociales, culturelles et expérientielles de la maladie. Alors, faute de mise en sens, les expériences nécessairement violentes des stages hospitaliers font effraction dans les représentations, forcent les territoires intimes (86), livrent les étudiants à un sentiment d'intrusion qui entre en résonance avec la porosité identitaire de leur adolescence finissante. Faute d'assomption le risque est à la souffrance, au découragement, à l'abdication, ou au contraire, au développement de stratégies défensives, telles que les étudiants peuvent les observer chez certains de leurs encadrants : distanciation, assèchement, coupure d'avec une subjectivité devenue menace.

#### **2.2.4. La rencontre étudiant-patient : colloque hypersingulier**

Les premiers stages hospitaliers sont avant tout l'occasion de la rencontre avec celui qui est à la fois le cœur et le point de mire des idéaux des futurs soignants : le patient. En lui, les violences expérientielles prennent corps et visage, s'échangent dans la relation. C'est un nouveau mode d'être à l'autre que l'apprenant doit développer. On a dit tout ce que la relation médecin-malade charriait d'enjeux en termes de subjectivation, de risques et de potentialités. Tout cela, l'étudiant doit l'apprendre, et cet apprentissage humain ne va pas sans risques. Le colloque étudiant-patient se singularise par l'absence de la traditionnelle asymétrie autour de laquelle la relation médecin-malade se construit habituellement. Ni le savoir, ni le

statut, rien sinon qu'une promesse d'initiation future, ne suffit réellement à défaire l'étudiant de la place de profane qu'il partage avec le malade. Dans l'attente de cette initiation lente et laborieuse qui peine à opérer symboliquement, le malade et lui sont, au final, deux étrangers à un système qui les dépasse tout à fait. Tous deux sont soumis au même processus de dépersonnalisation, indifféremment appelés « l'externe » pour l'un, « la dame de la chambre 203 » pour l'autre. Tous deux ont l'identité fragile d'être en phase de mutation, de réadolescence pour l'un, d'être en proie à l'expérience déstructurante de la maladie pour l'autre. Alors, une fois seul à seul dans la même chambre, sans technique ni prisme théorique sur lequel s'appuyer, la relation d'altérité tend vers une logique de mêmeté, de dualité dont Patrick Baudry a dit toute la violence (87). Le risque est en effet grand pour l'étudiant de glisser de l'empathie à la sympathie (au sens étymologique de « souffrir avec »), de comprendre la souffrance du patient comme s'il la vivait, mais en perdant de vue ce « comme si » (pour reprendre la formule de Rogers). Le risque est grand de voir en ce patient un parent, un ami, de se voir soi-même, sans toutefois avoir la maturité et les possibilités de décentrement suffisantes pour dépasser cette mise en réflexion angoissante. La souffrance du malade le prend au dépourvu, interpelle une responsabilité qu'il n'a pas encore les moyens d'assumer.

### **2.2.5. L'empathie s'apprend-elle ?**

C'est probablement à l'aune de cette perspective qu'il faut examiner une question rémanente en pédagogie du soin : « l'empathie s'apprend-elle ? ». Ou plutôt la déconstruire en subvertissant ses sous-entendus. Car, ainsi posée, la question tient pour acquis que l'empathie serait une aptitude, une capacité, une disposition qu'il s'agirait d'acquérir ou, au contraire, qui nous serait innée. En d'autres termes, qu'elle relèverait d'un surcroît de compétence propre à l'individu, d'une qualité ajoutée, d'un supplément d'âme. Une telle conception nous laisse avec deux perplexités. La première tient à ce que, selon la conception que nous avons développée de la relation de soin, l'empathie est consubstantielle au lien intersubjectif, à la fois sa condition et son émanation. On pourrait aussi dire que l'empathie n'est que l'autre facette d'un objet qui, vu sous un angle différent, prendrait le nom de co-vulnérabilité. Il en découle la deuxième perplexité : l'empathie ne nous apparaît ni comme une ontologie, ni comme une propriété individuelle. Elle

naît de la relation, se défait et se recrée sans cesse avec elle. Nécessairement prise dans un rapport de réciprocité, elle est l'assomption de l'ouverture à l'Autre que nous évoquions plus haut. Elle est reconnaissance de l'altérité fragile, dénuement, et prise de risque. Alors apprend-on l'empathie ? On peut déjà tenir pour acquis que tout étudiant sait entrer en relation. Avec plus ou moins d'aisance et un style qui lui est propre, mais il s'agit d'une disposition qui est au fondement de son être social et contribue à son individualité. La relation avec le patient diffère principalement de ce qu'elle le met plus en danger qu'à l'habitude. Il y a inquiétude lorsque, dans le colloque qu'on lui présente comme devant s'inscrire dans un cadre strictement professionnel, l'étudiant découvre que c'est d'abord sa personne que le malade vient toucher. Il joue les médecins, mais il est saisi par la violence existentielle de la relation, telle que nous l'avons décrite. Et c'est l'appréhension de cette violence qu'il s'agit d'accompagner. Apprendre l'exercice subtil de s'ouvrir, de se montrer vulnérable, de se rappeler à sa condition, tout en investissant un rôle professionnel qui nous protège. Être attentif au vécu de l'étudiant, à ses émotions pour qu'il en fasse une caisse de résonance à celles du malade, mais sans se laisser déborder par elles. Lui dire qu'il peut se laisser toucher, mais l'aider, par la référence au savoir théorique, à se décentrer. Lui laisser l'inquiétude de se sentir « comme si » il était lui-même malade, mais le rassurer en lui rappelant ce « comme si ». En somme, l'empathie se cultive en même temps que s'appivoise la violence vitale du lien à l'Autre. Il ne s'agit pas plus, mais pas moins, que d'être soignant et humain à la fois. La blouse et la personne sous la blouse.

## **2.3. Être interne**

### **2.3.1. S'embraser à nouveau**

Puisqu'il marque le moment crucial de la spécialisation, l'abord de l'internat nous permet maintenant de resserrer notre étude sur l'apprentissage du soin psychique, tout en veillant à l'intégrer dans la problématique plus générale et si spécifique de la formation par l'exercice. Il faut d'abord rappeler que la distribution des quelques 8000 étudiants parmi l'ensemble des postes d'internes proposés est réglée par les ECN, concours qui sanctionne la fin de la sixième année de médecine. Aussi, du classement de l'étudiant à ce fameux concours dépendra la marge de ses

choix quant à sa spécialisation et à la ville dans laquelle l'effectuer. De fait, il se crée une forme de hiérarchie de marché où les spécialités les plus prisées reçoivent les étudiants les mieux classés, et réciproquement. La psychiatrie est, avec la médecine du travail, la biologie médicale, la médecine générale et la santé publique, l'une des spécialités les moins choisies aux ECN (88). Faudrait-il en conclure que le choix de la psychiatrie relèverait d'un pis aller, faute d'avoir pu accéder à une autre discipline plus convoitée ? À en croire l'étude menée par Déborah Sebbane au nom de l'Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie (AFFEP), c'est du moins ce que pensent un peu plus de 30 % des internes de neurologie, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie orthopédique, de pédiatrie et de médecine générale (89). Le mythe est cependant aussitôt déconstruit par la même étude, qui montre non seulement que 91 % des internes de psychiatrie ont fait le choix de leur spécialité, mais encore que ce choix était plus qu'ailleurs éclairé, dans la mesure où 90,5 % d'entre eux étaient passés en tant qu'externe dans un service de soins psychiques. Or, ce choix est souvent sous-tendu par de nouvelles représentations, de nouveaux idéaux qui s'inscrivent tantôt dans le prolongement des fantasmes qui avaient présidé à leur engagement dans les études médicales, tantôt en contrepoint d'une médecine somatique qui a déçu ou contrarié ces fantasmes primordiaux. Dans une mesure variable, l'internat en psychiatrie peut donc être vu comme un nouvel embrasement. Un espoir pour l'étudiant de renouer avec la subjectivité et la parole, la sienne, celle du patient. Un espoir de pouvoir « être et dire à nouveau » (15). L'occasion aussi, supposément, de retrouvailles avec un patient qu'il avait pu voir s'éclater en organes propres à être étudiés, disséqué par la science positive, fragmenté dans ses cours et à l'hôpital, et qu'il espère voir s'agglomérer à nouveau. Le témoignage de l'Interne V. illustre ce renouveau d'espoir, y compris (surtout ?) lorsque le choix de la psychiatrie a été en partie contraint<sup>4</sup> :

*« Durant mon externat, j'hésitais entre plusieurs spécialités, dont la réanimation, la néphro[logie] et la psychiatrie, qui est complètement à l'opposé de ces deux spécialités. Ce qui m'a intéressé dans la psychiatrie, c'est... bon, déjà, il y a mon classement qui a en partie choisi pour moi, qui m'a fermé pas mal de portes*

<sup>4</sup> Les verbatim de l'interne et du médecin psychiatre que nous avons interrogés figureront entre guillemets et en italiques. Pas souci d'anonymat, il seront respectivement désignés par « l'Interne V. » et « le Docteur S. » (les initiales ont bien sûr été modifiées).

*[...]. Bien entendu, c'est le contact avec l'autre qui a très vite pris le dessus, parce qu'au final, après avoir commencé mes premiers mois de psychiatrie, communiquer avec eux [les patient], et la confiance qu'ils ont en toi, et l'effet que tu peux leur faire – c'est pas vraiment un attachement, parce qu'il faut garder de la distance – mais dans les autres spécialités, je me suis dit que cette relation de confiance, ce serait plus difficile à avoir. Et puis même s'il faut que je recommence, j'hésiterais pas et je referais de la psychiatrie. »*

Mais ces fantasmes autour du passage de gué entre le deuxième et le troisième cycle correspondent-ils pour autant à une réelle solution de continuité ? Pour répondre à la question, nous éviterons soigneusement d'aborder les délibérations litigieuses quant à la normalisation, ou au contraire, à la préservation de la spécificité de la discipline. La focale de notre démonstration sur le parcours d'apprentissage nous dispense d'ailleurs de le faire, car l'éclairage qu'elle apporte nous semble suffisant à apporter des éléments de réponse pertinents.

### **2.3.2. Se repenser**

Et c'est un premier *non*, que nous aurions à opposer à cette idée de rupture entre l'externat généraliste et l'internat en psychiatrie. *Non*, car si spécialisation et changement du mode d'apprentissage il y a, la dimension initiatique des études de médecine trouve dans le troisième cycle son juste prolongement. La psychiatrie est une discipline éminemment réflexive (15). La penser nous incite à nous penser nous-même. À découvrir les théories psychologiques et neuroscientifiques, l'interne est en prise directe avec son propre fonctionnement, son propre style relationnel et son propre mode d'être au monde. À être sollicité sur des questions aussi fines et complexes que l'évaluation du caractère délirant d'une croyance, l'inadaptation d'un comportement, ou l'altération d'un jugement, c'est son propre système de croyances et de valeurs qu'il doit interroger. Comme un écho lui revient de cette mise en abîme dans laquelle l'examen du corps d'un patient plongeait l'externe qu'il était, l'interne en psychiatrie trouve dans l'exercice de l'exploration psycho-sociale un nouveau miroir qui lui est brandi, une altérité peut-être plus évidente encore. Du moins, les questionnements mis en réflexion entre le patient et lui se font plus précis, plus explicites. Nous avons déjà évoqué l'interpellation que représente la vulnérabilité de

celui que l'on doit soigner. Mais qu'en est-il lorsque les doutes existentiels, du fait de la souffrance psychique, sont exacerbés, énoncés sans filtre, déposés en leg ? Qu'en est-il lorsque le discours relève d'une mise en cause directe de l'évidence à vivre ? La charge n'en est que plus violente et déstabilisante. Car il appelle une réponse tout aussi explicite. Que signifie pour un jeune interne, de « prendre en charge » une personne suicidaire ? Est-il suffisamment sûr lui-même que vivre va de soi, pour, en toutes circonstances, s'efforcer d'apaiser les inquiétudes existentielles des autres (qui, pour troublées qu'elles soient par la maladie mentale et la souffrance, n'en restent pas moins des inquiétudes existentielles) ? Si l'exhortation à la recharge de sens se fait explicite et pressante, d'autant plus troublante, d'ailleurs, qu'elle apparaît souvent comme paradoxale (« je suis venu vous dire qu'il faut que vous me laissiez mourir »), elle exige surtout du soignant le prérequis tout aussi explicite de s'interroger sur sa propre existence. Et parfois, cette interpellation se double d'une mise en cause de sa légitimité : « Qui est-il, ce jeune homme de 25 ans, pour m'expliquer comment gérer mes problèmes, moi qui ai l'expérience de mes 60 ans, et deux enfants plus âgés que lui ? » Qu'a-t-il à répondre le jeune interne, sinon qu'à s'arc-bouter sur une théorie psychiatrique qui lui est encore d'emploi malaisé, un titre qu'il commence à peine à endosser, ou une institution avec laquelle il s'efforce de faire corps ? Et voilà, à nouveau, que dans l'atelier de l'altérité, la violence essentielle de la co-vulnérabilité comme matériau, l'apprenant travaille son identité. Voilà que devant les comportements qui lui paraissent radicalement étrangers voire étranges, il ravise ses jugements moraux et façonne ses systèmes de valeur. Voilà qu'ayant à traiter d'exclusions et de quêtes d'inclusion, d'isolement ou d'envahissement, de famille, d'amis, de couples, il questionne ses propres appartenances. Voilà, en somme, que d'être captivé et interpellé par des subjectivités blessées, fragilisées, menacées ou quasi-absentes, il modèle la sienne propre.

### **2.3.3. Être en transition**

Il n'en reste pas moins que cette initiation déstabilisante se double chez l'interne d'une obligation formelle à agir, et qu'il a soudainement à répondre de ses actes, si mal assurés qu'ils soient. C'est d'ailleurs là la différence majeure d'avec son ancien statut d'externe. Pourtant, nous sommes tentés de considérer une nouvelle

fois l'apprentissage de la responsabilité comme une continuité davantage que comme une rupture dans le parcours identitaire de l'apprenant. C'est que cette responsabilité, et les revenus qui lui sont liés, conduit de fait l'étudiant à une maturation soudaine. Dans nos sociétés occidentales modernes, les études prolongées étirent les adolescences jusqu'à des stades tardifs, au point que, pour certains auteurs, une nouvelle phase de transition (disons de transition d'avec la transition) parfois qualifiée d'« adulescence » (90), a émergé. Or, en apprenant à devenir responsable et autonome, c'est précisément vers la fin de cette phase que l'interne se dirige. Vers l'accès à l'âge adulte en somme. Pour ce faire, l'internat est laissé à l'apprenant comme ce qu'Aude Van Effenter qualifie [en empruntant un concept d'Erickson (91)] de moratoire psychosocial (15). Par un statut bâtard d'étudiant salarié où il est tout à la fois sommé d'apprendre et sommé de savoir, sommé d'être responsable, mais sous la responsabilité d'un tuteur, l'interne avance sous le sceau d'un double lien aussi fécond qu'il est potentiellement paralysant. Pris dans l'indécidabilité entre la position d'apprenant et celle de professionnel, il est confronté aux problématiques de l'un et de l'autre. La dénomination vient dire le truisme. Interne. À la fois entrer et être dedans. Découvrir un monde dont on ignore les codes, auquel on est étranger, et se comporter comme si on le connaissait de tous temps. Or, dans cet entre-deux, tout acte posé conduit nécessairement à déroger à l'une des composantes du statut hybride. Refuser l'initiative, se cramponner au seul savoir théorique, ne pas s'exposer au patient, aux proches ou à l'équipe, s'abandonner à la tutelle et à l'exemple, attendre du supérieur qu'il soit toujours la dernière voix qui se fasse entendre, c'est tourner le dos à la nécessaire professionnalisation, renoncer au plein rôle de médecin, négliger les nécessités de service et démeriter son salaire. Mais dans le même temps, tout pas vers l'émancipation est aussi un deuil et une trahison. Deuil du statut – de la forme (43) – connu et confortable d'étudiant, de son immunité heureuse, de la possibilité qui lui était laissée, en cas d'exposition excessivement angoissante aux complexités du soin, de se retrancher derrière une posture de passivité. Deuil, également, des images idéalisées des enseignants, dont la supposée – sinon l'espérée – omniscience et omnipotence (40) s'ébrèche à mesure que les savoirs personnels progressent. Et là se situe la trahison.

### 2.3.4. S'émanciper

Comment écorner l'image de nos modèles sans les déléter d'un peu de leur légitimité de modèle ? Progresser, s'autonomiser, c'est rendre le tuteur de moins en moins indispensable, le défaire d'une part de son ascendant symbolique, quand il ne s'agit pas de le faire déchoir tout à fait, le renier. René Kaës assimile en cela la formation à un « contrat narcissique », un « appel à une place et à un discours où le sujet n'est pas encore advenu » (43). Or, dans la mesure où l'advenir auquel il engage suppose un doux arrachement à soi et à l'autre, ce contrat implique nécessairement une forme de violence motrice. Violence pour chacun des signataires, car lorsqu'il se lance à l'assaut de la place qui lui est assignée, le formé travaille à l'occupation symbolique d'un territoire dont le sachant formateur était seul maître. Or, il est des situations dans lesquelles la mise en œuvre de ce contrat narcissique est vécue comme trop menaçante, générant réactions et contre-réactions rigides sur lesquelles achoppe la maturation. Le processus de formation, et plus particulièrement l'internat, a aussi ceci de commun avec l'adolescence qu'il marque un point de fragilité, une transition « à nu », une nécessaire exposition, une vulnérabilité de s'être dépouillé des molletons du pur apprentissage et de n'avoir pas encore érigé les remparts rassurants de l'identité professionnelle accomplie. En somme, l'interne souffre encore, ou à nouveau, du complexe du homard que décrit Dolto (92). Sans compter que la tâche est particulièrement fine et délicate pour le formateur, dont la position doit subtilement osciller entre le *soutenir* par sa présence réelle ou symbolique, et le *lâcher*, le *laisser partir*, qui confronte l'étudiant à la nécessaire expérience de la solitude (43). Il s'en faut alors de peu pour que la violence nécessaire et féconde s'augmente d'une violence évitable et déstructurante. Kaës met d'ailleurs en garde des risques d'un déséquilibre dans la posture du formateur. Trop *soutenir*, et c'est l'intrusion qui menace, terreau du rapport d'emprise et de l'aliénation qui en découle. Trop *lâcher*, et l'expérience de la solitude symboligène devient abandon, source d'angoisses et de mouvements dépressifs.

Au détour d'une conversation, une amie me raconta une expérience qui l'avait manifestement suffisamment marquée pour qu'elle m'en rapporte très spontanément le souvenir lorsque je lui évoquais mon travail sur la violence du soin en psychiatrie :

Alors qu'il avait été admis pas plus tôt que la veille pour des idées suicidaires inquiétantes, l'un des patients de l'unité où elle effectuait son tout premier stage d'interne avait demandé sa sortie. Considérant, au vu de son inexpérience, la situation trop délicate pour s'en saisir seule, elle en appela à un médecin sénior qui accéda à la demande du patient. Il fut alors confié à mon amie de le recevoir en consultation une semaine plus tard au Centre Médico-Psychologique (CMP), afin d'en réévaluer la situation.

Mais le lendemain après-midi, le même médecin sénior l'interpella :

« – Tu n'auras pas besoin d'aller au CMP la semaine prochaine.

– Pourquoi, il a annulé ?

– Non il s'est pendu. »

Le médecin en avait été avisé par l'épouse du patient le matin même. Sans rien ajouter, il laissa mon amie rentrer à l'internat où elle logeait.

Saisie par une situation vécue comme « hyper-violente », mon amie me confia qu'elle y pleura. Elle se souvenait d'un sentiment intense de culpabilité et d'incompétence qui la paralysa durant près d'un mois, l'empêchant d'assurer tout nouveau suivi. Ne trouvant aucun soutien de la part des professionnels du service qui agissaient comme si rien ne s'était passé (elle doutait d'ailleurs que quiconque d'autre que le médecin ait été au courant), elle s'accommoda de ce sentiment en discutant de l'événement avec des co-internes et en se documentant en autodidacte sur l'évaluation et la gestion de la crise suicidaire. Malgré quoi, elle m'avoua que le sentiment de culpabilité qu'elle en gardait n'avait jamais tout à fait disparu.

Ce témoignage est précieux en ce qu'il illustre en plein la violence inéluctable à laquelle expose l'expérience de l'apprentissage du soin, et en creux, l'importance de la formation pour dépasser, ou plutôt trans-former cette violence. Faute d'un étayage rassurant, d'une mise en sens éclairée par l'expérience d'un tuteur, l'étudiant construit une appréhension biaisée de sa responsabilité, à la fois totale, et totalement

défectueuse. À partir d'un événement dramatique qui aurait pu être mis en perspective, ne serait-ce que l'assomption des limites de la prévention du risque suicidaire, l'interne en psychiatrie a déduit sa propre culpabilité qu'elle n'a pas perçue comme partagée. La violence de l'abandon est ici évidente, qui entache la construction de l'identité professionnelle d'un méta-apprentissage dysfonctionnel auquel rien n'a fait barrage : celui d'une incompétence et d'une auto-dévaluation. Plutôt que d'avoir été circonscrite à l'événement même, travaillée dans la sphère professionnelle à partir d'outils théoriques et de sagesse pratique, la violence diffuse jusqu'à remettre en question la personne elle-même. D'être méta, l'apprentissage douloureux est alors profondément ancré. Il sert de référence pour les expériences futures, inhibant les initiatives et conduisant à un évitement des responsabilités vécues comme traumatiques. Si profondément ancré, en fait, qu'il faudra plusieurs expériences constructives (c'est à dire, mieux accompagnées) ultérieures pour en corriger les effets. Ainsi, au delà des expériences potentiellement douloureuses des expériences de stage, la formation peut en elle-même devenir source de souffrances : « risque de se perdre en étant déformé sous l'emprise de l'autre ; déception de n'avoir pas assez reçu ; douleur et anxiété liées à la réactivation du complexe fraternel et des failles narcissiques ; travail de désillusion ; violence de la nécessaire expérience de solitude dans la formation, etc. » (48)

### **2.3.5. Assumer un héritage, se positionner**

#### **2.3.5.1. Investir un champ disciplinaire**

Voilà donc tracée – avec quelques contournements, mais tracée tout de même, une première ligne de continuité entre l'externat généraliste et l'internat spécialisant. Au plan de la construction identitaire, la formation professionnalisante prolonge la maturation de l'étudiant vers l'autonomie et la responsabilité. Cette maturation s'inscrit dans un parcours plus général de subjectivation (ou, au contraire, dans les cas les plus violents, de désobjectivation), en appui sur l'investissement d'une nouvelle forme de rapport intersubjectif avec le patient, et guidé par la dynamique relationnelle formateur/formé. Mais la médecine a la clinique, et donc la praxis, en son cœur. Tout rapport qu'entretiennent ses protagonistes est structuré sur la base d'une triangulation avec le savoir théorique. Par conséquent, l'apprentissage de la

médecine et la subjectivation qui lui est associée doivent nécessairement composer avec l'élaboration d'un rapport à la discipline et au patient, non plus seulement comme sujet, mais aussi comme objet d'étude et de soins. Plus précisément, à travers l'assimilation épistémologique tacite que nous avons développée dans la **Partie 1, Section 4.1.2**, c'est à dire la façon dont il apprend à convoquer, mobiliser, intégrer et métaboliser le savoir, l'étudiant en médecine façonne sa position et sa posture dans la relation au patient. Et là encore, il nous semble que l'internat prolonge l'externat dans une même trajectoire initiatique plutôt qu'il marque un point de rupture et l'avènement d'une ère sans mémoire. Certes, la spécialisation exige de s'habiller du costume de spécialiste, d'endosser un rôle circonscrit et spécifique, prédéfini et normé. Certes, devenir psychiatre exige également de revêtir les représentations complexes et ambiguës propres à la psychiatrie, d'en devenir l'émissaire face à chaque patient, à ses confrères et à la société toute entière. Dans l'étude déjà citée plus haut (voir **Partie 2, Section 2.3.1**), Déborah Sebbane a ainsi pu montrer que les internes en psychiatrie étaient perçus comme « bizarres », « tire-au-flanc » ou « contagieux » par respectivement 56 %, 37% et 30 % de leurs homologues des autres spécialités (médecine générale, anesthésie-réanimation, neurologie, pédiatrie, et chirurgie orthopédique) (89). Si aucune spécialité médicale ou chirurgicale n'est exempte d'*a priori* schématiques dont il est difficile de savoir s'ils sont les règles d'un jeu folklorique carabin ou s'ils correspondent à de réelles convictions individuelles (et dans ce cas, jusqu'à quel point), il n'en reste pas moins que l'internat en psychiatrie garde, contrairement aux autres spécialités, les stigmates d'un processus de normalisation récent et encore mal assuré au sein de la médecine (93). Or, les internes sont les héritiers de ce processus, comme des débats, postures, positions et controverses qui ont animé leur discipline face ou à l'encontre de la communauté des experts et de la société. Un héritage actif et vivant puisque le processus de formation garantit l'existence et la pérennité des savoirs et des savoirs-faire. Nous pourrions parler de légitimation, et, pour paraphraser René Kaës, d'autoconservation de la discipline par la formation (43). À ce titre, l'héritage est aussi responsabilité.

### 2.3.5.2. Délimiter son champ de compétence

Dans le cas de la psychiatrie, qui a pour particularité d'occuper un statut épistémologique incertain, le legs est lourd. Il impose de se positionner avant même de comprendre et d'intégrer les enjeux dont il est question. Il faut très tôt se soumettre, ou au contraire apprendre à résister à des attentes multiples et voraces. Attentes des confrères somaticiens qui, profitant sans le savoir de l'aporie épistémologique que représente l'inconnu étiologique en psychiatrie (voir **Partie 1, Section 3**), relèguent les comportements qui entravent la bonne marche du soin (c'est à dire les comportements déviants ou gênants) dans le champ de la pathologie psychiatrique. Attentes de ceux qui enferment, à la faveur de cette relégation, le patient dans une essence (le patient « psy ») pour, de fait, l'exclure du soin de droit commun et le livrer à la seule expertise du psychiatre, ici perçu comme « normalisateur » (c'est ainsi que lorsque j'étais sollicité pour réduire l'agitation d'un patient alcoolisé aux urgences, l'un de mes tuteurs me disait : « tu n'es pas truc-qui-fait-chier-ologue »). Attentes, aussi, des partenaires sociaux qui, ne sachant que faire des personnes démentes, violentes, inclassables et/ou incasables dont ils ont la charge, pressent le psychiatre au diagnostic et à l'institutionnalisation psychiatrique. En fait, attentes des sociétés occidentales contemporaines qui, ne sachant que faire des écarts à la norme, se satisfont d'une médicalisation que seule la psychiatrie est théoriquement capable de produire sans limite [voir, par exemple (49) ou (94)]. Il revient alors au psychiatre la responsabilité de fixer avec souplesse les limites de son champ de compétences, de résister aux pressions sans se décourager de ce qui fait le cœur de son activité : le soulagement de la souffrance. Une nouvelle fois, le double statut de l'interne le confronte à un vertige lorsque, n'ayant pas encore toutes les armes pour comprendre et se saisir de cette responsabilité, il n'en est pas moins confronté aux mêmes attentes et pressions. Aussi, l'apprentissage si particulier de la responsabilité en psychiatrie peut autant être une exaltation lorsque l'interne se saisit de la dimension éthique et d'utilité sociale à laquelle elle engage, qu'un fardeau lorsqu'il n'est pas suffisamment accompagné à discriminer responsabilité *de* ses patients, acceptée et assumée, et responsabilité *à la place* de ses patients, imposée, ingérante et nécessairement dissonante d'avec l'identité professionnelle en construction.

### 2.3.5.3. Composer avec l'héritage de son externat

Mais les particularités réelles ou supposées de l'internat en psychiatrie en termes d'apprentissage de la responsabilité ou de place allouée à la subjectivité marquent-elle réellement un reniement de ce qu'avait été jusqu'alors la formation d'étudiant en médecine, une remise à zéro des compteurs, un renouveau du rapport au patient, à la clinique et à la discipline ? Si l'on ne s'arrête pas aux simples apprentissages de surface, et que l'on accepte la dimension initiatique du parcours du carabin, les mutations identitaires profondes auxquelles il engage et les structurations épistémologiques (en termes de rapports à la théorie et à l'objet de savoir et de soin) qu'il implique, nous nous détrompons rapidement. Comment imaginer que l'étudiant puisse soudainement s'abstraire d'un regard, d'un langage, d'une pensée qui ont été façonnés, travaillés, transformés par les études de médecine ? Peut-on penser qu'il suffirait de soulever un filtre ? Peut-on penser que les expériences violentes (au sens de puissantes) qui ont jalonné son parcours l'aient laissé indemne ? De ce parcours, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi évoque très justement le changement de regard qui s'opère, en ce sens que c'est un rapport au monde, un mode de perception, d'appréhension et de compréhension qui se structure (95). Selon le psychiatre, ce changement de regard s'accomplit en trois temps. Le premier temps est consacré à habituer l'étudiant à considérer la médecine comme une science, portant aux nues ses capacités objectivantes au détriment de la subjectivité, lui laissant tout loisir d'imaginer et d'éprouver sans réserve l'étendue de sa puissance. Lors du second temps, temps de la dissection et de la sémiologie, il lui est donné à voir le corps comme « un bout de viande ». L'expression vient dire l'assimilation d'un nouveau mode de raisonnement fondé sur la dénaturation de l'homme au profit de sa naturalisation, sur sa désubstanciation réifiante, sur sa perpétuelle déconstruction pour toujours le reconstruire, même imparfaitement, à travers le prisme médical. Cet apprentissage est souvent à ce point exclusif et efficace qu'il en vient à faire corps avec l'étudiant, à devenir une posture de règle quand l'intersubjectivité devient l'exception. Enfin, le troisième temps lui fait croire, à travers une préparation abrutissante aux ECN, que le patient se pose comme un cas clinique, et, partant, que la méthode nomothétique selon laquelle le malade ne sert que de support à reconnaître une catégorie objective générale et unificatrice (qu'elle soit physiopathologique ou nosographique), prévaut sur la méthode idiographique

centrée sur l'individu et sa singularité. Dès lors, il devient légitime de s'interroger sur les prolongements de l'apprentissage d'une clinique de l'effacement du sujet – apprentissage qui, si prégnant qu'il soit dans les études médicales, ne leur est pas exclusif et se retrouve sous d'autres formes dans les études paramédicales – dans l'exercice plus particulier de la psychiatrie où le sujet est supposé tenir une place de choix. Plus largement, interroger cette continuité dans la structuration du rapport à l'Autre, en tant qu'il est le porteur d'un trouble que fait sienne l'approche positiviste et la culture biomédicale, nous laisse entrevoir les violences qui ont cours lorsque la subjectivité de cet Autre, et le statut de sujet qui s'y rapporte, se trouvent fragilisés, menacés, négligés ou tout simplement niés.

### **3. Le moment clinique, risque d'éliision du sujet**

#### **3.1. Le sujet exposé**

C'est à double titre que le moment clinique nous est d'un intérêt particulier. D'abord parce qu'il noue, en un instant circonscrit et au sein d'une rencontre plus ou moins réussie, des enjeux proprement médicaux qu'il nous importe de mettre en lien : enquête et recueil, travail herméneutique, stratégie et analyse diagnostique, convocation d'une théorie mise au travail d'être confrontée à la singularité d'une pratique, enseignement « au lit du patient », point de mire et point de pivot de la formation des apprenants. Ensuite, parce que la clinique renferme en son sein un paradoxe étrange et fondamental, dont le maniement délicat justifie peut-être qu'elle ait pu être érigée au rang d'art : c'est là, dans cet espace-temps opaque du secret des initiés, que l'intime s'expose, que la blessure se montre, que le sujet éclos en donnant à voir sa pulpe délicate, qu'il baisse les armes relationnelles pour s'exposer dans tout son dénuement. La clinique devrait être le moment de consécration du sujet. Mais, revers des instants vibrants de grande vulnérabilité, la clinique est aussi le moment où le sujet est le plus menacé, où il risque à chaque instant, au moindre trébuchement, à la moindre inattention de celui à qui il s'en remet, de s'évanouir. Au moment précis de la clinique, le sujet se donne à la médecine et à celui qui l'incarne. Il se soumet à la sentence. Son existence est plusieurs fois prise en dépendance : il *est* ce que le médecin perçoit, puis il *est* ce que le médecin juge qu'il est. Aussi,

chaque mot, chaque attitude, chaque expression du visage, même d'apparence anodine, aura les conséquences d'un effet papillon pour le patient qui mettra tous ses efforts à les recevoir et les décrypter.

## 3.2. Réduire le nouveau au commun

### 3.2.1. La maladie-image

L'exercice herméneutique n'est rien moins qu'évident pour le médecin. Car lui ne peut s'en tenir au registre de l'intersubjectivité. Le travail de clinicien le contraint justement à glisser vers celui de l'objectivation d'une maladie dont il doit reconnaître les caractéristiques à *travers* celui qui la porte. Nous ne saurions décrire cet exercice de souplesse mieux que ne le fait Bernard Hoerni, qui le met en perspective dans la médecine contemporaine (16) :

« De belles images, une avalanche de chiffres, un bon dossier isolent la maladie et permettent un regard objectif toujours souhaitable mais alors excessivement pur. Il y a là aussi quelques cas où cette attitude est justifiée, voire s'impose. Dans la très grande majorité des cas cependant, la pratique médicale doit considérer ensemble, comprendre à la fois le patient et sa maladie. Selon les cas, les caractères de l'un ou de l'autre, l'attention devra se porter plus spécialement dans un sens, mais pas avant d'avoir pris une vue d'ensemble, pour le déterminer justement ».

Le risque est alors à ce que le mouvement soit sans retour, et que plutôt que d'alterner du regard subjectif au point de vue objectif, d'inclure l'un dans l'autre, ou de les conjuguer en harmonie, le médecin reste fixé à la maladie-objet. Cette tendance systématique d'appréhension du patient a la rigidité des habitudes apprises de longue date. Compagnon et Sagné (31) reconnaissent un regard critique et une certaine disposition à la relation humaine chez les jeunes externes en médecine. Elles constatent toutefois que cette tendance cède à mesure que leur est inculquée une façon de « raisonner et de penser la personne malade à travers un seul prisme : « quels symptômes peuvent-ils rattacher à quelle maladie ? ». Une maladie qui n'est autre que l'image d'elle-même, reconstruite à travers une stratégie nomothétique

devenue exclusive. Cette image prend alors une consistance telle qu'elle en vient à s'autonomiser dans l'esprit du médecin qui la cherche et la contemple. Suspendue, elle existe hors la réalité incarnée qui l'a fait naître. Elle est cette entité abstraite et pure, qui possède tour à tour des corps insignifiants. Où plutôt, les corps des malades ne prennent leur signification que dans un jeu de cache-cache morbide, lorsque le médecin, absorbé par la traque d'une chimère facétieuse et insaisissable, tâche d'y reconnaître l'une des expressions. Mais alors, qui est-il ce malade dont la seule existence, aux yeux du clinicien, ne vaut que pour une abstraction qui la supplante ? À quoi est-il réduit celui qu'on lit comme un livre ? Si le regard des étudiants en médecine se transforme, c'est pour voir, au lieu de celui de leurs patients, des yeux dont on surveille la pupille pour traquer l'affection cérébrale, des yeux dont la couleur de la sclère dit l'état de fonctionnement du foie, des yeux-choses, banalement concrets. Cette métonymie de la réification du regard, Lévinas nous dit qu'elle signe l'échec d'une rencontre (79) :

« La meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne pas même remarquer la couleur de ses yeux ! Quand on observe la couleur des yeux, on n'est pas en relation sociale avec autrui. La relation avec le visage peut certes être dominée par la perception, mais ce qui est spécifiquement visage, c'est ce qui ne s'y réduit pas. »

Le constat est le même pour la docteure en sciences humaine et interne en médecine Despoira Nikiforaki. Celle-ci observe, lors d'un stage en service de psychiatrie d'adulte, que « la maladie psychique s'avère invisible pour elle-même, et les soignants (psychiatres et infirmiers inclus) n'ont pas tous la clairvoyance de contempler en elle nos propres traits humains, jusqu'à voir même émerger l'« inquiétante étrangeté » freudienne (85). Et Nikiforaki de toucher à un paradoxe subtil : à trop contempler l'image d'une maladie théorique dont on suppose la présence en filigrane derrière le malade, on en devient aveugle à la réalité expérientielle de la maladie singulière qu'on a juste sous les yeux. Le regard du clinicien nomothétique est hypermétrope : il tente de voir loin, d'embrasser large, de saisir le général au delà de l'individuel, mais laisse dans le flou le sujet, réalité opaque, spéciale, vivante, étrange parce qu'irréductible, et dont le vécu, bien qu'il puisse entrer en écho, n'est superposable à aucun autre.

### 3.2.2. La clinique épidémiologique

Pour capter cette « étrange » singularité, pour la circonscrire et la tenir dans ses filets, le clinicien part en quête de vérité. Pour ne pas se laisser submerger par l'insondable absolu de l'expérience de l'Autre, il s'agit de s'efforcer de rendre son regard encore plus lumineux, encore plus pénétrant. À l'extrême, il faut que le patient en devienne transparent, traversé (*διὰ*) de connaissances (*γνώσις*). Il faut avoir raison sur lui, pour avoir raison de sa maladie. Et d'en revenir à ce que nous évoquions, dans la **Partie 1, Section 1.2**, de la façon dont le futur clinicien, lors de ses cours de sémiologie, apprenait comment l'équilibre subtil entre inférence et déduction faisait l'art de l'herméneutique, comment les faits s'interprétaient à la lumière des connaissances préexistantes pour élaborer le sens des symptômes, comment il fallait savoir, à chaque instant, remettre en question ses hypothèses, mais sans excès toutefois, au risque de s'en trouver paralysé dans la démarche interprétative. Or, l'outil puissant de l'herméneutique est aussi un outil dangereux pour celui qui est excessivement épris de vérité. Car si le clinicien doit veiller à ce que son savoir soit suffisamment aidant pour opérer une mise en sens en évitant de le grever de trop de doutes, un écueil bien plus fâcheux serait d'accorder un crédit sans limite à ce savoir. Et c'est bien cette tendance à laquelle incite le développement des connaissances médicales par le biais quasi-exclusif des méthodes positivistes. En particulier, les statistiques, omniprésentes dans la littérature médicale actuelle, sont fréquemment sources d'erreurs logiques insidieuses au principe d'élosion du sujet. En parlant de « crise de la clinique » par laquelle la « clinique du sujet » serait passée à une « clinique épidémiologique », Castel dit bien ce basculement logique (96) : tout raisonnement devient probabiliste, assujéti à la loi du grand nombre, de la plus grande fréquence. Les données issues de larges cohortes sont projetées sur l'individu pour guider les prises en charge, sans prendre en considération qu'il y a là un saut de l'inférence à la déduction qui n'a rien d'évident. Lorsqu'elle devient totale, la vérité statistique écrase le singulier, bannit l'exception. Le sujet se noie dans les chiffres que le clinicien a en tête. Le clinicien dit : « Après une bouffée délirante aiguë, un tiers des gens ne récidivera jamais, un autre tiers récidivera occasionnellement et le dernier tiers débutera une maladie chronique ». Le patient demande : « Oui, mais moi ? ». Que lui répondre ? L'inéluctable frustration que ressent le malade qui interroge les oracles de la

statistique est la trace de l'irréductible humanité de sa souffrance. Négliger cela, c'est doubler la douleur d'une violence supplémentaire, celle du refus de l'accompagnement inédit et singulier. C'est priver le malade de la seule attention qui puisse soulager les peines dont il est sûr, à raison, que jamais personne d'autre ne les aura vécues comme lui. Une souffrance à nulle autre pareille, qui fait de lui un être à nul autre pareil. Une existence unique. Plutôt que du réconfort, cette existence demande à être confortée. Camper sur les généralités statistiques ne le permet pas. C'est violence que de le croire et d'agir en conséquence.

### 3.2.3. Le déséquilibre inférentiel

Mais les statistiques ne sont pas le seul biais par lequel le clinicien peut, à marche forcée, tenter de « réduire le nouveau au connu » (34). Variées sont les sources du savoir qui aident le clinicien à comprendre chaque cas particulier qu'il rencontre, à décrypter l'inédit en tâchant d'y voir les traits d'une figure pathologique plus familière. Toutes aussi variées sont les sources du savoir susceptibles de s'imposer à ce particulier, de le recouvrir tout à fait. Pour Aude Van Effenter, l'un des travaux de l'interne consiste à apprendre à chercher ce qu'il sait déjà (15). C'est tout le propre du travail diagnostique. Et ce que sait l'interne en matière de maladie psychiatrique résulte d'une subtile alchimie nosographique. D'une part, les connaissances théoriques académiques, issues des manuels classificatoires, mais enrichies d'un enseignement universitaire oral et écrit, structurent les représentations. D'autre part, les données issues de l'expérience leur donnent une consistance : les patients rencontrés au fil des différents stages, collectés en mémoire comme autant d'émissaires de leur propre trouble, finissent par constituer ce que Guy Merens nomme un « catalogue de nosographie illustrée » (40). Mais quand la quête de déjà-vu/déjà-connu du clinicien se pare d'une obstination dogmatique, qu'elle devient imperméable aux contradictions que la singularité du patient lui oppose, alors il en résulte un forçage symbolique auto-renforçateur. En effet, la psychiatrie ne dispose pas de connaissances étiologiques qui fassent digne au travail d'hypothétisation (cf. **Partie 1, Section 3.2.1**). Aucun examen paraclinique ne permet d'apporter de preuve qui fasse office de réfutation univoque et incontestable. Sans instance de véridiction ultime, le clinicien peut tourner en roue libre. S'il est aveuglé par une hypothèse diagnostique trop peu déboulonnable, il

pourra se nourrir de chaque faits et gestes, qui, à la faveur de la polysémie et de l'absence de critère absolu de normalité qui caractérisent la psychiatrie, sont interprétés comme autant de signes et symptômes de la maladie qu'il a en tête. L'*a priori* s'affranchit de l'évidence clinique. Il la subtilise à elle-même, la prend en otage. Et avec elle, le sujet. C'est l'individu qui sert la connaissance, et plus le contraire. Bien entendu, la situation ici décrite tient de la caricature, et l'on pourrait penser que l'empire du préconçu diagnostique n'atteindrait ce niveau d'expansionnisme que pour un médecin aux croyances quasi-délirantes. Pourtant, les données de la psychologie sociale suggèrent que les déséquilibres herméneutiques (entre explication des faits par l'hypothèse et actualisation de l'hypothèse par les faits) pourraient être moins marginaux et leur incidence plus insidieuse qu'il n'y paraît.

#### 3.2.4. Le biais de confirmation

L'expérience de Rosenhan, dont les résultats ont été publiés dans la prestigieuse revue *Science*, est à ce titre édifiante (97). Dans cette expérience, douze pseudo-patients (en fait collaborateurs de l'auteur) se sont présentés à des professionnels de la santé mentale, et leur ont rapporté de brèves expériences hallucinatoires factices. Tous ont été admis en milieu psychiatrique après avoir reçu le diagnostic de schizophrénie ou de trouble maniaco-dépressif. L'étude prend tout son intérêt lorsque, une fois hospitalisés, les pseudo-patients ont immédiatement cessé de simuler tout signe d'anormalité, et ont même fait montre d'un comportement susceptible de trahir la supercherie (prise de notes, par exemple). Or, les résultats montrent qu'aucun diagnostic n'a été dédit. Au contraire, les comportements manifestement « normaux », ont été interprétés comme autant de signes du processus pathologique qui avait été initialement identifié. Au point que, pour sortir de l'hôpital, les pseudo-patients ont été contraints de reconnaître leur diagnostic et de consentir à prendre le traitement en conséquence. L'expérience est bien sûr à nuancer avec les situations, de très loin plus nombreuses, où le déni fait partie du cortège des expressions symptomatiques du trouble psychotique, et que la contrainte dans le soin est imposée, éthiquement et déontologiquement, par les bénéfices à en attendre en termes de qualité de vie pour le patient. Toutefois, Rosenhan offre une illustration *in vivo* de la façon dont la réalité doit ployer face au diagnostic, lorsque ce diagnostic ne relève plus d'une hypothèse réfutable, mais

d'une certitude auto-entretenu par l'institution toute entière. Par l'absurde, il met surtout au jour, comme certains artistes l'ont également fait [pensons notamment au célèbre et presque éculé *Vol au dessus d'un nid de coucou* du réalisateur Milos Forman (98)], la façon dont le sujet peut se retrouver capturé, enfermé et finalement destitué par la démarche diagnostique elle-même. En outre, l'étude nous enseigne que cette forme de violence particulière qu'est l'oblitération du sujet par sa propre maladie supposée *via* le « biais de confirmation », ne tient pas du régime de l'exception, mais agit au contraire bien plus efficacement de façon insidieuse, imperceptible, de sorte qu'elle échappe à la critique en se dérochant d'abord à la conscience.

### **3.3. La clinique comme espace-temps pédagogique**

#### **3.3.1. Quête de vérité et faux-semblants**

La clinique n'a pas pour seule visée l'élaboration d'un diagnostic. L'enseignement en est une part indissociable. Elle est l'une des voies, si ce n'est *la* voie royale, par laquelle une discipline (médecine, psychanalyse, psychologie, etc.) se transmet. Dans le moment secret des initiés, c'est l'initiation des plus jeunes qui se travaille. Une initiation qui se fait non seulement au lit du patient, mais aussi au contact de son corps, au creux de son intimité. Le moment clinique est donc aussi un moment de mise en abîme. Moment d'auto-engendrement par infusion des séniors aux juniors. Moment, aussi, où la clinique se regarde elle-même à travers les yeux des apprenants. Moment, donc, où elle se donne à voir, force le trait pour se rendre plus lisible. Et Foucault de nous rappeler que c'est la quête de la vérité qui se met en perspective : « La genèse de la manifestation de la vérité est aussi la genèse de la connaissance de la vérité. Il n'y a donc pas de différence de nature entre la clinique comme science et la clinique comme pédagogie ». Et, plus loin : « L'expérience médicale [...] est faite solidairement par celui qui dévoile et ceux devant qui on dévoile » (99). Il en résulte un jeu de mise en scène, un jeu de démonstration qui, pour imperceptible qu'il soit, n'en teinte pas moins ce qui s'y passe. Incrusté au sein du dispositif didactique, le dispositif diagnostique s'en trouve à la fois enflé, mais aussi altéré dans son immédiateté et sa spontanéité. Le clinicien pleinement conscient de sa mission joue au billard à deux bandes. À chaque instant, il veille à

toucher l'étudiant et le patient, le premier par delà le second. Comme l'adresse est double, elle en devient parfois ambiguë. C'est un trompe l'œil qui se met en place. Il devient difficile de savoir s'il s'agit d'enseigner à l'étudiant aux dépens du malade, de soigner le malade quitte à occulter l'étudiant, ou de faire les deux en même temps. Mais la double mission est-elle exactement compatible ? Ce que je fais pour montrer ou démontrer, est-ce exactement superposable à ce que je fais pour diagnostiquer ? La technique peut-elle se faire voir en même temps et de la même manière qu'elle se met en œuvre ? La présentation de malade, souvent consacrée comme le paragon du moment clinique, permet de mettre au jour ce qui se passe dans l'entrebâillement des ses missions en les rendant plus explicites.

### **3.3.2. Distributions du pouvoir et enjeux narcissiques**

Rapportant son expérience d'avoir été témoin d'une telle présentation par un psychiatre-psychanalyste reconnu, Florent Gabarron-Garcia en propose une épistémologie qu'il rend volontiers critique (50). Il note d'abord que l'objet du dispositif consiste en la « construction d'un cas » à partir de l'interrogatoire et du récit du malade. Cette construction se nourrit notamment d'une tendance systématique et systématisée à l'orientation de l'interrogatoire et à l'exégèse du récit en question, dans la stricte conformité de la seule théorie à laquelle le clinicien se réfère. Et l'on retrouve ici toute la violence du biais de confirmation. Mais cette fois, il est exacerbé et rigidifié d'être mis en scène pour l'exemple. D'une part, parce que lorsqu'une théorie se fait dogme, c'est dans le moment clinique que le dogme s'assoit et se transmet. Pendant la présentation du malade, l'interprétation effective des faits, paroles et gestes de ce dernier doit être suffisamment claire et cohérente, pour que la technique de l'interprétation, et donc la théorie qui lui est appendue soient correctement apprises. D'autant plus claire, pour ne pas dire univoque, lorsque la théorie en question se veut exclusive et totale. D'autre part, parce que la présentation de malade est aussi un tour de force. Si une théorie éprouve sa pertinence au contact de la pratique, et si, dans le même temps, une discipline se pérennise par la clinique, alors l'enjeu de l'efficiace herméneutique se resserre singulièrement au moment où il s'agit d'en faire la démonstration face aux disciples potentiels. La présentation de malade est donc un tour de force, une façon pour le système théorique, autant que pour celui qui s'en fait le porte-parole, d'asseoir leur

légitimité respective. À cet égard, l'exercice de la clinique est aussi l'exercice du pouvoir du clinicien et de sa théorie. Celui-ci s'impose en tous points par sa propre mise en écho. Première réverbération : l'étudiant observe le clinicien mettre en œuvre un savoir que, par définition, il ne maîtrise pas. En appui sur le malade, à travers une herméneutique ampoulée, le sachant met en scène la déclivité symbolique qui le sépare de l'apprenant, et, partant, l'ascendant qu'il a sur lui. Deuxième réverbération : la présence des étudiants est une parure symbolique qui assoit la position d'autorité du clinicien face au patient. De façon intéressante, Gabarron-Garcia (50) rapproche la structure de la présentation de malade de celle du Panopticon de Bentham (100). Un Panopticon inversé, dans la mesure où la surveillance ne s'origine pas en un point unique pour se distribuer de façon radiaire à des corps individualisés, mais, au contraire, se distribue de façon centripète vers un malade unique. Un méta ou « super-panopticon » en fait, car le dispositif de révélation et de consignation de la vérité du malade par le clinicien (44) est lui-même surveillé par des étudiants « méta-scripts » qui, « redoublant "l'écoute" » de ce dernier, redoubleront « aussi bien incidemment sa place d'autorité »(50). Plus qu'en termes d'organisation spatiale, la pertinence du recours à la métaphore foucauldienne tient à ce qu'elle dit bien comment cette mise en abîme décuple les forces qui travaillent au corps le patient. Mais le dispositif a ceci de particulier que l'autorité diffuse, ricoche, et s'applique aussi, dans des combinaisons aux résonnances variables, sur les étudiants eux-mêmes. En somme, la présentation de malade catalyse un pouvoir dont le clinicien est la source, en tant qu'il est tout à la fois enseignant et thérapeute, et que les charges symboliques liées à l'une et l'autre de ces fonctions, plutôt que de s'additionner, se potentialisent.

Sur ce point, les approches métapsychologiques complètent aisément la sociologie. Car comment être ignorant des enjeux narcissiques qui animent la fonction de soignant, quand on sait la reconnaissance sociale dont elle jouit, la puissance technique qu'elle est aujourd'hui capable de déployer et la gratitude des patients – pas si rare, pourvu qu'on sache la lire – ? De même, comment défaire la motivation à enseigner de sa part de gratification narcissique, quand des étudiants projettent sur leur tuteur leurs fantasmes de savoir absolu (40), quand ils s'en remettent à lui pour combler leurs ignorances, quand c'est le formateur en question

qui assigne ses ouailles à la place à laquelle ils doivent parvenir, « contrat narcissique » dont il a tout loisir de faire un « mandat impératif » (43).

### 3.3.3. Le cas, enjeu pédagogique

Une fois reconnu le chant à deux voix du pouvoir et du narcissisme comme part nécessaire de l'exercice clinique (nécessaire au sens d'irréductible, mais aussi d'indispensable, parce que fondatrice, motrice et vitalisante) il faut aussi en apercevoir les débords et excès violents. Car si le patient risquait d'être pris en otage par le processus herméneutique, s'il disparaissait derrière sa maladie reconstituée par le travail diagnostique, le risque devient double lorsque le dispositif s'augmente d'une dimension pédagogique. La maladie-image subit un degré de dévitalisation supplémentaire à travers la reconstruction d'un « cas », exemplaire, révélateur, en écho direct de ce que sont les descriptions stéréotypées que les étudiants apprennent dans leurs cours académiques. L'on nourrit une sorte de fascination esthétique pour le cas original, le cas rare, le « beau cas », ou, au contraire, pour le cas typique, propre, celui dont on dit qu'il est « comme dans les livres ». Quand le dispositif clinique en arrive à ce point où les inflexions pseudo-pédagogiques, qui confinent à un collectionnisme d'entomologiste, ont pris le pas sur toute perspective soignante, alors le malade-sujet a définitivement pris congé. Il est nié pour ce qu'il est, réduit à un bel objet, certes, mais un objet quand même. Un objet presque ludique. Un objet que l'enseignant exhibe pour exciter la curiosité des jeunes esthètes. C'est à ce titre que Gabarron-Garcia épingle la forclusion de la présentation psychanalytique de malade (plutôt que celle du malade qui est présenté) (50) : « Car c'est peut-être cela la présentation clinique : d'une part l'expérience pour un sujet de la perte de son nom et sa déchéance, et d'autre part la mise en acte collective de la production de cette perte indissociablement liée à la jouissance de ce spectacle orchestré suivant des règles strictes, suivant un scénario inchangé ». À l'extrême, la clinique fait main basse sur le patient qui n'en est plus un. Elle exerce aussi subtilement son emprise sur les étudiants qui, pensant être acteurs du jeu de la pédagogie, n'en sont en fait que les pions, éblouis par les mouvements de manche du clinicien, mobilisés par leur désir de bien faire et de bien dire, de bien comprendre et de bien reconnaître, d'être dans les bonnes grâces du patron.

### 3.3.4. La douleur peut-elle être spectacle ?

Bien sûr, on pourra légitimement objecter que la présentation de malade est un dispositif hérité du XIX<sup>ème</sup> siècle, et qu'il n'a aujourd'hui cours que de façon marginale. Bien sûr, la caricature violente que nous avons finalement dessinée ne pourrait s'appliquer avec évidence qu'aux leçons de Charcot à la Salpêtrière. Mais ne peut-on pas en trouver des traces dans la pratique des tours professoraux, actualisation contemporaine de l'enseignement clinique classique ? L'étudiant en médecine est-il réellement étranger au risque de céder à sa curiosité d'esthète, lorsqu'on le nourrit, tout son cursus durant, de cas cliniques et autres dossiers stéréotypés. N'est-il pas tenté de forcer l'interprétation, de l'orienter vers le diagnostic qu'il lui plairait de mettre au jour, parce qu'il s'agit d'un beau diagnostic, d'un diagnostic rare, d'un diagnostic difficile, d'un diagnostic pour lequel il serait assuré d'être valorisé ? L'interne en psychiatrie n'incline-t-il pas à faire de ses hypothèses psychopathologiques des conclusions un peu trop hâtives, fut-ce au dépens de la réalité clinique du malade, quand ces hypothèses entrent en congruence avec l'obédience de ses enseignants, voire de l'orientation théorique du service entier, et, par conséquent, facilitent sa reconnaissance et son intégration ? À propos des principes fondateurs de la clinique, Foucault s'interrogeait : « Mais regarder pour savoir, montrer pour enseigner, n'est-ce pas violence muette, d'autant plus abusive qu'elle se tait, sur un corps de souffrance qui demande à être apaisé, non manifesté ? La douleur peut-elle être spectacle ? » (99). Et rapidement d'expliquer que la clinique a dû fermement répondre par l'affirmative pour naître et se développer. Nous pensons que la question mérite de rester ouverte. Non pas qu'il faille ébranler l'édifice clinique en sabotant ses bases. Mais plutôt accepter que la violence que Foucault évoque n'est pas moins présente d'être justifiée par l'intérêt supérieur de la communauté [« puisqu'il n'y a de malade qu'en société il est juste que le mal des uns soit transformé pour les autres en expérience » (99)]. C'est de la mise en suspens de cette question que la préoccupation éthique émerge. C'est en acceptant que la violence puisse se loger au cœur de la clinique, que s'éveille le souci de cantonner cette violence au strict nécessaire. Et il nous semble que cette posture de vigilance est d'autant plus requise au moment où l'apprentissage de la clinique se fait par l'entraînement. Car, comme nous le disait Guy Baillon : « Le patient va nécessairement souffrir de la maladresse de la pratique dans cet

apprentissage, comme il souffrirait d'une aiguille mal tenue par un étudiant ». Alors, pour que le patient ne soit pas pris au piège d'une triple réification – objet diagnostique, objet pédagogique, objet pratique – il y aurait sans doute à considérer que l'attention à l'Autre, à son humanité, à sa singularité, font partie intégrante de l'apprentissage de la psychiatrie, et plus largement du soin. Et Guy Baillon de poursuivre ainsi : « Mais le patient n'est pas "utilisé" pour s'entraîner [...]. On se dégage très rapidement de la notion d'apprentissage par le fait qu'elle est supplantée par l'échange qui y a cours ». Il ne s'agit pas de négliger l'herméneutique, l'approche nomothétique, la stratégie diagnostique, ou l'exercice pratique, mais de les faire coexister, dans un effort de souplesse intellectuelle, émotionnelle et éthique, avec l'idiosyncrasie, le particulier, l'irréductible et l'incompréhensible. En somme, et pour paraphraser la formulation de Donatien Mallet, prendre garde de ne pas « soigner sans prendre soin » (101). Dans cette optique, il est peut-être bon de se rappeler que le beau cas selon Foucault, c'est d'abord le cas qui « prolonge le différentiel », une « particule indiscernable, volatile, arrachée au vide et à la mort », un cas presque inaudible parce que ne procédant d'aucune généralisation, un cas qui n'est ni archétype, ni échantillon (102).

## **4. Porter atteinte au sujet : le problème de la maltraitance**

### **4.1. De l'importance de requalifier la parole**

#### **4.1.1. Ce que les patients et leurs familles ont à dire**

Une fois levé l'écran opaque de la maladie théorique, artificiellement construit par une clinique nomothétique par ailleurs nécessaire, la parole du malade, dégagée du filtre de l'interprétation pathologique, sonne avec une limpidité troublante. Regonflé dans sa légitimité de sujet-narrateur, ce qu'il a à nous dire de sa prise en soin vibre d'une authenticité et d'une immédiateté parfois difficilement audibles. En effet, si l'on accepte que la violence laisse ses traces les plus criantes dans le vécu de celui qui la subit (103) [sans toutefois céder à l'empire du statut de victime (36)],

le malade est l'un de ceux par qui peut se faire jour l'imperceptible, l'indicible ou l'inconcevable. Les dispositifs offrant, sans caricature ni instrumentalisation, une visibilité à ces témoignages sont relativement rares. Mais lorsqu'ils existent, ils nous donnent accès à des formes plus évidentes de négation du sujet. La presse peut ainsi se faire le relais d'expériences douloureuses de patients et de familles aux prises avec l'institution psychiatrique. Il en est ainsi de Christelle qui dit avoir vécu ses hospitalisations comme une « destruction totale », marquée par les humiliations que constituaient pour elle les conditions d'administration de ses traitements (104). Les blogs numériques, en tant qu'espace contemporains de libre expression situés à mi-chemin entre le public et le privé, sont aussi le lieu de témoignages souvent chargés d'émotion. Et une mère d'ainsi relater, sur le site d'information Mediapart, l'expérience de la solitude et de l'abandon qui les a saisis, son fils et elle, au cours de leur histoire avec la psychiatrie (105). C'est également par dizaines que les directions des établissements de soins reçoivent de ces récits sous forme de lettres de réclamations, de protestations, de revendications ou de simple témoignage. Dans l'une de ces lettres, retranscrite dans l'ouvrage collectif *L'éthique à l'épreuve des violences du soin* (13), un patient relate de façon saisissante les négligences, manquements, et mauvais traitements qu'il a eu à essayer lors de son hospitalisation. L'extrait suivant en donne un échantillon significatif :

« Un matin, je demande du savon, une dame forte en taille mèches rouges me répond : "Mais vous vous croyez où monsieur ? Le savon c'est pas un dû, vous êtes à l'hôpital public ici, qu'est-ce que vous croyez hein ?" Moi : "Mais Madame, j'arrive des urgences et ma famille est à mille kilomètres d'ici." Elle : "Ben, faut vous en faire envoyer !" Mais je n'ai pas le droit de téléphoner. Pourtant, un nouvel arrivant aura du savon et une brosse à dents, d'une autre infirmière. Et je pue, on ne peut changer de pyjama que quand un infirmier n'a pas oublié nos demandes répétées et ses réponses : "dans deux minutes", en sirotant son café. »

Parfois, la parole du malade et de sa famille est le support d'un examen plus formel de la condition du patient hospitalisé, en psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales. C'est notamment à l'appui de cette parole, recueillie *via* les nombreux courriers qu'il reçoit et les tout aussi nombreux entretiens qu'il mène, et

actée comme valide par un traitement attentif et sérieux [voir, à ce sujet, l'excellent documentaire *À l'ombre de la République* de Stéphane Mercurio (106)], que le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGPL) a pu mettre en évidence, au sein des hôpitaux psychiatriques, diverses mesures attentatoires à la dignité des patients : mises arbitraires en pyjama, règles aléatoires et arbitraires de privation des téléphones portables, interdiction des relations sexuelles, etc.

#### **4.1.2. Ce que la parole révèle de maltraitance**

En matière de violence hospitalière, la force révélatrice de la parole des patients apparaît avec plus d'évidence encore à la lumière du concept de « maltraitance ordinaire », duquel Claire Compagnon et Véronique Ghadi, sollicitées par la Haute Autorité de Santé (HAS), ont fait leur objet d'étude (107). Rappelant que le concept de maltraitance est un produit contemporain, les deux sociologues en restituent la définition du Conseil de l'Europe : « tout acte ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable » (108). Dans la perspective de l'étude de la violence du soin, deux points méritent une attention particulière. D'abord, la définition semble mettre un point d'honneur à être la plus large et ouverte possible, couvrant atteintes en plein (des actes) autant que les atteintes en creux (des manquements), et dépassant largement les seuls sévices physiques et corporels. En réaffirmant son polymorphisme, et, implicitement, la difficulté de la saisir, elle rejoint en cela la récusation du concept monobloc de la violence que nous avons posée en introduction. Par ailleurs, si la définition reste floue sur les sources potentielles, elle place en son cœur la personne vulnérable comme victime identifiée. Les droits fondamentaux, le corps, la dignité, le bien-être, c'est en somme tout ce qui fait les attributs du sujet qui, lorsqu'ils sont niés ou menacés, constituent une maltraitance. En outre, la précision de la notion de la vulnérabilité lui donne une place privilégiée à l'hôpital où la maladie, le soin, l'institutionnalisation placent inmanquablement chaque patient en situation de fragilité et de dépendance. Mais c'est à une forme particulière de maltraitements que Compagnon et Ghadi ont choisi de s'intéresser, une forme caméléon, interstitielle, insaisissable en apparence, une forme qu'elles ont qualifiée « d'ordinaire », non pas pour minimiser leur portée ou

leur gravité - bien au contraire -, mais pour désigner celles qui sont « au delà on en deçà des faits de maltraitance caractérisée, qui font l'objet d'une qualification pénale et/ou disciplinaire ». Cette forme paradoxale de maltraitance, fantôme discret du soin quotidien dont les morsures pernicieuses sont d'autant plus profondes qu'elles se répètent inlassablement, se fond dans la routine, prend l'apparat de la banalité pour échapper à la caractérisation. Elle profite des mouvements préréglés et ronflant des institutions ainsi que des routines soignantes, pour se faire inapparente aux yeux des professionnels. Elle fait sien l'espace entre l'agissement pleinement conscient et le pur automatisme, profitant des vigilances engourdies. De plus, comme le souligne le rapport, elle mise sur la vulnérabilité de ceux sur qui elle porte, « puise son origine dans la dépendance de la personne maltraitée par rapport à la personne ou l'organisation maltraitante, et dans le silence qui l'entoure. Elle n'est possible que parce que la parole des personnes est confisquée, d'où la difficulté de pouvoir la repérer, l'identifier, l'évaluer » (107). Pour la démasquer, la restitution de la légitimité de cette parole apparaît alors comme une nécessité. Être attentif à ce que disent les patients pour la mettre au jour en déjouant les mécanismes par lesquels elle échappe habituellement. Reconnaître et pister ses traces dans le discours de ceux qu'elle lèse. Puisqu'elle se dérobe à la conscience de ceux qui en sont le véhicule, donner la parole aux patients et familles qui en savent la présence, pour la simple raison qu'ils la vivent souvent douloureusement. C'est du moins la méthodologie qu'ont adopté Compagnon et Ghadi en recueillant près d'une soixantaine de témoignages (livres, courriers, association d'usagers, etc.) et en conduisant plus d'une vingtaine d'entretiens semi-directifs de personnes hospitalisées ou de leur entourage.

## **4.2. La maltraitance ordinaire**

### **4.2.1. Typologie**

Ce rapport Compagnon-Ghadi, il nous nous semble pertinent de s'y attarder un peu, dans la mesure où il propose, à travers la systématisation d'une typologie, un cadre de compréhension de phénomènes violents, qui, par nature, sont difficilement saisissables. Bien au delà de la psychiatrie, ce cadre de lecture porte sur le soin de manière générale. Cependant, à quelques modulations près sur lesquelles nous

reviendrons (voir **Partie 2, Section 4.3.4**), elle lui est d'après nous tout aussi applicable qu'à n'importe quelle autre discipline médicale. En précisant qu'il s'agit là d'un artifice classificatoire, et sans méconnaître l'étroite intrication des classes décrites, Compagnon et Ghadi opèrent une première distinction entre les maltraitements liés aux comportements des professionnels et celles attribuables à des facteurs institutionnels. Nous reviendrons dans la section dédiée aux logiques contemporaines du soin (**Partie 2, Section 5**), sur la façon dont l'institution, peut, selon l'expression de Combièr-Veuillet et Dumortier, « sécréter de la violence » (70). En effet, nous ne pensons pas pouvoir traiter des questions de l'accueil, de la disponibilité ou des rythmes de soin, sans évoquer concomitamment les idéologies médico-administratives aujourd'hui prégnantes dans nos hôpitaux. Quant à la dénonciation de la première catégorie, elle est sans doute la plus sensible, car potentiellement la source d'une culpabilité difficilement tolérable pour les professionnels en question, lesquels ont, pour la plupart, le sentiment de s'appliquer avec diligence à un emploi éprouvant. Plutôt qu'une opportunité de remise en question et d'amélioration des pratiques, elle incline à être vécue comme une attaque à leur conscience professionnelle, voire personnelle. Pourtant, Ghadi et Compagnon ont repéré, sur la base des récits qu'elles ont collectés, deux types de maltraitance bien tangibles qui s'originent dans les agissements des soignants, et ce, souvent à leur insu.

#### **4.2.2. Les comportements qui tendent à faire du patient un « malade-objet »**

Les comportements qui tendent à faire du patient un « malade-objet » représentent l'ensemble des faits et gestes déployés en dehors de toute considération pour le patient, soit qu'il soit destitué de sa position de sujet remarquable, considéré comme une « matière première » du soin, réifié comme simple support aux faits et gestes en question, soit (et c'est la prolongation de la première assertion), qu'il soit tout à fait occulté, que sa présence en tant que personne soit négligée dans une forme d'indifférence routinière. Le rapport Compagnon-Ghadi en dresse plusieurs illustrations, telles que ces situations où les professionnels « échangent et discutent entre eux en présence du patient », ou qu'ils « se regroupent à l'écart des malades, semblant oublier leur demande ou tout

simplement leur existence » (107). Nous retrouvons là ce que pointait l'auteur du courrier précédemment cité, lorsqu'il évoquait ne pouvoir changer de pyjama que lorsqu'un « infirmier n'a pas oublié nos demandes répétées et ses réponses : "dans deux minutes ", en sirotant son café ». Ces situations, nous en avons été témoin, et parfois partie prenante, lorsque les soignants que nous étions, tardions à répondre aux patients qui toquaient à la porte du poste infirmier dans lequel nous étions reclus le temps d'une pause. S'il est vrai que ces sollicitations sont souvent incessantes en psychiatrie, il n'en est pas moins vrai qu'elles sont mues par des besoins avivés par la situation de vulnérabilité et de dépendance. Pas moins vrai, surtout, que refuser d'y répondre, fut-ce par lassitude, signifie au patient qu'il peut être, même un temps, négligé, et donc négligeable. C'est également dans la catégorie des comportements réifiants que Compagnon et Ghadi rangent les situations où « les professionnels n'entendent pas ce que disent les malades ou leurs proches ». Dans la présente thèse nous avons vu et verrons (cf. **Partie 2, Section 3 et Partie 3, Section 4.2**) combien ce type de maltraitance s'applique de façon diffuse et insidieuse en psychiatrie, et combien elle fait violence. En effet, la parole du malade y est plusieurs fois mise en péril : disqualification par le discours scientifique qui s'arroge le monopole de la légitimité et de la vérité, méprisant par là le savoir expérientiel, ou – ce qui revient au même – s'y intéressant avec condescendance ; subtilisation par le travail inférentiel de la clinique qui en fait un matériau seulement utile à l'exégèse ; déplétion de sa capacité pragmatique et de sa charge symbolique, dans un milieu où le marché du pouvoir est entièrement réglé par le corps soignant. Or, négliger une parole, c'est aussi nécessairement négliger celui qui la porte. C'est refuser de le reconnaître. C'est, très directement, lui faire violence en lui soustrayant un peu de son droit d'être au monde.

#### **4.2.3. Les pressions psychologiques**

Bien qu'il s'agisse d'une forme plus active de maltraitance, les pressions psychologiques ne sont que rarement reconnues ou assumées comme telles par leurs auteurs. Une fois encore, l'intentionnalité individuelle qu'elles impliquent ne doit pas être perçue comme une donnée binaire, tant elles peuvent être le fruit de certaines « cultures » de service, ou être relayées par des soignants qui, investis d'une mission de régulation gestionnaire, sont implicitement exhortés à faire taire les

incommodités que causent les malades. En tout état de cause, elles procèdent, à des degrés divers, de mesures d'intimidation d'autant plus efficaces (donc aisées à mettre en place), que les malades en question sont placés en situation de dépendance par rapport aux soignants et à l'institution. Les pressions psychologiques peuvent prendre différentes formes que détaillent Compagnon et Ghadi : menaces et humiliations (patients houspillés, moqués, chantages, etc.), représailles et punitions (la contention revêtant parfois cette fonction, comme nous le montrerons dans la **Partie 3, Section 4.3.3**), culpabilisation des malades et de leurs proches. À propos du dernier point, Annick Ernoult et Catherine Le Grand-Sébille ont montré, à partir de 35 entretiens menés auprès de parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, combien ces derniers pouvaient être symboliquement sacrifiés sur l'autel du dogme de l'autonomie (109). À partir de pseudo-postures soignantes imprégnées, de façon plus ou moins consciente ou assumée, d'un héritage asilaire et/ou d'un substrat théorique fait d'une psychanalyse mal digérée, ces parents sont souvent insidieusement renvoyés à leur part, non pas de responsabilité, mais bien de faute dans l'état pathologique de leur enfant. Quand ils ne sont pas qualifiés de « toxiques », ou de « pervers » (attributs que nous avons maintes fois entendus lors de synthèses de pédopsychiatrie), ils sont souvent dits fautifs d'être trop proches de leur enfant, d'être la cause de leur trouble par une relation symbiotique de laquelle ils sont considérés comme responsables. C'est cette conception trop linéaire, où puise le « chantier de culpabilisation » des proches (107), qu'Annick Ernoult et Catherine Le Grand-Sébille épinglent (109) :

« Les parents se sont souvent entendus dire qu'ils étaient trop fusionnels, trop protecteurs à l'égard de leur grand enfant. Alors que c'est la très grande vulnérabilité de leur fils, de leur fille, qui leur semble imposer ce "prendre soin" permanent, retardant – ils le savent et s'en désolent – la prise d'indépendance du jeune comme processus de séparation qui ne serait pas rupture mais possibilité du contact. »

Il en résulte une forme de message paradoxal adressé aux familles. Écartées du jeune pour le préserver, ou invitées en « entretien familial » pour que leur soit signifiées leurs fautes et la nécessité de les réparer, elles sont également convoquées à assumer leurs responsabilités d'hébergement au moment où le jeune

sort de l'hôpital, y compris lorsque des troubles du comportement persistent. Il est indéniable que l'accueil des familles a fait des progrès considérables dans certains services hospitaliers, notamment sous l'influence des théories systémique et psychanalytique rigoureuses et humanistes. Toutefois, si l'on en croit l'étude de Ernoul et Le Grand-Séville, qui ne remonte pas plus loin qu'à 2010, les chantiers de culpabilisation persistent. Il faut écouter l'une des mères interrogées pour s'en convaincre :

« Nous n'avons pas été aidés par le discours psychanalytique du XXe siècle très culpabilisant, surtout pour la mère et la reprise de ce discours par les soignants, quand on est enfin arrivé à leur amener notre jeune. Ils mettent la distance dès le départ et laissent entendre aux parents qu'ils sont généralement pathogènes et responsables de ce qui arrive. Cela engendre une difficulté énorme et provoque un questionnement : en effet il faut être aidant tout en étant rejeté par l'ensemble social et professionnel. On ressent alors une grande culpabilité qui n'aide pas à construire un projet correct. L'alliance thérapeutique n'est pas encore assez pratiquée : nous avons ressenti que l'espace qui nous était réservé était assez inexistant et cantonné aux questions administratives ».

#### **4.2.4. L'atteinte aux droits fondamentaux**

La forme de violence particulière que constitue l'atteinte aux droits fondamentaux est volontiers insidieuse, du fait qu'elle procède d'omissions, de manquements et de négligences, plus souvent que d'actes qui se surajouteraient aux soins. Pourtant les conséquences n'en sont pas moins sérieuses. Bien au contraire, dans la mesure où elle entame ce qui fait l'essence de la personne, la blessure psychique et symbolique qui en résulte se fait particulièrement délabrante. Compagnon et Ghadi évoquent notamment les entorses aux devoirs d'information, qui lèsent d'autant le droit correspondant du patient. Elles l'illustrent par les situations sensibles de mise en place de soins psychiatriques sans consentement. Au delà du strict point de vue légaliste qui inscrit le devoir d'information au cœur même du dispositif de contrainte, nous reconnaissons que la question est dans les faits plus complexe qu'il n'y paraît. Il arrive en effet que l'information, lorsqu'elle est délivrée au

mauvais moment ou dans de mauvaises conditions, mette en péril la marche réglée de l'hospitalisation à la demande d'un tiers, ou qu'elle soit malaisée, ou source d'importants désagréments, par exemple en ce qui concerne la révélation ou la non-révélation du tiers demandeur. Toutefois, il faut également reconnaître qu'au prétexte de ces mêmes soins sous contrainte, les patients et/ou leurs proches sont parfois laissés dans un état de perplexité et d'incompréhension qui confine à l'abandon. Le défaut d'information est alors vécu de façon violente comme un défaut de considération. Grevant la possibilité de prendre des décisions éclairées, y compris pour se défendre ou contester, son effet est décapitant pour les personnes concernées. En cela, le défaut d'information rejoint le deuxième type de non-respect des droits fondamentaux que décrivent Claire Compagnon et Véronique Ghadi : les affronts à la dignité. Par exemple, atteinte à la pudeur et violation de l'intimité lorsqu'une chambre est ouverte un peu trop tôt, lorsqu'un corps est dévoilé un peu trop longtemps, lorsqu'une psyché est explorée avec un peu trop d'insistance et de curiosité, lorsque la discrétion fait défaut dans la « gestion du petit linge », lorsque il n'existe pas d'espace où passer ses appels en toute confidentialité. Autant d'effractions quotidiennes qui signifient incidemment au patient le manque d'estime que l'institution ou les soignants ont pour sa personne, et qui, par conséquent, érodent son estime de lui-même. Ce type de maltraitance est d'autant plus insidieux et douloureux que l'institutionnalisation impose, de fait, un certain degré de régression où le malade est rendu dépendant pour l'assouvissement de ses principaux besoins fondamentaux (alimentation, élimination, occupation, relations sociales, etc.). L'atteinte à la dignité confine alors à l'humiliation quand, au lieu de s'efforcer de minimiser cette régression, le soin en tire profit pour sa bonne marche, s'appuie sur elle pour tenir les patients en respect, pour leur rappeler, à chaque instant, la place symbolique inférieure à laquelle ils sont assignés. Et c'est bien parce qu'elles représentent un marquage symbolique que, comme le notent Compagnon et Ghadi, les tenues recommandées sont susceptibles d'être vécues comme humiliantes. En psychiatrie, le port du pyjama, souvent imposé au delà des strictes nécessités de sécurité, vient concrétiser – et le patient ne s'y trompe pas –, la régression, le rappel au statut de malade, la restriction des libertés d'aller et venir, la soustraction de pouvoir symbolique. Sauf exception, l'usage du pyjama en psychiatrie est un stigmate, prescrit comme l'habit d'un soumis, comme l'habit d'un impuissant. Et encore, il faudrait évoquer les pyjamas trop courts, trop grands ou

dont les élastiques sont trop lâches pour restituer la façon dont le dénuement, au sens littéral, peut se conjuguer à l'humiliation.

### 4.3. Les maltraitances manifestes

#### 4.3.1. Claude, ou le continuum maltraitant

Traiter des « violences ordinaires » du soin, de celles qui sont invisibles parce qu'elles se fondent dans les usages, qui agissent insidieusement en diffusant dans le domaine de l'insu, ne devraient pas nous faire oublier que d'autres violences plus manifestes, plus patentes et plus exceptionnelles ont aussi cours à l'hôpital. Des violences plus évidemment déviantes, absolument non nécessaires, qui n'échappent à la sanction disciplinaire ou pénale qu'à la faveur du silence des victimes et des témoins. Nous avons été, en début de cursus, l'un de ces témoins silencieux.

Claude était une patiente psychotique, hospitalisée de longue date. Une habituée du service. Ses symptômes hallucinatoires et délirants avaient depuis longtemps régressé, mais faute d'une structure d'hébergement qui accepte de contenir ses troubles du comportement, Claude était cantonnée en psychiatrie. Ce qui ne laissait pas d'irriter les soignants. Car Claude était aux prises avec une grande immaturité affective et une terreur de l'abandon, qu'elle venait conjurer chaque fois qu'elle le pouvait. Ses demandes et interpellations étaient incessantes. Ses transgressions, bien que rarement graves (sauf la fois où elle avait mis le feu à sa chambre), étaient souvent bruyantes. Toutes avaient vocation à mobiliser l'attention. Si bien que l'équipe, usée par la sur-sollicitation, avait développé une forme de tolérance aux brimades, aux discrètes humiliations, aux maltraitances ordinaires dont elle était l'objet.

Un jour où elle avait été frustrée, Claude lança des chaises au milieu du service. Cela fit beaucoup de bruit, mais n'inquiéta personne. Pas même les autres patients, qui, eux aussi habitués, savaient qu'ils n'étaient pas menacés. Claude fut rapidement immobilisée. En guise de punition – car comment le qualifier autrement ? – elle fut sanglée à une chaise, puis placée sous la télévision que les autres malades regardaient en arc de cercle. Pour justifier la mesure, l'infirmier m'expliqua qu'il fallait

que Claude assume les conséquences de ses actes : « Elle voulait qu'on la regarde ? Eh bien maintenant, on la regarde ».

Somme toute, il n'y a pas grand chose à dire sur l'acte lui-même, si ce n'est qu'il s'agit d'une maltraitance on ne peut plus clairement caractérisée, une mise au pilori en bonne et due forme, une humiliation organisée pour laquelle l'ensemble des patients de l'unité ont été pris en otage. Il y aurait en revanche beaucoup à dire sur les conditions qui rendent possibles la survenue de ce genre de déviances, sur leurs déterminants et sur l'impunité qui permet leur récurrence. Notre propre silence, nous nous le sommes reproché. Il était d'après nous, pour partie lié au saisissement, à la sidération et à la confusion de l'apprenant face à la déviance, position sur laquelle nous reviendrons en **Partie 2, Section 4.3.8**. Pour partie seulement, car nous pensons qu'il faut également y voir les prolongements de ce que nous avons décrit concernant les maltraitances ordinaires. Nous ne sommes en effet pas certain que l'infirmier, qui était par ailleurs un professionnel consciencieux et réputé pour être apprécié des patients, ait eu conscience de la gravité de son geste au moment où il le commettait. Pas certain, non plus, qu'il ait perçu de rupture nette entre les contentions dont Claude avait déjà fait l'objet à de nombreuses reprises, et cette entrave aberrante, publiquement exhibée. Si l'on croit Christiane Kreitlow, violences visibles et violences dissimulées seraient liées entre elles (33). Or, un examen rétrospectif de ces contentions antérieures nous soumettent au doute. Existe-t-elle cette frontière, cette différence de nature, entre lier Claude à une chaise, et lier Claude à son lit ? Les précédentes contentions étaient-elles toutes absolument nécessaires ? N'étaient-elles pas déjà mues, pour tout ou partie, par un besoin de docilité, par des velléités punitives larvées ? Par son geste, l'infirmier n'avait-il pas fait qu'accélérer, rendre publique et explicite une logique violente jusqu'à là maintenue sourde ? La dualité des violences froides et chaudes telles que décrites par Wieviorka (36) trouveraient ici une résolution dans une racine commune faite du même principe violent. Comme si, à la façon des matières volatiles, la violence froide, imperceptible et vaporeuse, s'échauffait, prenait de la consistance dès lors qu'on la comprimait. N'y a-t-il pas également continuum entre cet engourdissement de la vigilance à percevoir les maltraitances ordinaires que les bercements de l'habitude induit, et l'engourdissement de la vigilance à percevoir le « trop loin » des

conduites transgressives, à prendre conscience de la déviance, à se représenter les conséquences de cette déviance pour l'Autre sur qui elle s'abat ?

#### **4.3.2. Responsabilités collectives, responsabilités individuelles**

À l'occasion d'une journée organisée par l'Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée (Afirem) sur le thème des violences institutionnelles, Marielle Vicet, consultante en psychocriminologie et victimologie, rapportait les conclusions d'une enquête qu'elle avait menée dans un établissement accueillant des enfants. L'enquête avait été sollicitée par le directeur du fait des dysfonctionnements manifestes qui y avaient cours (110). Demande des plus ironiques, car c'est le même directeur qui demandera, après avoir pris connaissance des résultats de sa commande, à ce que soit supprimé le rapport de la consultante. Et pour cause. En reconstituant la généalogie de l'institution, Marielle Vicet a mis en évidence une histoire lourde de déviances multiples, à type de confusions entre lieu privé et lieu professionnel, de pratiques festives avec assentiment de la direction ou de consommation d'alcool sur le lieu de travail, ce qui n'a pas été sans avoir de retentissement sur les enfants accueillis. La chercheuse propose alors qu'un déficit d'élaboration de l'histoire institutionnelle – surtout lorsqu'elle est émaillée de crises – du fait d'interdits, de silences, de pratiques imposées du non-dit, contribue dans une large mesure à la réitération des événements violents. Tout en confortant l'idée selon laquelle violences diffuses et violences visibles sont étroitement intriquées, la psychocriminologue ajoute un cadre de lecture supplémentaire, en suggérant qu'il n'y a pas plus de rupture entre déviance et interdit de parole, qu'entre interdit de parole et condition de survenue de la violence, ni surtout, entre ces conditions et la souffrance des soignants. Tout cela procéderait d'une dynamique violente transcendante qui s'auto-entretiendrait et s'accélérerait au grès des événements critiques. Et c'est effectivement au niveau institutionnel que se positionnent les mesures politico-administratives visant à limiter la maltraitance et promouvoir la bientraitance, telles que celles prises par la HAS dans les suites du rapport Ghadi-Compagnon (107). Mais la mise en évidence d'une dynamique violente globale, par où serait resituée la responsabilité de l'institution, du politique et de l'administratif, n'évacue pas pour autant les questionnements sur les responsabilités individuelles. Thomas Lepoutre y insiste, avec un brin d'espièglerie (111) :

« Et pourtant le soignant n'est pas tout à fait hors jeu dans cette affaire : on aurait tort de croire que le soin s'administre tout seul, et se fait sans le désir du soignant. C'est en ce sens que, s'il y a un impensé du soin, c'est bien le *sujet soignant* qu'il faut réintroduire, car il est au centre. D'où la nécessité de réintégrer dans l'équation « violences et soin » les facteurs propres au sujet soignant, et de poser la question : à quel titre est-il intéressé, *lui*, par la violence ? »

Le message est à peu de choses près le même pour la revue *Prescrire*, qui reprend la typologie des violences ordinaires telle qu'établie par Compagnon et Ghadi (107). En rappelant la multiplication des textes de loi destinés à prévenir et lutter contre la violence et la maltraitance, *Prescrire* en appelle à une prise de conscience et à une démarche éthique individuelle et collective comme principales conditions d'un soin bientraitant. Dès lors, le questionnement qui se lisait en filigrane des constatations de Marielle Vicet réapparaît en creux des propositions de Thomas Lepoutre : quels sont les freins à cette démarche ? Comment la conscience éthique en vient-elle à être endormie ? Quelles sont les forces qui relèguent le sujet soignant à la périphérie de sa fonction ? D'où s'origine la déprise de ces soignants sur le phénomène violent ? Comment en viennent-ils à devenir relais plutôt qu'acteurs, agents d'une perpétuation violente impensée, plutôt qu'obstacles conscients de cette violence ?

#### 4.3.3. Le sadisme ordinaire

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, la violence est une donnée consubstantielle au soin. C'est un énoncé primordial, une assise instable dont on ne peut se soustraire, un pacte avec le diable que le futur soignant signe, souvent sans en saisir l'ampleur. Le soin requiert, exige même, une souffrance à soulager. Point de souffrance, point de soin. Alors que la maladie et son cortège de violences existentielles, se suffisent bien à eux-mêmes pour exister, la médecine requiert de la douleur à apaiser, de la peine à consoler, des symptômes à faire taire. Impasse logique presque tragique : le soin a pour mission d'éradiquer ce qui le légitime. Et il revient à des hommes et des femmes d'assumer tout le paradoxe de cette fonction. Destinée que ces hommes et ces femmes ont souvent choisie, tant la seule certitude

qu'un étudiant peut avoir en s'inscrivant dans son cursus soignant, est d'avoir à côtoyer la souffrance, certes pour l'apaiser, mais à la côtoyer tout de même, et ce, toute sa vie professionnelle durant. C'est cette appétence particulière que Thomas Lepoutre a introduite sous le vocable de « sadisme ordinaire » du soignant. Sinon une fascination, au moins une curiosité, le sadisme ordinaire est cette force, ô combien précieuse, qui pousse à débusquer la souffrance quitte à la provoquer (pensons au toucher rectal qui cherche la « douleur exquise » si caractéristique de l'inflammation péritonéale), à en contempler les déclinaisons, à en étudier méthodiquement et sans détour les formes, à en faire la source de son intérêt pratique et théorique. Nous disions précieux, car c'est par le sadisme ordinaire que le soignant est celui qui « peut » et celui qui « tient » (111) face à ce que d'autres considèreraient comme intolérable. Il y a du sadisme ordinaire dans l'impassibilité du médecin à se tenir face aux délabrements les plus pénibles, aux détresses les plus profondes. Il y en a aussi dans sa main ferme et sûre lorsqu'il perce les chairs, pourtant bien conscient de la douleur qu'il inflige. Et que dire de l'empressement des jeunes infirmiers à réaliser leur première prise de sang, des externes à exécuter leur premier « geste invasif » ? Que dire de la fierté qu'il retirent à avoir eu ce pouvoir de maîtriser, de moduler la douleur qu'il avaient entre les doigts, fut-ce pour s'efforce de la minimiser ? Est-ce insulter le soignant que de lui prêter une telle tolérance, qui ne peut compter sans une certaine complaisance ? Est-ce vraiment le défaire de sa bienveillance ? Avec Thomas Lepoutre, nous pensons que, bien au contraire, et si oxymorique que cela puisse paraître, reconnaître le sadisme ordinaire dans le geste soignant, en prendre conscience, est gage de vigilance. C'est savoir et se rappeler à chaque instant que le soin fait mal, et s'efforcer à ce qu'il fasse le moins mal possible (111) :

« Reste qu'en prenant la mesure qu'on ne vient pas innocemment au métier de soignant, et qu'on exerce ce métier en satisfaisant dans l'insu sa propre destructivité, on se réintroduit une marge de manœuvre : il ne s'agit plus de se condamner pour ce qu'on a mal fait, mais reconnaître qu'on fait mal, de fait. »

#### 4.3.4. Banaliser la déviance

Qu'on l'appelle sadisme ordinaire, ou qu'on préfère pudiquement ne pas la nommer, cette force qui pousse le soignant à côtoyer quotidiennement et durablement la souffrance, à la provoquer lorsque c'est nécessaire, est une donnée avec laquelle il doit composer. Soit il la reconnaît pleinement, en fait matière à réflexion, en nourrit sa vigilance éthique, au risque de se laisser déstabiliser un peu, ébranler, solliciter. Soit il résout la tension dans une forme d'indifférence en évacuant toute dimension sollicitante de la violence essentielle de la maladie. La confrontation quotidienne devient alors entraînement, puis habitude pour cultiver l'indifférence. Il s'agit de faire de la souffrance un bruit de fond, de l'extraire du domaine du notable. De l'accepter, en conformité de la posture patriarcale des sciences médicales (33), comme une banalité. Mais l'indifférence n'est pas sélective. En même temps que les violences essentielles de la maladie et du soin, le soignant « blindé » risque de rejeter une bonne part de violences non nécessaires dans le domaine fade de l'ordinaire. Comme si le seuil de détection avait été progressivement levé d'un cran. Comme si l'indifférence avait gagné du terrain à la faveur de l'habitude pour couvrir ce qui aurait autrement dû bousculer et alerter, prévenir du caractère maltraitant de certains gestes trop spontanés. Si l'on en croit Livia Velpry (112), le seuil de tolérance est peut-être plus élevé encore en psychiatrie. Car si les violences à signaler « normalisent » la discipline en ce sens que les déviances caractérisées et les événements manifestement hors-normes sont déclarés anormaux « comme dans les autres » disciplines médicales, et sont traitées comme telles, notamment par l'ONVS, les violences ordinaires, au contraire, tendent à faire de la psychiatrie une discipline « à part ». En effet, en psychiatrie plus qu'ailleurs, la violence serait, sinon acceptée, au moins reconnue par les soignants comme composante normale du soin. Il faudrait y voir l'effet de l'expression clinique des troubles psychiques, de la situation sociale des patients, du fonctionnement de l'institution, des mesures attentatoires à la liberté d'aller et venir (isolement et contention), ou encore des conditions d'administration des traitements médicamenteux. Nous y voyons également les spécificités de la discipline concernant les notions de consentement (l'administration du soin « au corps défendant » des patients dégage nécessairement une charge violente), de normalisation et de docilisation (cf. **Partie 3**). Il y aurait donc comme un degré d'habitation supplémentaire, qui compléterait et achèverait celle

qui avait été entamée par la formation généraliste des études. Comme une tolérance lasse à davantage de transgressions, à davantage de violences, qu'elles soient subies ou agies.

#### 4.3.5. Normaliser la déviance

Sous la ligne de flottaison de l'anodin, dans l'ombre d'une conscience éthique endormie par l'accoutumance, les maltraitements ordinaires évoluent sans être perçues. Car c'est à un chantier plus large que la tolérance à la violence procède. Elle brouille les cartes, déplace les repères, redéfinit les frontières de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas. De ce qui n'était pas tolérable et de ce qui le devient. Une éthique pédagogique voudrait que ce réaménagement s'opère en toute conscience, se travaille dans l'explicite, que le sujet soignant s'y positionne activement. Que soient précisément définis, dans le for intérieur de chaque individu, mais aussi dans le consensus de la collectivité, ce qui peut être admis et ce qui doit être sanctionné. Pourtant, les remaniements se font le plus souvent de fait et dans l'insu, en deçà de toute considération éthique, en deçà de toute conscience, même, puisqu'à la faveur d'une anesthésie de la sensibilité et de la réflexion subjective, qu'elles soient individuelles ou collectives. Si bien qu'insidieusement, une nouvelle norme s'installe dans les services hospitaliers. Une norme aux contours flous et meubles, capable d'absorber dans le confort de l'habitude des déviances nouvelles, devenues soudainement aussi ordinaires que les violences nécessaires du soin et de la maladie. Ce qui fait dire à une directrice d'hôpital interrogée par Compagnon et Ghadi : « La maltraitance, c'est comme les infections nosocomiales, cela ne devrait pas arriver, c'est intolérable, mais les professionnels s'y sont habitués. Il faut les sensibiliser pour que de nouveau ils se rendent compte de ce qui n'est pas acceptable ». De façon notable, la nouvelle norme ainsi instaurée (qui confine d'ailleurs à l'anomie tant ses principes sont flous et édictés dans l'implicite, principalement gouvernés par les commodités de l'usage et de l'habitude), profite largement à l'institution qui y voit une forme d'huile dans ses rouages, une façon d'en éliminer les grains qui pourraient encombrer sa bonne marche.

#### 4.3.6. Taire la déviance

L'effet pervers est double. D'une part, du fait d'un fonctionnement autonomisé, d'une dynamique institutionnalisée, « les soignants n'ont plus le recul nécessaire pour apprécier les conséquences de leurs actes ou de leurs paroles. Cette banalisation des situations de maltraitance rend difficile leur dénonciation, et c'est parfois toute une organisation maltraitante qui s'est instituée progressivement et qui est tolérée voire acceptée par les soignants. » (107). D'autre part, lorsque la déviance arrive malgré tout à la conscience, lorsqu'elle perce l'écran de la banalisation pour heurter, la dénonciation reste bridée par le fait qu'elle s'inscrit nécessairement à la marge de la norme implicitement instituée. Aussi, parce que dans un système où la priorité en vient à être davantage l'organisation hospitalière que le malade (107), dénoncer détonne, gêne, bouscule l'ordre établi, en devient parfois suspect, quand elle ne vaut pas mise à l'écart. L'énergie que la dénonciation requiert, lorsqu'elle est à contre-courant de l'entropie du fonctionnement institutionnel entier, lorsqu'elle expose à la disqualification et à la délégitimation, décourage avant même d'émerger. Et Compagnon et Ghadi d'ainsi montrer comment l'institution maltraitante parfait sa puissance auto-renforçatrice :

« La dénonciation de ces agissements par des collègues devient difficile, *a fortiori* si ce sont de nouveaux professionnels, non légitimes pour prendre la parole et remettre en cause ces façons de faire. Et on assiste alors à un mécanisme particulier : dans un service fonctionnant de manière maltraitante, seuls ceux qui l'acceptent restent. »

Le patient, lui aussi, est enserré dans la dynamique routinière de la maltraitance. Du moins, ce que Combièr-Veuillet et Dumortier décrivent de sa « carrière morale » l'y rend vulnérable (70). Selon les auteurs, le malade, dès lors qu'il passe les portes de l'hôpital, est mis au pas d'une « logique interne » qu'ils attribuent aux « institutions totalitaires » (au sens goffmannien d'institution réglant intégralement et à chaque instant la vie du sujet, dans un espace coupé du monde extérieur (113)), mais que nous reconnaitrions plus largement en psychiatrie. Le processus d'adaptation progressive en passe alors par une déculturation par laquelle le patient ajuste perpétuellement ce qu'il est et ce qu'il fait à l'aune de ce que

l'institution attend de lui. N'ayant plus pour référence que l'image de ce patient normal, de ce « bon patient », le malade n'a de choix que de se conformer, de résister (stratégie, tôt ou tard absorbée dans une lecture pathologisante) ou de développer des adaptations secondaires clandestines. Et c'est bien de processus de déculturation que procède la « ritualisation de l'inconvenance » que Claire Compagnon et Thomas Sannié proposent comme l'une des voies vers l'acceptation insidieuse de la maltraitance (31). Afin de la préserver des menaces que constituent « les situations régressives de prise en charge imposées », le malade serait amené à moduler son identité, « pour ne pas se laisser entamer alors que, dans la vie ordinaire, nombre de situations banales à l'hôpital seraient rédhibitoires à cet égard ». Or, dans une institution maltraitante, ces capacités adaptatives seraient en quelque sorte préemptées par l'organisation, qui privilégiant son propre « bon » fonctionnement (s'entend, un fonctionnement ronflant et linéaire), miserait sur la tolérance spécialement développée du malade, « sa patience, voire son impuissance ou sa peur des représailles », pour niveler les conséquences des comportements maltraitants, même les plus ouvertement déviants, sur ce « bon » fonctionnement.

#### **4.3.7. Maltraitance et souffrance soignantes : deux faces d'une même pièce ?**

Enfin, par le même processus auto-renforçateur, la pernicieuse logique maltraitante se nourrit également des souffrances soignantes, qu'elle génère et renforce par ailleurs. À ce propos, il n'est pas inintéressant de noter, comme le fait Livia Velpry (112), que les politiques publiques de lutte contre les violences hospitalières visent à protéger, en symétrie, les soignants et les usagers vulnérables, tour à tour appréhendés comme victimes. En fait de victimes, l'erreur serait de considérer que les uns sont celles des autres, et vice-versa. La linéarité d'une telle perspective ne ferait que concourir à une défiance réciproque, non seulement délétère pour le soin, mais encore source de ressentiments et de rigidités de nature à entretenir le climat violent. Au contraire, il y aurait à percevoir que les uns et les autres sont aux prises avec la même logique violente. Il est indéniable que le métier de soignant est un métier éprouvant, et que celui de soignant en psychiatrie l'est peut-être, à certains égards, davantage encore. La souffrance, et plus particulièrement celle de la maladie mentale, éprouve. Elle vient chercher dans celui

qu'elle interpelle des résonances émotionnelles parfois douloureuses ou dérangementes. Les manifestations pathologiques des maladies psychiques, y compris les manifestations violentes, s'inscrivent souvent dans la relation, et la vibration qu'elle induit chez le soignant est à la mesure des désordres des mondes internes du patient. Ou alors, la maladie se place en contrepoint de la relation. Il en est ainsi des autismes, en face desquels la négation de l'altérité et la corrosion symbolique sollicitent un vécu parfois violent chez celui qui s'en trouve nié. Voilà donc le sadisme ordinaire augmenté d'une dimension supplémentaire. Si le soignant « peut » et « tient » face à la souffrance, il ne peut le faire sans compter les échos parfois brutaux que cette souffrance trouve en lui. Or, plutôt que de les aider à se décentrer de ce vécu pour en soulager la tension tout en en faisant un puissant instrument de compréhension clinique, les entropies des institutions ordinairement maltraitantes poussent les soignants à privilégier des postures défensives rigides, qui en retour, fécondent le fonctionnement qui les y avaient amenés. En effet, parce qu'il en va des vécus violents des soignants comme de ceux des patients, la souffrance professionnelle finit par être tantôt inaudible, fondue dans une forme de banalité dont il n'y aurait rien à dire, tantôt tenue pour marginale, comprise comme le signe d'une faiblesse ou d'une sensiblerie. Pour un soignant dans une institution maltraitante, il est alors plus économique de se couper de son propre vécu, de finir par croire qu'il devrait effectivement être anodin de côtoyer la souffrance, et pour ce faire, de se rabattre sur un mode d'être en apparence moins coûteux. Si l'on y ajoute que les modes contemporains d'administration du soin sont eux-mêmes générateurs de violences qui renforcent la tendance des soignants à se recroqueviller sur une attitude défensive indiscriminée (cf. **Partie 2, Section 5**), voilà retracé le trait d'union entre maltraitance des patient et maltraitance des usagers vulnérables. Avec limpidité, Combiere-Veuillet et Dumortier résument ainsi le cercle vicieux (70) :

« Pour se protéger des attaques toujours possibles, dans la réalité ou dans le fantasme, de l'usager, de sa famille, du collègue, du supérieur hiérarchique, remettant en cause son identité et sa compétence de professionnel soignant, un fonctionnement rigide, hiérarchique, administratif, voire bureaucratique, tend à se mettre en place, dont la contrepartie est l'isolement, la déshumanisation et, finalement, la violence des rapports humains. »

### 4.3.8. D'où s'originent l'indifférence et/ou le silence

#### 4.3.8.1. Se blinder

Si camper une posture professionnelle rigide en guise de défense est si spontané au soignant, c'est que cela en appelle à une habitude solidement ancrée, une stratégie dont il a appris qu'elle constituait un avantage adaptatif sérieux dans notre médecine contemporaine. La souffrance, la maladie, la douleur ne lui ont pas toujours été banales. Leurs violences ne lui ont pas toujours été inapparentes. Nous ne saurions nous résoudre à le penser, pour la simple et bonne raison qu'avant d'être soignant, le soignant était apprenant, et avant cela, un jeune homme ou une jeune femme tout juste extrait du monde des profanes. Un jeune homme ou une jeune femme plongé au cœur du monde violent qu'est l'hôpital, soudainement exposé à la maladie, à l'altération des corps, à la détresse sociale, aux origines de la Vie, aux sanctions de la Mort, soudainement plongé dans les abîmes d'une intersubjectivité que la souffrance rend perçante, vibrante, sollicitante. Un jeune homme ou une jeune femme pour qui aucun, ou si peu de savoir théorique ou de vécu expérientiel vient faire filtre, qui perçoit la réalité de l'hôpital dans toute sa crudité, si ce n'est sa cruauté (cf. **Partie 2, Section 2.2**). Ce jeune homme, cette jeune femme, nous n'envisageons pas qu'il ou elle puisse, sauf à le feindre par mimétisme, traverser ses stages hospitaliers sans être saisi, souvent dans la confusion, par la violence qui s'y déploie. Parce que c'est son être qui est mis en branle par delà sa maigre fonction, parce qu'il n'a pas encore été corrompu par les aspirations strictement objectivantes de la médecine positiviste, parce qu'il n'a pas encore été usé par la routine, l'étudiant est peut être, de l'hôpital, celui qui est le plus prompt à l'empathie, à une sollicitude aussi naïvement authentique que spontanée. « À quoi voit-on qu'un infirmier est encore étudiant ? » nous demande Molom sur Rue89 (114). « À sa tendresse ». Toutefois, pour violentes qu'elles soient, les expériences des étudiants ne sont qu'exceptionnellement partagées. Faute d'espace bienveillant pour recevoir sa parole, l'étudiant doit garder silence sur ce qui lui fait violence. La force normalisatrice que nous avons décrite plus haut agit sur lui, dont l'identité professionnelle est en construction, plus que sur quiconque. Dans un milieu hospitalier hypertechnique et performatif, dire ses émotions, témoigner de ses hésitations ou de ses malaises, c'est prendre le risque d'être aussitôt disqualifié,

marginalisé au titre d'une supposée sensiblerie, ou accusé d'incompétence. Combien de fois l'étudiant est-il exhorté, tantôt pour servir les exigences d'une objectivité supposément impérieuse, tantôt pour éviter tout débordement qui détonnerait dans le paysage hospitalier, de se « blinder », de « faire sa carapace », de « prendre de la distance » (115) ?

Alors, dans un souci d'intégration et de reconnaissance par la communauté qu'il veut, qu'il doit intégrer, l'étudiant à tôt fait d'en prendre, de la distance. De la distance par rapport à sa propre subjectivité, par laquelle il vibre et résonne, et qui devient, faute d'élaboration sereine et de reconnaissance par tuteurs, une effraction, une menace à son narcissisme autant qu'à son intégration sociale. Et, dans le même mouvement, l'étudiant s'éloigne de celui avec qui il entrait en résonance. Se retranchant derrière sa fonction future, encarapacé dans sa blouse, arborant, avec un peu trop de zèle, et un peu de maladresse, une impassibilité toute professionnelle, courtoisement objective, l'étudiant objecte à l'apostrophe avide et farouche du malade faite à sa subjectivité une fin de non recevoir. Pour ne pas se laisser submerger par des mouvements d'âme (é-motions), que personne ne lui a appris à appréhender et dont il ne saurait que faire, pour ne pas avoir à se vivre dans l'illégitimité d'être sensible quand la sensibilité ne lui paraît pas compatible avec le métier de soignant tel qu'il peut qu'il lui est présenté (à cet égard, notons que l'ironie veut que ses modèles ont certainement été traversés des mêmes doutes durant leurs propres études), l'apprenant feint l'indifférence. Puisque de son trouble, il n'y a rien à dire, il le rejette dans une zone de non lieu symbolique. Alors, imperceptiblement, insidieusement, comme on prend une habitude, le détachement infuse. Si bien qu'à force d'expériences subjectives et intersubjectives banalement éteintes dans le rien, à mesure, aussi, qu'il lui est dispensé un enseignement organiciste et hypertechnique où l'objectivité est portée aux nues (31), l'étudiant finit par y croire. Il n'y a pas lieu de s'émouvoir. Il n'y a pas davantage lieu de s'émouvoir de ne plus s'émouvoir. Comment ne pas faire le lien avec le constat que dresse Cédric Lemogne en s'appuyant sur des données scientifiques rigoureuses : l'empathie se perd avec les études de médecine (116).

#### 4.3.8.2. Se taire

Ne plus s'émouvoir, y compris lorsqu'il y a de quoi être choqué. Et choqué, souvent, l'étudiant l'a été. Car s'il est une plaque sensible sur laquelle s'imprime la violence existentielle de la maladie, il perçoit avec la même acuité, avec la même vibration, les transgressions et les violences du soin. Entrer en études infirmières ou en études de médecine implique pour le jeune d'apprendre à lever des interdits qui avaient été jusque là structurants. Rien d'évident à cela. Car il y a de quoi être perplexe lorsque la pénétration des orifices, les atteintes à l'intégrité du corps, à la pudeur, à la liberté d'aller et venir, hier pénalement répréhensibles, deviennent soudainement possibles, voire nécessaires. Et une fois de plus, c'est dans les zones troubles de l'implicite que les espaces de l'interdit sont redéfinis. Que ce soit en cours ou en stage, ces aspects éminemment éthiques du soin ne sont qu'exceptionnelles travaillés. Par conséquent, l'étudiant est laissé seul pour explorer, à force d'observations et d'expériences, les frontières qui séparent la transgression responsable de la transgression déviante. Or, ces frontières, dont il attendrait une rassurante fixité, sont pour le moins floues de ne pas être explicitement posées. Et lorsqu'il arrive que le tuteur, aux actes duquel il se réfère pour se repérer, à qui il s'identifie comme à un étalon, commet la transgression déviante, la confusion est consommée. Sans savoir ni expérience, l'étudiant n'a pas plus que son intuition à poser en contrepoint de ce qui lui est donné à apprendre implicitement ou explicitement. Devant le geste maltraitant, le malaise vient de ce que son intuitive réprobation vient buter sur l'autorité symbolique de l'enseignant. De sorte que, quasiment systématiquement, l'hésitation qui en résulte ne se résout pas, si ce n'est dans le silence (81), mais intègre sa charge déstructurante dans l'identité professionnelle en construction. Et même lorsque la déviance est trop évidente pour être ignorée, lorsque l'étudiant sait que ce qui se passe devant ses yeux témoins est anormal, excessivement violent, quelle dénonciation lui est-il possible de porter ? Sa parole est symboliquement inerte dans l'empire du savoir comme pouvoir. Et surtout, ceux qu'il pourrait dénoncer sont aussi ceux de qui il dépend pour gravir les échelons de la hiérarchie, ceux dans la communauté de qui il doit s'intégrer. Alors il se tait, spectateur impuissant d'actes qu'il condamne secrètement. Actes qui le confrontent à une culpabilité de complice, achevant « de noyer son sentiment de légitimité à réagir » et l'enferme un peu plus dans une « paralysie stupéfaite » (115).

## 5. Quand l'idéologie médico-administrative enserme le sujet

### 5.1. Logiques gestionnaires

Que l'institution secrète de la violence (76), nous en sommes maintenant convaincu. Mais il existe un écueil à dresser un tel constat, écueil par lequel la responsabilité de cette violence, ne sachant sur quel pied danser, tombe sur tout le monde et personne à la fois. Car l'institution ne saurait être réduite à la somme de ses parties. En système complexe, ses propriétés émergentes sont susceptibles d'être en elles-mêmes pourvoyeuses de violences. Pour autant, ce serait faire affront à ses membres constitutifs que de les défaire tout à fait de leur responsabilité individuelle, de leur aptitude à s'approprier le projet institutionnel, et de leur capacité toute éthique à échapper au seul déterminisme. Ce piège qui attendait notre approche compréhensive, nous l'avons partiellement désamorcé en inscrivant, par une approche diachronique, l'émergence des conditions de la maltraitance dans une ontogenèse soignante individuelle et collective. Mais notre appréhension de ce balancement entre violences individuelles et violences collectives serait incomplète si nous omettions d'évoquer le facteur politique. Car c'est bien la nature du projet politique, de la *politeia*, que de structurer les rapports d'une communauté, d'offrir un cadre de fonctionnement méthodique et pratique, nourri d'une ou plusieurs idéologies, que de veiller, par et à l'intérieur de ce cadre, aux intérêts du « un » autant que du « tous ».

Or, en matière de santé, les politiques instituées depuis une vingtaine d'années ont régulièrement été pointées comme contribuant largement à la dynamique violente à l'œuvre dans les établissements de soin. En fait de politique, c'est davantage l'idéologie sous-jacente qui est dénoncée, tant ses prolongement pratiques dans le quotidien soignant impulsent ou renforcent le mouvement de dessaisissement subjectif et éthique que nous avons évoqué plus haut. Sous une gouvernance plus administrative que médicale (32), les hôpitaux, soumis qu'ils sont à des impératifs paradoxaux économiques et de performance toujours plus contraignants, se mettent au pas d'une logique gestionnaire *via* la mise en œuvre de

procédures rationalisées et d'outils évaluatifs standardisés. Or, ce que nous avons dit des caractéristiques des idéologies violentes s'applique tout aussi bien à ces inclinations gestionnaires. Bien qu'elles soient supposées se mettre au service de l'utilisateur et de la qualité du soin, tout se passe comme si les politiques hospitalières contemporaines manquaient leur cible de l'avoir absorbée dans l'obsession de leur propre pérennité, de l'avoir, par ce retour sur soi qui caractérise les systèmes théoriques totaux, instrumentalisée au bénéfice des principes de rentabilité et de concurrence. Émancipation des réalités du soin qui n'est évidemment pas sans conséquence. C'est même un bouleversement des manières de travailler qu'évoque Christiane Kreitlow (33). Mu par des prétentions omnipotentes larvées, le pouvoir gestionnaire, opérationnalisé à travers des procédures d'accréditation et de certification reposant sur des indicateurs éloignés des considérations cliniques, se substitue aux logiques soignantes en faisant mine de leur être compatible. Au prétexte d'efforts que la conjoncture économique rend nécessaires – nécessité en fait rarement contestée –, le travail est entièrement soumis à une rationalité instrumentale délétère. Protocoles, cotations, optimisations, « méthodes, outils, logiciels de traçabilité et règles de planification [...] prévalent sur l'art et la manière de travailler jusqu'à former ceux-ci à leur effigie » (33). Imperceptiblement, le travail des soignants, plus perçus comme des entités de ressource humaine que considérés pour la spécificité de leurs compétences professionnelles et leurs qualités relationnelles, s'infléchit. Les replis de l'idéologie gestionnaire se laissent voir : « s'ils veulent remplir les objectifs individuels et par équipe », les professionnels en viennent « à se décentrer de la finalité initiale de leur travail » (33), pour servir la logique même qui a commandé à ce glissement.

## 5.2. Rationalité instrumentale

Les « ravages de la rationalité instrumentale » que Christiane Kreitlow épingle (33), nous les mettons en perspective de ce que nous avons évoqué des dynamiques desubjectivantes prééminentes dans la médecine contemporaine. Lorsque la psychologue parle d'une « formalisation qui inféode les acteurs du soin », lorsque Gilles Vidal, souligne l'« inertie fonctionnelle » que génère la « pratique sérielle et technique » de ce même soin, n'est-ce pas de cette dynamique dont il s'agit, celle par laquelle le sujet – patient ou soignant – s'absente à lui-même pour

laisser ronfler la mécanique de l'institution, celle par laquelle il fait taire son vécu, il anesthésie sa vigilance éthique, il étouffe ses indignations, ses récriminations et ses révoltes pour devenir l'un des rouages de cette mécanique ? D'où la violence de l'idéologie technocratique : les « règles *réifiées, fétichisées*, monuments inertes qui n'entretiennent aucun liens vivants avec le quotidien humain de l'organisation » (76) produisent, au bénéfice de ce que Gilles Vidal qualifie de « pouvoir pervers », et que nous comprenons comme un pendant de « l'idéologie totale » de Hannah Arendt (47) une routine détachée du réel et auto-entretenu. Et dans le même temps, comme l'outil « devient une fin en soi » (76), l'humanité du soin est progressivement révoquée. Il y a d'ailleurs des congruences singulières entre les logiques gestionnaires et le fonctionnement de l'institution totalitaire de Goffman (113). Disons que les premières fournissent au second un support idéologique réactualisé, une pseudo-légitimation par les sciences positivistes, et une occasion de tirer parti des conjonctures socio-économiques actuelles. En outre, ce que Goffman décrivait de subordination du patient à l'institution, l'idéologie gestionnaire l'élargit aux professionnels. Le rythme des activités des uns et des autres est mis au tempo d'une même danse aux mouvements précisément réglés. Un même plan hyper-rationnel les enserme, bridant initiatives et créativité. Dans ce mouvement auto-fécond, l'irrégularité des trajectoires et des interactions humaines, s'érode, se lisse. À la limite, plus besoin de penser pour être patient, plus besoin de penser pour être soignant. À la limite, plus besoin d'entrer en relation, si ce n'est par l'entremise de la technicité du soin. À la limite, peu importe s'il y a quelques débordements, quelques déviances, pourvu que cela n'entache pas la progression. L'institution avance vite et bien. Mais, dans une dynamique qui en devient kafkaïenne (117), c'est pour elle-même qu'elle avance. Elle court derrière la performance et les économies, charge à ses membres de suivre le rythme. Et le rythme est rapide. Les soignants s'épuisent alors à s'adonner à des tâches dont ils comprennent bien qu'elles ne font pas le cœur de leur métier. Ils souffrent de « travailler contre leur intelligence ». Ils pâtissent de n'être pas reconnus, de constater que la passion, l'engagement, les valeurs importent finalement bien moins qu'un travail routinier désincarné, quasi-mécanique. Alors ils se consomment en burn-out, ils se « mettent en arrêt ». Comment, dès lors, imaginer que ces soignants dont on néglige la subjectivité ou à qui on laisse entendre qu'il ne s'agirait que d'un supplément d'âme dans l'administration du soin, s'efforcent en retour, à contre-courant des logiques médico-administratives, de

préservent celle de leurs patients, d'y être attentif à chaque instant ? Sauf au prix d'un courage et d'une résolution coûteuse en énergie et dont le risque principal est celui de la marginalisation, la tentation est plutôt au renoncement, à se laisser couler dans le confort illusoire de l'impensé.

## **PARTIE 3. APPRENDRE A CONTRAINDRE**

# 1. Des résistances à penser la violence d'une pratique

## 1.1. Une violence en trompe l'œil

Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que l'un des premiers souvenirs violents que le médecin et l'interne que nous avons interrogés évoquent spontanément soit d'avoir contenu ou vu contenir un patient ? C'est que la contention a tous les attributs d'une violence manifeste, explicite. Son caractère exceptionnel détonne, attire l'attention, crée les conditions d'une mise en scène dramatique (au sens du *drama*, l'action) où la tension atteint une sorte d'acmé. Contrairement à bien d'autres formes de violence en psychiatrie (nous oserons dire la plupart), la violence de la contention est saisissable au premier regard. Elle est celle qui ramasse les acceptions les plus triviales du terme : le rapport au corps, la brutalité, le déploiement de la force (étymologiquement, le *vis* de violence), la manifestation de la puissance. Elle suit d'ailleurs en cela le guide définitionnel proposé par Yves Michaud : répondant aux critères de violence physique, c'est à dire visible, elle se pare d'un caractère d'imprévisibilité, constitue une forme de chaos qu'il s'agit de maîtriser (11). La contention est, pour ainsi dire, une violence en plein, par contraste avec les nombreuses violences en creux que nous avons évoquées plus haut. Elle émerge aisément à la conscience (autant au souvenir qu'à la conscience morale) en ce qu'elle impressionne. Mais même à supposer que cette trace subjective disparaisse, à supposer qu'on néglige les sujets impliqués – surcroît de violence que nous décrirons – il en resterait une brutalité physique objective difficilement contestable. Comme pour tous les actes médicaux transgressifs, la violence intrinsèque de la contention dit son nom dans son prosaïsme : il s'agit d'attacher, de sangler une personne à son lit (dans le meilleur des cas), durant quelques minutes, quelques heures voire plusieurs jours. Et il s'agit de le faire par la force. Bien que largement insuffisante à décrypter le phénomène, l'approche positiviste de la contention, c'est à dire celle qui considère le geste nonobstant sa légitimation ou son intention (103), rappelle son caractère intrinsèquement violent.

Contrairement à la plupart des disciplines médicales où les atteintes faites au corps sont un exercice quotidien, la psychiatrie n'a que peu l'habitude de la transgression physique. Ailleurs, on perfore et on pénètre, mais l'on oublie souvent qu'il n'y a rien d'évident à être autorisé à le faire. Le caractère en soi pénalement répréhensible des gestes vulnérants, tout comme la dérogation dont le médecin dispose pour les employer, s'estompent dans le quotidien. En psychiatrie, toute la problématique de la transgression physique responsable se concentre dans le moment de la contention. Si l'on omet les pratiques de sismothérapie et de neurochirurgie, particulières de par leur fréquence relativement faible et leurs enjeux éthiques propres, l'entrave est la seule atteinte que les soignants en psychiatrie portent au corps du patient. Mais contrairement aux autres disciplines, la réflexion éthique est ici mise en tension par la dimension de contrainte qui se surajoute. L'incision au scalpel viole l'interdit fondamental de la blessure faite au pair, mais son exécution se fond dans l'harmonie du soin que le patient consent à « recevoir pour son bien ». La violence de la contention, en théorie tout aussi légitime, est rendue criarde parce que le patient s'y refuse – c'est même sa justification première. Son caractère transgressif en est-il cependant plus visible, plus apparent à ceux qui l'exécutent ? Le Docteur S. nous disait, après avoir longuement décrit comment certaines contentions avaient pu lui paraître violentes

*« Moi je dirais que ce qui est difficile en psychiatrie, c'est par rapport aux patients qui n'ont pas conscience de leur trouble et qui n'acceptent pas les soins. C'est ça qui rend violents un certain nombre de soins [...]. Peut-être oui, pour ça, en psychiatrie, il y a une violence qu'on n'a pas en somatique. Mais quand en somatique vous n'avez absolument pas envie de vous faire couper la jambe, mais que c'est votre vie qui en dépend et que finalement vous acceptez malgré vous, c'est très violent aussi. »*

La crudité de l'expression « couper la jambe » contient ici toute l'évidence de la violence du soin somatique lorsqu'il est vulnérant. Cependant, cette violence, aussi essentielle que latente, n'apparaît clairement au Docteur S. que parce qu'elle fait parler d'elle à travers la résignation du patient. C'est parce que celui qui *doit* la subir a résisté (puis, en l'occurrence, abdiqué) que la violence devient visible. Dans la contention, la confrontation née de la résistance du patient fait moins apparaître la

violence qu'elle ne la polarise. Ou plutôt, la violence primaire du caractère transgressif de l'entrave, dont aucune des personnes interviewées ne nous a fait mention, se fait oublier derrière le vacarme des conditions de sa mise en œuvre. Il y a là comme un transfert. La violence d'une amputation apparaît dans son caractère primaire. Elle semble essentiellement tenir à la transgression de l'interdit d'atteinte à l'enveloppe corporelle. Dans la contention, la violation de l'interdit n'est pas moindre, mais elle apparaît comme reléguée au second plan, oblitérée par la brutalité tangible de sa réalisation pratique. Tout se passe comme si la confrontation physique que réclame le geste, et qui est rendue nécessaire par la résistance du patient, captait les préoccupations éthiques. Devrait-on alors considérer comme dépourvue de violence toute situation où le patient consentirait à être contenu ? Le premier argument qui nous permettra de surmonter cette impasse est strictement juridique. À l'image de nos interrogations éthiques, Pierre Joxe note une ambiguïté du dispositif juridique concernant la liberté d'aller et venir qu'aucun texte de loi français ne cite explicitement ni ne garantit fermement, mais duquel de nombreux textes législatifs, réglementaires, administratifs ou de la jurisprudence balisent les mesures dérogatoires (118). Pourtant cette liberté est garantie comme un droit fondamental inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et dans la Convention européenne des droits de l'homme de 1950. Pour ce qui est de l'hôpital, elle doit être rapprochée selon Pierre Joxe de la notion de dignité qui pénètre le Code civil, le Code de la santé publique, et le Code de l'action sociale et des familles. Ce dernier garantit d'ailleurs « l'exercice des droits et libertés individuels [...] à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux » afin que lui soient assurés « le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité » (119). Dès lors, toute mesure de coercition relèverait d'une exception à la règle qui en traduirait le caractère attentatoire. Tout récemment, la loi du 26 janvier 2016 est venue instaurer un cadre légal nouveau pour l'isolement et la contention (120). Or, comme le note Valériane Dujardin (121), ce cadre réaffirme le caractère d'exception des mesures privatives de liberté. Ainsi, même si la juriste relève que les critères de prévention d'un « dommage immédiat ou imminent » ne permettent pas, au plan juridique, de résoudre la question du patient qui demande à être contenu ou isolé, les textes apportent de nouvelles perspectives à notre réflexion. Car si la contention fait exception, ce n'est pas seulement parce qu'elle est rare ou inhabituelle, mais aussi

simplement parce qu'elle s'inscrit en marge de la loi. Seule la visée soignante justifie qu'une telle violation des droits fondamentaux échappe à la répression pénale. Non que le soin efface le caractère intrinsèquement violent du geste, mais bien au contraire, que cette violence est considérée comme un contingent inévitable d'un soin rendu nécessaire par certaines circonstances. Or, c'est précisément ce contingent violent, celui de la privation de liberté des mouvements du corps, qui se voit escamoté par le chaos de la *mise en contention*. Il s'agit pourtant d'un noyau fondamental, irréductible, un noyau de violence consubstantielle, que nous retrouverons au cœur des définitions de la contention. Ce noyau, nous tâcherons de ne pas le perdre de vue, en tant qu'il résiste aux entreprises de légitimation lapidaires et que nous pensons pouvoir le discerner au principe de l'expérience subjective de *l'être contenu*.

## 1.2. Violence froide, violence chaude : lever la confusion

La violence que charrie la contention ne fait donc que peu de doute. Pour autant, suivant les mises en garde que nous avons posées en introduction, il nous faudra faire attention à ne pas l'appréhender comme un bloc uniforme. Déjà, dans le paragraphe précédent, une première distinction se laissait lire, qui était guidée par la temporalité du geste. En effet, ce que nous avons nommé la *mise en contention* et que l'on pourrait également qualifier de *contention comme une action*, moment qui embrasse la montée en charge des rapports de force jusqu'au paroxysme de la pose des liens, ne soulève pas les mêmes interrogations que la *contention comme un état*, moment d'après la bataille où le patient se trouve en situation d'*être contenu*. Dans le premier cas, c'est de la violence de la confrontation, de l'opposition des forces, d'une dynamique orientée, dont il est question. Dans le second, c'est davantage l'état, le vécu subjectif de l'immobilisation et la situation de vulnérabilité dans laquelle se trouve le patient qui fait violence. Cette dualité, tantôt superposée, tantôt confondue sur l'axe temporel en appelle une autre que propose Michel Wieviorka (36). Il existerait, selon l'auteur, deux types de violence. La violence chaude est expressive. Elle est soudaine, non maîtrisable et peu orientée. Elle « se cristallise à l'occasion d'une situation particulière, paroxystique ». Peuvent y intervenir « la peur, la colère, le sentiment de dérégulation ou d'abandon, l'exaspération, qui se fixent sur des personnes ou des biens matériels, éventuellement à forte charge symbolique ». Elle

est d'après nous reconnaissable en psychiatrie lors des moments d'agitation violente, lorsque le patient, aux prises avec sa détresse ou sa révolte, se manifeste brutalement par l'intermédiaire de son corps ou de sa voix. C'est également la violence chaude qui imprègne la confusion de certaines scènes de maîtrise du corps rebelle, quand plusieurs soignants, rendus intranquilles par le danger à juguler ou par l'agressivité qui leur est adressée, mettent de leur propre corps à faire taire l'excitation qui désorganise le soin. Ces moments se caractérisent presque toujours par une fuite en avant, une précipitation rendue nécessaire par l'urgence. L'agitation contracte le temps, au point de rendre indistinct ce qu'il se passe dans l'espace. Au contraire, la violence froide se fait bien moins voir. Elle procède d'une organisation, de dispositions structurelles. Elle « prend l'allure d'une conduite rationnelle, éventuellement associée à une pensée, une doctrine, un projet, une idéologie qui animent l'acteur et à partir desquels il met en œuvre stratégies et tactiques en s'appuyant sur un mode d'organisation plus ou moins méthodique » (36). Autant la violence expressive avait pour point d'ancrage l'individualité des corps des soignants ou du patient, autant la violence instrumentale délaie ses racines dans l'organisation institutionnelle. Largement traitée dans les précédentes sections, il est possible de la retrouver partout où le soin, par son organisation réglée, s'attache à étouffer dans l'œuf les mouvements de contestation, ou même de résistance. La violence froide se confond dans le quotidien. Charriée par les discours et les routines soignantes, elle échappe, au moins partiellement, à ses acteurs. Concernant la contention, elle est un puissant instrument de rationalisation qui permet de maquiller la violence du geste, en même temps qu'elle se fait oublier elle-même. Elle agit comme une trame qui enserme le patient avant même la pose des liens, mais qui continue à opérer sourdement pendant et au delà. Elle signe encore sa présence lorsque l'entrave ne vise que la docilité, sans qu'aucune urgence ne la justifie. Ainsi, la contention constitue un véritable point de pivot autour duquel se mêlent violences chaude et froide, si bien qu'il est difficile de les penser conjointement, tant elles avancent à un rythme différent. La violence chaude, il nous faudra l'étirer, dérouler le temps de son déploiement pour en voir apparaître les ressorts, distinguer dans la confusion ses éléments et événements constitutifs. Au contraire, pour être pensée, la violence froide demandera à être en quelque sorte ramassée, contractée. Il s'agira de la rendre apparente en cristallisant ce qui, diffus, infiltre les pratiques soignantes.

À noter que nous avons ici fait le choix de nous concentrer sur la pratique de la contention plus que sur celle de l'isolement. Non que nous considérions la seconde comme moins urgente à traiter que la première. Au contraire, nous pensons que ces deux pratiques sont intimement liées, tant en ce qui concerne leur histoire, que leur réalisation concrète ou les enjeux éthique qu'elles soulèvent. Mais nous visons moins l'exhaustivité qu'à mettre au jour ce qui fait violence dans la limitation des mouvements du corps en psychiatrie. En cela, la contention est paradigmatique et nous permettra d'aborder ce qui aurait pu l'être également, mais avec moins d'évidence, par l'étude de l'isolement. En outre, le rapport au corps de la contention nous semble plus étroit que celui de l'isolement. Cette proximité, ce contact au corps ou en « corps à corps », est d'après nous suffisamment singulier et signifiant en psychiatrie pour mériter une attention toute particulière. Enfin, si l'on en croit notre expérience personnelle, les récits qui nous ont été faits par nos collègues et l'interview de l'interne que nous avons réalisée, le moment de la *mise en contention* est un point de passage qui semble faire forte impression à l'apprenant en psychiatrie. En tant que tel, il nous a semblé être prioritaire d'aborder, tant parce que nous comptons rester fidèle à notre parti pris selon lequel le regard naïf est un regard révélateur, que pour mieux comprendre, à travers ce point de condensation, l'entremêlement du soin, de sa violence et de son apprentissage.

### 1.3. Le chiffon rouge

Le 18 décembre 2013, le député Robiliard remettait à l'Assemblée Nationale un rapport d'information concernant « La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », rapport pour lequel il avait été missionné au nom de la Commission des Affaires Sociales (122). Exemple des traditionnelles préoccupations politiques concernant le soin psychiatrique et de la façon dont ce dernier se construit en navette entre soignants et pouvoirs publics (96), le rapport dresse, en demi-teinte relativement consensuelle (123), le tableau d'un dispositif efficient mais en manque de moyens, et défailant à certains égards : le secteur. Parmi les failles pointées, celle qui concerne le recours à la contention et l'isolement a particulièrement été commentée par les associations (124), les soignants (123), et même les étudiants en psychiatrie (125). Le Rapporteur lui consacre une section entière, et, dès le titre, le pose comme « problématique ». Deux arguments principaux viennent étayer ce point de vue.

D'abord, Denys Robiliard se fait le relais de plusieurs soignants et organisations soignantes qui relèvent une augmentation en fréquence du recours à la contention et à l'isolement. Dans le même temps, il prend soin de préciser, comme le fait Joseph Halos, alors président de l'Association des directeurs d'établissement participant au service public de santé mentale (Adesm), que cette impression partagée n'est étayée par aucun chiffre officiel, pour la simple raison que « les statistiques dans ce domaine sont rares » et qu'« aucun suivi n'existe au niveau national ». Le second argument tient au caractère contingent de la pratique de la contention qui, variable d'un établissement à l'autre sans que cela ne se justifie par des disparités épidémiologiques, n'apparaît pas entièrement soumise à des impératifs de soin. Les éventuels abus, dénoncés entre les lignes, avaient déjà été pointés à plusieurs reprises et de façon tout à fait explicite par le CGLPL dans ses rapports d'activité annuels (126,127). Ce sont à la fois les pratiques déviantes relatives à la contention et à l'isolement, mais aussi les conditions qui rendent possibles ces pratiques et leur impunité, que Jean-Marie Delarue avait décrites avec beaucoup de précision sur la base des observations que lui et son équipe avaient pu faire : conditions indignes ou humiliantes, caractère arbitraire, recours punitif, sédation excessive ou non justifiée, opacité des indications, manque de traçabilité. Le Rapport Robiliard, autant que les constatations du CGLPL, laissent entendre que les pratiques inadaptées de contention et d'isolement sont des problématiques contemporaines. Tout du moins, leur actualité semble ravivée par leur inscription dans le mouvement critique plus général qui considère l'actuelle psychiatrie française comme sécuritaire (cf. **Partie 3, Section 3.4.3**). À ce titre, la violence manifeste de la contention, agit, aux yeux de ceux qui acceptent ou cherchent à la voir, comme un chiffon rouge. Elle remplit, selon la proposition de Philippe Braud (103), un rôle de révélateur, de traceur des dysfonctionnements qui entacheraient le fonctionnement du soin psychiatrique, et possiblement, un rôle de symptôme social plus général. Dans un riche mémoire de Master 2 soutenu à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) en 2011 (128), Mathieu Le Mentec explique comment la dénonciation des pratiques abusives de restriction des libertés, en tant qu'elles représentent un nouvel ordre jugé répressif voire oppressif, avait contribué à propulser, avec une vigueur nouvelle, le champ de la psychiatrie sur le devant de la scène sociale. Nous ne pouvons contester que les voix publiquement porteuses d'un discours critique (parfois radical) envers la psychiatrie se soient rapidement saisies de l'actualité des coercitions

problématiques, qu'il s'agisse des médias (129,130), de certains usagers (131), d'associations (132), ou, donc, des pouvoirs publics (122,133). Mais plutôt que l'émergence d'un phénomène nouveau, nous pensons qu'il ne s'agit là que de la réactualisation d'un processus probablement aussi vieux que la psychiatrie elle-même. En effet, l'histoire des antipsychiatries de Jacques Hochmann (3) le laisse clairement apparaître : la dénonciation des pratiques de contention et d'isolement comme autant d'abus de pouvoirs ou de traitement dégradants ont toujours fait partie intégrante de l'argumentaire des discours dissidents ou contestataires. Depuis Eugène Garsonnet, juriste pourfendeur de la loi Esquirol de 1838, jusqu'aux tenants modernes d'une psychiatrie institutionnelle, tels que Jean Oury ou François Tosquelles, la restriction physique des mouvements du corps, imposée en surcroît de l'enfermement, a servi tantôt comme emblème des mauvais traitements et des débordements de la psychiatrie, tantôt comme fer de lance pour la mise en cause de ces débordements. Déjà en 1860, Morel, inspiré d'un voyage d'étude Outre-Manche, faisait la promotion du *no-restraint*, c'est à dire de l'abandon du recours aux liens, comme moyen de répondre aux mauvais traitements qu'il aura pu constater dans les asiles anglais du début du siècle. Hersilie, patiente phare des asiles français de la fin du XIXème, rangeait les mauvais traitements qu'elle subissait durant son enfermement parmi les récriminations qu'elle faisait à ses médecins tortionnaires. Albert Londres, journaliste des années folles, décrivait l'entrave comme étant la règle dans les asiles de l'époque, faute de personnel suffisant. Lucien Bonnafé, à la pointe du mouvement désaliéniste consacrait un long article dans *L'information psychiatrique* à remettre en cause le caractère thérapeutique de l'isolement qu'il considérait davantage comme une conduite répressive, relevant parfois de véritables « appareils carcéraux » (134). Les exemples pourraient être ainsi multipliés, et l'ouvrage remarquable de Jacques Hochmann en regorge. Notre propos n'est cependant pas tant d'en faire la liste que de montrer comment la violence de la contrainte physique peut et a pu être une violence signal, une violence qui se voit pour qui entend dénoncer les abus d'une psychiatrie coercitive, et comment ces dénonciations occupent la scène publique, aujourd'hui comme autrefois. Dans le même temps, la persistance des pratiques et des critiques qui leur sont relatives, quoique modelées par le contexte social et les évolutions médicales, témoigne de ce qui les fait subsister. Est-ce à dire que l'institution psychiatrique résisterait à admettre et/ou réfléchir à et/ou éradiquer une certaine forme de violence propre à la

contention et l'isolement ? Ou existe-t-il une portion inhérente, irréductible de coercition nécessairement violente qu'il serait finalement vain de dénoncer ?

#### 1.4. Un rapport ambivalent à la contention

Sans trancher la question, dont nous doutons d'ailleurs qu'elle puisse l'être tout à fait, nous croyons pouvoir déceler une piste de réflexion dans la citation de *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes, ex-HAS) que nous empruntons à Mathieu Le Mentec (128).

« Les grands réformateurs de la psychiatrie - Pinel en France, Chiarigi en Italie et Tuke en Angleterre introduisirent le traitement moral fondé sur le principe de l'humanisation des soins et d'une action éducative, tout en prônant l'abandon de la contention physique. Néanmoins, pour tenir compte des besoins de sécurité, ils développèrent les principes de base de l'isolement dans un but non punitif, en mettant l'accent sur le respect des droits des patients et leur sécurité. »

Il y aurait donc comme une ambivalence primordiale, un compromis fondateur dans la pratique de la contrainte physique en psychiatrie. La suppression de la contention, considérée comme intrinsèquement violente, ne devient envisageable qu'à condition de préserver la possibilité d'isoler. Sur l'acte de baptême de la psychiatrie, la primauté de l'isolement sur la contention était donc affirmée, en tant que la première pouvait être, sous certaines conditions, instituée comme soin alors que la seconde relevait nécessairement d'un geste violent : « L'isolement, dit le rapport, fut défini comme une modalité de soin par opposition à la contention avec laquelle il ne doit pas être confondu ». Pourtant, plus de deux siècles plus tard, la dimension soignante de la contention est clairement réhabilitée, et la frontière entre violence et soin, privée de la ligne de clivage simple que constituait la différence entre deux pratiques, s'en trouve considérablement brouillée. Nouvelle expression de la position ambivalente de la psychiatrie face à la coercition, Mathieu Le Mentec rappelle que c'est à la psychiatrie institutionnelle qu'il revient d'avoir réclamé une dimension nécessairement soignante à la contention, cette même psychiatrie

institutionnelle qui était la principale pourfendeuse de l'enfermement. Nouveau compromis, donc : si la contention doit être, elle ne peut être que soignante. Or, la concession vaut pour acceptation, voire résignation : il ne s'agit plus d'éradiquer toute forme de contrainte, de laquelle l'antipsychiatrie a pourtant une conscience aiguë de la dimension violente, mais davantage de poser les conditions pour confiner cette violence au seul domaine de l'inévitable. Ces accommodements, ces ambivalences qui traversent l'histoire des contraintes physiques en psychiatrie sont une première piste de réflexion pour expliquer la façon lancinante dont la question de leur violence ressurgit dans le débat critique. Mais ils ne suffisent probablement pas à comprendre la raison pour laquelle la psychiatrie ne parvient pas à se défaire tout à fait des pratiques abusives relatives à la limitation des mouvements du corps, alors même que l'appareil critique et la réflexion éthique ont été largement nourris pour cela, et que, précisément, la problématique a été régulièrement mise en exergue. Comment ne pas y voir une forme de résistance ? Non pas de résistance à lutter contre l'inacceptable, mais une résistance à penser ce qui *relèverait de l'inacceptable*. Dans une lettre ouverte publiée dans le suites du rapport Robiliard, l'AFFEP regrette que le député « pointe du doigt » le manque de formation des jeunes médecins comme facteur explicatif de l'augmentation du recours à la contention (125). Cette lettre est intéressante en ce qu'elle émane des apprenants en psychiatrie, ceux qui, tout à la fois, sont nourris de la réflexion déontologique en vigueur et devront s'en émanciper pour construire celle du futur. Or, l'objection, parfaitement légitime au vu des intérêts que défend l'association, paraît ici oblique au regard des propos du député. Réagissant à la dénonciation (elle aussi oblique, ou peut-être non suffisamment explicite) de pratiques déviantes, elle vient finalement épingle une allégation périphérique (celle d'une hypothèse causale) vécue comme une mise en accusation, en la balayant d'un revers de main. Le député dit : « certaines contentions sont problématiques » ; l'AFFEP lui répond « les causes que vous avancez sont fallacieuses et non fondées ». La réflexion sur les possibles déviances s'en trouve escamotée. Or, qu'en est-il réellement de la formation des futurs psychiatres aux moyens de contrainte ? La question de son imputation dans la tendance actuelle à avoir recours aux liens de façon plus spontanée (si elle existe) ne mérite-t-elle pas examen ? Le fait que l'AFFEP y rechigne nous paraît entrer en contradiction avec son affirmation de la « volonté forte » des internes « d'aborder le sujet de la contention physique et de réfléchir aux questions éthiques que cette

mesure soulève ». Nous ne voyons pas dans ce paradoxe une forme de mauvaise foi, ni même de mauvaise volonté, bien au contraire. Il nous semble plutôt qu'il s'agit là d'une des multiples formes d'expression des résistances sourdes et diffuses à traiter librement de la question de la contention, résistance que Lucien Bonnafé avait déjà identifiée, en 1949, comme agissant dès la formation des futurs psychiatres (134).

### 1.5. Conjurer la qualification de violence

Le caractère public du propos et le fait qu'il ait été porté par la voix des internes ont retenu notre attention. Cependant, il ne s'agit que d'une des multiples illustrations que nous aurions pu trouver à un paradoxe saisissant. En effet, alors que la contention et l'isolement figurent parmi les gestes par lesquels la violence de la contrainte en psychiatrie se voit le mieux, impressionne le plus et se critique avec le plus de vigueur, il y aurait comme un obstacle à ce que ces pratiques et leur violence, soient pensées conjointement dans l'exercice du soin. Delphine Moreau ne dit pas autre chose lorsqu'elle relève la fréquence de l'usage de la contrainte, alors même que celle-ci est souvent rejetée à la périphérie du soin comme « pôle dangereux des pratiques », héritage des « effets délétères de l'institution asilaire » (135). Tout se passe donc comme si la contention violente, celle des discours critiques, celle que l'on décrie et l'on abhorre ouvertement, n'était qu'une image suspendue, sans commune mesure avec la contention de la pratique courante. Non que la contention *réelle*, la contention du *quotidien soignant*, la contention, donc, que l'on pratique ou que l'on prescrit *effectivement* soit considérée comme non violente (les impressions des soignants et apprenants, sitôt qu'on les interroge suffisamment bien, nous gardent bien de le penser), mais cette violence est évacuée dans un impensé qui tient de l'évidence. Comme si il n'y avait pas lieu de s'interroger sur la violence du geste. Ou alors que cette interrogation devait être écrasée par la nécessité de son emploi. Ce n'est pas autre chose que Friard pointe lorsqu'il évoque un « manque d'interrogation sur la légitimité de l'isolement » (136). C'est également ce que Delphine Moreau décrit avec beaucoup de finesse en terme de « conjuration de la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte » (135). Tout comme Denys Robiliard, la sociologue commence par poser en postulat le possible caractère problématique du recours à la chambre d'isolement. Cette

précaution, que nous emploierons également pour la contention, lui permet de déployer une analyse qui, sinon, aurait été désamorcée par le dispositif qu'elle entend décrire. Le dispositif en question est avant tout discursif, et vise à légitimer le recours à la chambre fermée. Il ne s'agit pas seulement d'un processus rétrospectif d'absorption des contestations, comme le serait « l'idéologie justificatrice » que Goffman attribue aux institutions totalitaires (113). Le processus de conjuration est davantage à voir comme l'effet latent ou explicite d'un argumentaire, d'un vocabulaire, d'une certaine structuration de la façon dont est abordée la question, d'une rhétorique même, qu'adoptent, dans leur praxis, la plupart des soignants. Cet argumentaire quasi-systématisé est particulièrement efficace quand il s'agit de contrer les allégations de violence qui viendraient, de l'extérieur, interroger les pratiques. La disqualification des dénonciations du CGLPL et du député Robiliard au prétexte de la non objectivation statistique de leurs observations en est un exemple (notons que Robiliard fait de cette lacune un argument contraire en l'identifiant comme un défaut dangereux de traçabilité). Surtout, ce type particulier de discours relatif à la contrainte, une fois assimilé par les soignants, semble agir en silence pour neutraliser les interrogations et conflits éthiques avant même qu'ils n'émergent. Les principaux modes de légitimation du recours à la chambre fermée que Delphine Moreau propose, nous les déclinons, en précisant qu'ils s'appliqueraient de la même manière à la contention. Il s'agit [1] des motifs thérapeutiques, « visant le bien du patient, les plus légitimes », [2] des motifs de sécurité (« protéger les autres patients et les soignants de la violence effective ou redoutée du patient »), [3] des motifs d'ordre, liés au bon fonctionnement du service. Nous pensons que ces modes de légitimation sont d'une prégnance telle qu'ils viennent à faire corps avec la notion même de contention. La définition du Larousse médical que reprend le député Robiliard est à ce titre particulièrement intéressante (122) :

« Procédé thérapeutique qui consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard et qui permet de protéger un malade agité ou violent de s'automutiler ou de blesser son entourage. »

Le cœur de ce qui fait le prosaïsme, la concrétude de la contention est bien présent : les liens qui entravent les mouvements du corps, l'emploi de la force que sous-

entend le terme de « maîtrise », jusqu'à la précision des conditions techniques. C'est dans ce cœur que se laisse entendre la violence de l'immobilisation du corps, de la soustraction de libertés fondamentales. Toutefois, sous l'égide du médical, ce même cœur est ceint d'une série de précautions qui reprennent, les unes après les autres, les modes de légitimation suscités. En effet, avant même d'être un moyen de coercition, la contention est définie par son caractère thérapeutique. Puis, la mention du « malade agité », qui fixe l'objet nécessaire de la mesure, évoque, de façon à peine voilée, son utilité en terme d'un certain maintien de l'ordre. Enfin, la définition se clôt sur le motif de sécurité, évoqué comme une visée incompressible. Serait-ce à dire que des liens qui seraient posés en dehors de tout état d'agitation, autrement que sur un lit ou un brancard, ou encore en l'absence de risque de blessure, ne mériteraient pas la qualification de contention ? Posée de la sorte, sa définition semble, en tout état de cause, blindée, imperméables aux interrogations, reléguant hors-champ ses formes limites.

Ce que cette définition illustre, c'est que la résistance à penser les moyens de contrainte physique en psychiatrie, leurs usages illégitimes et leurs contingents de violences, n'agit pas tant comme un refus volontaire de la réflexion, mais plutôt en amont de celle-ci, comme une désamorçage à son déploiement. Des instruments par lesquels cette résistance insidieuse sape les bases du questionnement éthique en le rendant nuls et non avendus, parce que soi-disant sans objet, nous avons déjà relevé les délibérations périphériques et les télescopages sémantiques. D'autres apparaîtraient aisément à l'examen attentif des discours quotidiens des soignants, qu'ils soient professionnels ou apprenants. Par exemple, il a déjà été opposé à notre souhait de traiter de la violence du soin en psychiatrie l'argument selon lequel d'autres disciplines médicales étaient autrement plus violentes. L'exemple massue mentionne alors les services de gériatrie, dans lesquels les patients seraient régulièrement abusivement et impunément liés. Aussi urgent que soit l'examen critique des conditions d'hospitalisation des personnes âgées vulnérables, et en particulier de leur contention, il n'en reste pas moins que l'argument du « c'est pire ailleurs » a pour effet de dévier la réflexion concernant « l'ici », et donc de l'éluder. Outre cette tendance à la relégation, Delphine Moreau pointe deux opérateurs supplémentaires de résistance à l'examen de la problématique de la contention. D'abord, la sociologue évoque une certaine complaisance des soignants face à la

porosité des frontières entre les modes de légitimation de la contention que nous avons déjà cités. Selon elle, la confusion permet de surseoir à « éclaircir ce dont il s'agit » et donc d'échapper au risque de « contradiction normative dans la mise en œuvre d'une contrainte qui n'aurait pas pour sens principal le soin du patient » (135). Le flou permettrait donc de fondre ou d'effacer les tensions au principe de la réflexion éthique. Peut-être est-ce d'ailleurs à la lumière de ces considérations qu'il faut lire le manque de transparence et de traçabilité qu'a dénoncé, à plusieurs reprises, le CGLPL (126,127). À ce titre, il est également intéressant de noter que le défaut de statistiques officielles concernant les procédures de contrainte physique est autant regretté par le rapporteur Robiliard (122) que par ses détracteurs. Le second opérateur de résistance que Delphine Moreau traite avec précision consiste en la tendance des soignants à « inscrire la contrainte dans une continuité en dernière instance thérapeutique » (135) et de se parer de cette dernière instance comme mode de légitimation peu contestable. Or, si la pratique confronte rapidement à « l'impossibilité de résorber entièrement la contrainte dans le thérapeutique », il n'en est pas de même dans les discours qui, aisément, font taire l'examen critique en y opposant la visée soignante comme argument d'autorité. Ainsi, dans une perspective moins éthique que morale, voire idéologique, la dimension soignante nécessaire justifierait à elle seule le recours à la contention, et dispenserait, par là même, de considérer les violences potentielles, évitables ou non, qui lui seraient attribuables. Aussi fréquent et efficient qu'il soit, cet opérateur ne résiste pourtant pas longtemps aux constats épidémiologiques. Jean-Marie Delarue n'a ainsi eu de cesse de montrer, sur la base des observations nombreuses et rigoureuses qu'il a menées sur tout le territoire, qu'aucune différence dans la fréquence des troubles psychiatriques ou dans leur expression ne justifiait les disparités de pratiques de la contrainte physique. C'est donc que le caractère thérapeutique de la contention est loin d'être un déterminant suffisant à rendre compte de son emploi. Et même, n'eut été ce constat épidémiologique, l'épreuve concrète de la contention dans le huis-clos du service psychiatrique, souvent vécue – et souvent secrètement – comme violente par les patients (137), les soignants (138) ou les apprenants (139), commande une réflexion éthique rigoureuse qui ne saurait s'arrêter devant l'écran de la légitimation thérapeutique. Du moins, ayant nous-même été fréquemment touché de malaise (au sens premier du terme) à attacher ou voir attacher un patient, nous avons perçu, ressenti même, la nécessité et l'urgence à dépasser les résistances sus-évoquées

pour tâcher d'identifier ce qui vient mettre en tension les seules visées soignantes du geste. En particulier, depuis notre regard impressionné d'apprenant, nous avons voulu lever un peu de la confusion que nous avons éprouvée (écho de la confusion qu'évoque Delphine Moreau ?), en identifiant, derrière les modes de légitimation officiels ou officieux que d'autres avant nous ont tracés, les violences de la contention.

## 2. Soigner

### 2.1. La question de la contenance

Comme on dit d'un patient qu'il est « mis en condition » lorsque lui sont posés, en situation d'urgence vitale, cathéters, scope cardio-tensionnel ou autre sonde nasogastrique, la dimension thérapeutique de la contention pourrait être comprise comme une forme de préparation (de conditionnement) au soin à venir. Mais puisque cette préparation n'est requise que lorsque le patient se soustrait plus ou moins volontairement à une thérapeutique pourtant jugée nécessaire, et qu'elle consiste avant tout en une contrainte étroite, la dimension proto-soignante de la contention est davantage à rapprocher d'une forme de docilisation dont nous parlerons en **Partie 3, Section 4**. Il reste donc à s'interroger sur l'existence d'une fonction thérapeutique propre à la pose de liens, interrogation d'autant plus légitime qu'elle est un argument implicite faisant souvent autorité pour légitimer le recours à la pratique. La grammaire nous apportera les premiers éléments de réponse. Car le verbe « contenir », dont est dérivé le substantif « contention », est souvent d'un emploi malaisé dans les services hospitaliers qui lui voient parfois substituer le barbarisme « contentionner ». Faut-il y voir une forme d'aporie lexico-sémantique liée à une asymétrie grammaticale, dans la mesure où « contenir », trouve en la « contenance » un substantif plus immédiat qu'en la « contention » ? Une asymétrie qui signe tout à la fois la double fonction du *contenir*, mais aussi un certain embarras à retrouver dans la contention cette duplicité fonctionnelle. Ou peut-être la subtile gêne langagière vient-elle davantage trahir un conflit tout aussi subtil dans les intentions ? Car pour toutes les fois où un interne prescrit une contention, combien de fois pense-t-il d'abord à apporter une contenance au patient, plutôt qu'à

l'immobiliser, le neutraliser ou le dociliser ? Pour barbarisme qu'il soit, le verbe « contentionner », vient en lieu et place d'une action qu'on ne saurait se résoudre à envisager comme principalement contenante. Pourtant, c'est bien sur ce point de pivot qu'oscille la supposée fonction thérapeutique de la contention. Comme le note Delphine Moreau (135), la dimension soignante de la restriction des mouvements du corps enracine sa justification théorique dans le champ sémantique de la contenance, en contrepoint de celui de « l'éclatement », de la « dispersion », ou de « l'agitation », actant au passage le glissement du registre comportemental au registre psychopathologique. En pariant sur une perspective résolument moniste, la contention thérapeutique espère « rassembler » un esprit disloqué en « rassemblant » un corps désorganisé.

## **2.2. La contention en contrepoint du soin**

Serait-ce à dire que toute immobilisation, pour peu qu'elle impose une restriction factuelle des mouvements du corps et, partant, de leur désorganisation, comporte nécessairement une part thérapeutique, fut-elle incidente ? L'examen des extrémités d'un continuum allant de la contention absolument non-soignante à celle qui est organisée dans la seule intention de l'être, permettra, par effet de loupe, d'interroger l'ambivalence éventuelle des contentions plus « ordinaires ». Un article de Libération datant du 21 Novembre 2014 nous offre, à travers un reportage approfondi sur le devenir des personnes souffrant de maladie mentale aux Comores, une illustration frappante de ce à quoi peut ressembler une entrave physique dépourvue de toute dimension thérapeutique (140). Les fous de l'archipel – qui compte parmi les pays les plus pauvres au monde – sont entravés sans soin parce qu'ils le sont à défaut de soins. Livrées à elles-mêmes, les familles doivent composer avec un système psychiatrique quasi-absent et une pénurie chronique d'antipsychotiques. Essuyant une forte stigmatisation, elles s'en remettent le plus souvent aux pratiques magico-religieuses qui seules garantissent un peu d'attention et de considération pour eux et leur proche. Faute de structure adaptée, les malades considérés comme dangereux sont enchaînés à des murs, à des poutres de bois, maintenus, parfois durant plusieurs années, dans une insalubrité des plus totales. La privation de liberté, et l'inhumanité des traitements qui y sont associés, ont la particularité de ne pas être infligées par malveillance, mais parce qu'il est impossible de faire

autrement. La violence inouïe de la contrainte est ici le fruit d'un pis-aller, et le soin par l'entrave hors propos. Très conscients du fossé culturel, culturel, et socio-économique, nous ne prétendons pas comparer cette situation extrême aux contentions auxquelles nous avons pu assister, mais plutôt procéder à une mise en perspective. Car, contrairement aux Comores, la question du soin ne saurait être tout à fait évacuée de la contention de nos hôpitaux, ne serait-ce que parce que celle-ci est insérée dans un dispositif thérapeutique, qu'elle est pensée, prescrite, mise en œuvre et surveillée à l'intérieur de lui. Dit autrement, il n'y a aucune équivalence à attacher un malade faute d'avoir les moyens de le soigner, et à sangler un patient lorsque le soin est dans l'impasse. Aussi, si l'héritage et le dispositif psychiatrique ne garantissent pas le caractère soignant de la contention, au moins créent-ils les conditions pour qu'ils le soit et enjoint-il ceux qui la pratiquent à s'efforcer de l'être.

### **2.3. L'intention thérapeutique**

À l'opposé de l'enchaînement des fous des Comores, c'est à travers la pratique du packing que nous avons choisi d'examiner l'autre extrémité du continuum, celle où les mouvements du corps seraient restreints dans l'unique but d'être thérapeutique. Comme son nom le laisse suggérer, le packing consiste en un enveloppement du corps d'une personne souffrant de troubles psychiques dans un linge humide et froid, en vue d'en apaiser les troubles graves du comportement, notamment lorsqu'il s'agit d'automutilations. Bien qu'elle s'inscrive dans le long héritage des traditions hydrothérapique, la méthode revêt une dimension de contrainte non négligeable, dans la mesure où le patient est habituellement étroitement enserré dans son pack, et qu'il y est parfois mis à son corps défendant (notamment lorsque le corps en question est une menace pour lui-même). Récemment, la pratique du packing a été le point de cristallisation de tensions féroces, mêlant, dans la plus grande confusion, et au détriment d'une réflexion médico-scientifique constructive, revendications idéologiques et intérêts politico-économiques. Bien qu'elle ne se réduise ni à l'une, ni à l'autre, elle a pâti d'avoir été préemptée comme champ de bataille pour des conflits bien plus larges autour de la psychanalyse et de la cause des personnes autistes. Malgré les attaques sévères et discrédits multiples, c'est pourtant bien par le biais du packing que nous avons choisi

d'étudier comment une pratique (y compris de privation de libertés), pouvait se faire tout à la fois soin et thérapeutique.

Car c'est bien à cette précieuse réflexion épistémologique que Pierre Delion – figure de proue de la défense du packing, et, pour les mêmes raisons, victime expiatoire de ses détracteurs – nous engage, lorsqu'il dresse avec rigueur les marqueurs, conditions et exigences qui en font un traitement à part entière (141). Si nous les reprenons ici, c'est surtout pour faire apparaître les forces structurantes et légitimatrices de ces marqueurs thérapeutiques, en même temps que les principes qui les régissent. [1] *Des indications*. En pédopsychiatrie, il s'agit principalement des automutilations ou des instabilités psychomotrices majeures de l'enfant souffrant d'autisme ou de psychose infantile. Ces indications prennent acte de la lourdeur de la mesure, et rendent compte du principe de nécessité qui doit guider la prescription. [2] *Des contre-indications*. Le packing est contre-indiqué en cas de troubles de la thermorégulation et « dans les cas où les angoisses d'étouffement sont manifestes ou sous-jacentes » (141). Les contre-indications fixent autant de limites aux prétentions d'omnipotences propres au charlatanisme, tout en réaffirmant la primauté du principe d'inocuité (*primum non nocere*). Avec les indications, elles disent l'importance de reconnaître les singularités des malades que le traitement pourrait rencontrer. [3] *Une posologie*. Un à 7 packs hebdomadaires. La posologie acte le principe de proportionnalité de la prescription, et circonscrit les risques d'inefficacité et de toxicité. [4] *Une technique*. Le matériel, les places et le rôle des participants, la séquence des actions, la durée, la préparation d'une séance de packing sont strictement définis. Comme pour toute méthode interventionnelle en médecine, la pratique requiert formation et entraînement. La technicité (qui, en l'occurrence, ne peut compter sans une certaine maîtrise de l'outil théorique qui lui est adossé) est un critère de sérieux de la procédure, en même temps qu'elle signe son caractère non anodin. [5] *Une efficacité empirique*. Fort de sa longue expérience de terrain au plus proche des enfants et de leurs familles, ainsi que de celles des équipes qu'il a formées, Pierre Delion a pu constater l'efficacité très concrète de la méthode en termes de réduction des comportements d'automutilation, de stabilisation comportementale et de reprise développementale. Les récits dont regorgent ses écrits en témoignent (141). Bien entendu, lorsqu'il s'agit de faire adopter un traitement par la communauté scientifique, un tel argument ne résiste pas à l'EBM,

qui requiert d'en passer par l'épreuve du feu de l'essai contrôlé randomisé. C'est la raison pour laquelle le packing fait, depuis 2008, l'objet d'un Plan Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC). Ainsi soumis aux canons de l'évaluation standardisée, le packing suit en somme de façon très classique les cheminements habituels des progrès thérapeutique en psychiatrie. Car, rappelons-le, ces progrès se sont pour la plupart faits à la faveur de la sérendipité (21), forme paradigmatique de l'expérience empirique. [6] *Une hypothèse théorique*. Pour rendre compte de l'efficacité observée, Pierre Delion enracine la méthode du packing dans un rationnel théorique qui a la propriété d'être intégratif, tout à la fois neurophysiologique (impliquant des mécanismes thermosensibilité et thermorégulation) et psychodynamique (nous ne nous essaierons pas à restituer ici la démonstration, qui, soulignons le toutefois, fait la part belle à l'intégration corporo-psychique dans une médecine où le dualisme est encore largement et sourdement dominant). Bien que l'hypothétisation théorique ne soit pas indispensable à faire d'un produit ou d'une méthode un traitement accepté (le mécanisme d'action des neuroleptique a longtemps été méconnu), elle est un critère de plausibilité supplémentaire légitimant d'autant son emploi. Rappelons également que la théorie, à condition qu'elle ne prenne pas en otage son objet dans une forme de toute puissance dogmatique, fait rempart à la violence de l'arbitraire (cf. **Partie 1, Section 4**).

## 2.4. Les conditions du soin

Cette énumération sommaire des jalons thérapeutiques du packing pourrait paraître digressive. Pourtant, à mieux y regarder, elle étaye très exactement notre propos. Car, que marquent ces jalons sinon que les conditions auxquelles un dispositif qui s'apparente de prime abord à une technique de contention (en ce que la personne concernée se trouve parfaitement immobilisée), devient un dispositif de soin assumé comme tel. Il nous semble à cet égard que la condition primordiale, sous-jacente à l'élaboration d'indications, de contre-indications, d'une posologie et d'une technique pour encadrer la pratique, consiste à ne pas méconnaître que toute thérapeutique, comme elle se doit d'être efficace, donc active, a son revers de médaille. Ne pas être naïf quant au fait que le *φάρμακον* est tout à la fois le remède et le poison. Assumer, en somme, l'ambivalence du principe violent irréductible pour en mettre à profit la force active, tout en s'efforçant – et c'est là la tâche la plus

délicate – de veiller à ce qu’il ne prenne jamais plus d’ampleur que nécessaire. De cela, Pierre Delion en est d’autant plus conscient que l’histoire de la psychiatrie abonde d’exemples de méthodes hydrothérapeutiques dévoyées, dont l’inanité et l’inhumanité font aujourd’hui consensus (141) : « À certains moments, cet appareil s’est perverti pour devenir un moyen de contention sans aucune référence que l’habitude d’appliquer une technique sans théorie sous-jacente ». Par ricochet, c’est sur les contentions contemporaines que le point de vue porte son éclairage, en nous aidant à redéfinir, sous l’angle de la violence, le continuum que nous avons initialement abordé sous l’angle du soin. Les contentions les plus inutilement violentes seraient donc celles qui ne seraient mues que par l’automatisme de la routine, celles pour lesquelles la pensée aurait déserté, celles sur qui la théorie n’aurait aucune prise. Celles, en fait, qui ignoreraient ce qu’il y a d’intrinsèquement violent à sangler quelqu’un, et qui, par conséquent, se départirait de toute vigilance éthique à contenir cette violence. Faute de savoir manier l’oxymore de la violence nécessaire dans le soin, la contention maltraitante se départit de toute intention soignante en laissant enfler, sans y penser ou sans vouloir y penser, les violences déviantes. Autrement dit, si la violence nécessaire n’est que le revers du soin-thérapie (*cure*), la violence déviante est l’incompatible antithèse du soin-sollicitude (*care*). Au contraire, la contention qui serait le plus pleinement soignante et le moins inutilement violente serait celle qui serait mise en œuvre non pas comme une finalité, mais comme un moyen, un support à la relation de soin, qui en serait la condition lorsque celle-ci est gravement menacée par la pathologie. Et Pierre Delion d’expliquer: « Notre hypothèse est bien que cet “artifice” du packing ne peut prendre que si la dynamique contre-transférentielle est prise en compte en tant que telle, rendant ainsi à cette technique sa place dans la stratégie plus large de la psychothérapie des psychoses ». Le recours à la psychanalyse – mais il aurait pu s’agir de toute autre référence théorique qui inclut une conceptualisation de la relation intersubjective soignant-soigné – est un rappel à la vigilance éthique et déontologique, autant qu’elle incite et accompagne le mise en œuvre d’efforts visant à humaniser la prise en charge des patients. « Les packs, ajoute Pierre Delion, ne représentent pas un traitement psychothérapeutique suffisant en soi, ils trouvent leurs intérêts et leurs limites comme temps préparatoire à un temps psychothérapeutique individuel ». Dès lors, pourrait-on imaginer que la contention soignante, celle qui serait la moins violente, relèverait d’une propédeutique ? Une

contention qui se préoccuperait de la relation interpersonnelle et du statut de sujet de chacun, au mieux à la faveur de, sinon malgré la pose de liens ?

Toutefois, à supposer que l'intention soignante constitue une toile de fond nécessaire à la contention légitime, il ne s'agit jamais que d'une toile de fond. Si important soit-il, le soin ne constitue pas l'objectif princeps de la mesure. Exceptionnels sont les psychiatres qui rendent compte de leur prescription en expliquant qu'elle visait à « soigner le patient ». De ce point de vue, le caractère supposément thérapeutique de la contention ne se situe pas au même niveau logique que les autres arguments légitimateurs. Contrairement à eux, elle relève d'une intention, d'une posture, qui, éventuellement, se décline dans la gamme des indications effectives. Aussi, le corps n'est, a priori, pas entravé *pour soigner*, mais *en soignant*. C'est donc ailleurs qu'il nous faudra chercher la justification pratique, au sens d'indication première, qui permettra, ajointe à la dimension soignante, de rendre compte des motivations de la contention.

### 3. Juguler le danger

#### 3.1. L'agitation comme mise en scène du danger

##### 3.1.1. Unités de temps, de lieu et d'action

Le *Référentiel de Psychiatrie* est un manuel officiel élaboré par l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP) et le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP). Ouvrage de référence à l'enseignement de la discipline aux étudiants de deuxième cycle, il « se donne pour objectif d'apporter des bases claires et pragmatiques aux futurs médecins qui, dans toutes les spécialités, seront amenés à soigner des patients souffrant de troubles psychiatriques » (142). La contention y est évoquée au cours d'un bref paragraphe du chapitre « Agitation et délires aigus », dans la sous-section « dimension relationnelle ». Inscrite sous un tel chapeau, comme une précaution éthique imprescriptible, son indication n'est évoquée qu'après l'avoir posée, de façon appuyée, comme un dernier recours, et relevant de l'exception. Drapée des

précautions techniques de mise, elle est ainsi formulée : « prévention du risque d'auto et hétéro-agression, y compris involontaire ». Et c'est bien par ce type de formule systématique, presque incantatoire, que les étudiants apprennent, et donc comprennent, l'indication explicite de la contention : « prévention du risque auto et hétéro-agressif ». Proche parente de la notion de risque lorsque le risque en question est celui du dommage corporel (que le pudique « auto et hétéro-agressif » recouvre à peine), celle de danger affleure. Pour mettre au jour les implicites, nous pourrions donc reformuler : « est à contenir celui qui présente un risque de blessure pour lui-même ou autrui » ou encore « est à contenir celui qui est dangereux pour lui-même ou autrui ». Mais l'enseignement que dispense le référentiel ne s'arrête pas au seul danger qu'il y aurait à juguler. Il en élargit et précise le cadre en l'intégrant dans le script de la scène où est sensée se jouer la mise en contention. De cette scène, l'unité de temps est paradoxalement impliquée par le fait que le risque agressif est donné comme intimement lié, inclus même, dans la circonstance particulière de l'agitation. Or l'agitation est un mouvement brutal, un sursaut tellement soudain qu'il pourrait paraître ponctuel, extemporané. Mais l'instantané de l'agitation se trouve étiré et prend une consistance temporelle par le fait même qu'il est associé à un impératif de prévention. S'il faut agir avant que le danger ne survienne (s'il faut agir *pour prévenir* le danger), c'est qu'il y a un *avant* et un potentiel *pendant*. Ou plus exactement, c'est qu'il existe tout un continuum temporel qui s'accroche en avant de l'actualité de l'agression. Un continuum qui se superpose imparfaitement à celui de l'agitation. Un continuum sur lequel se déplacent les soignants pour décider de quand déployer la mise en contention, qui, elle, relève du fait ponctuel. Et le continuum est d'autant plus étendu qu'il est commandé de le distendre, en restreignant la contention au strict dernier recours, *après* que toutes les autres solutions ont échoué. Quant à elle, l'unité d'action n'est évoquée, comme souvent dans les manuels pour étudiants, que par ellipse, coincée entre l'indication que représente le danger dans l'agitation, c'est à dire le moment *où il faut* attacher le patient, et celui où ce dernier *est effectivement* attaché. Or, c'est probablement dans cette ellipse narrative, dans la *mise en contention* en elle-même, que nous pourrions trouver l'unité de lieu qu'il nous manque. Et, avec elle, les violences chaudes propres à la contention comme moyen de juguler le danger.

La *mise en contention*, en résolvant la tension de l'expectative, précipite souvent la situation d'agitation en la propulsant à son acmé. Une fois le coup d'envoi donné, un basculement s'opère qui impose soudainement le corps comme lieu de l'action. Ou plutôt les corps qui, investis et opérationnalisés, entrent en contact dans un déploiement de force inhabituelle. Corps-danger pour le patient, dans lequel les éventuelles menaces et autres provocations s'incarnent subitement. Un corps qui, tout à la fois, atteste le caractère effectif du danger, donne raison à qui pariait sur la dangerosité de ce corps là, un corps qui consent à faire l'aveu de ce qui était larvé et que la *mise en contention* n'a fait que révéler, mais aussi un corps qui rend tangible le risque physique, qui s'en drape, un corps-arme duquel il faut se protéger et qui, de fait, cesse de n'être que le corps soigné. Le corps du patient agité est autant danger qu'aveu de dangerosité. En cela, il aiguillonne celui du soignant. Il le stimule à l'action en le déliant de tout doute quant à la légitimité de cette action : le patient était *effectivement* dangereux, la contention était donc indiquée ; son agitation actualise le danger, il y a donc à redoubler d'empressement à le neutraliser. Et le soignant de s'incarner, lui aussi, autant que l'excitation du patient le lui commande. Son corps à lui est ambigu. Défensif, parce qu'il a à se protéger des coups éventuels, des attaques qui lui sont dirigées, qui le ciblent individuellement en tant qu'il est l'un de ceux qui exercent *effectivement* la contrainte. Offensif aussi. Car s'il n'y avait qu'à se prémunir, il suffirait de s'abstenir ou de fuir. Au contraire, la *mise en contention* l'oblige à avancer sur l'agité, à ne pas simplement s'en défendre, mais véritablement à l'assaillir pour le maîtriser. Or, paradoxalement, c'est la fonction de soignant qui le lui commande. Un paradoxe qui trahit l'ambiguïté de la fonction thérapeutique de la contention. Car si c'est bien le soin qui préside à l'initiation du mouvement, le geste de la *mise en contention* n'a, en fait, plus grand chose de soignant. Si bien qu'il n'est pas rare que des agents de sécurité viennent prêter main forte aux équipes des services hospitaliers, ou même, qu'ils s'y substituent.

### 3.1.2. Redistribution des rôles

En fait, tout se passe comme si s'engager dans la contention autorisait, et même incitait, à se délester, au nom du soin, d'une certaine intention soignante. L'amorce de la mise en contention scelle l'échec du discours, et avec lui, celui de la pensée. Non seulement de la pensée conjointe et du discours réciproque, ceux de la

négociation dans l'échange, mais aussi du discours soignant comme il est habituellement institué et reconnu. L'agitation, c'est le patient qui s'affirme soudainement comme réfractaire à l'apaisement - et donc à la docilisation - par la parole. Par l'imposition de son corps, il devient plus fort que ce que la médecine a à dire de lui, et de son excitation potentielle. L'engagement dans le corps-à-corps qu'exige la contention constitue l'aveu d'impuissance du soin « conventionnel » face à l'insoumission, autant qu'il marque une rupture radicale dans la façon dont les soignants, qui ne cessent pas d'être soignants, abordent le patient, qui ne cesse pas non plus d'être patient. Nous avons employé le terme d'engagement et nous insistons. Car, nous l'avons vu, le déploiement du danger individualise le soignant comme une cible potentielle, recrute son corps propre. Il lui devient impossible de se replier derrière l'impersonnalité de sa fonction. Il cesse d'être un simple membre de l'équipe pour engager sa personne, via l'exposition de son intégrité physique. C'est lui qui, individuellement (quoiqu'au sein du groupe), reçoit les coups perdus ou dirigés. Les insultes qui lui sont adressées, lui sont dédiées parce qu'il est *celui* qui contient avec les autres. La *mise en contention* a pour effet de polariser l'agressivité du patient, lui donne un motif tangible pour épingleur celui qui veut poser l'entrave. L'agitation que l'on rattachait un instant plus tôt au trouble psychique à soigner (sinon, pourquoi contenir ?), devient une agressivité *en réaction* de la pose des liens, une agressivité où le pathologique a été siphonné. Le corps à corps nivèle. D'un côté, l'habituelle fonction soignante est mise en suspens dans le geste. De l'autre, la maladie mentale ne se lit plus qu'en filigrane. L'abrasion de l'asymétrie est d'autant plus forte que l'expertise des professionnels a été désamorcée en même temps que la parole a été mise en échec. Du médecin, de l'infirmier ou de l'aide soignant, il ne reste plus que le corps, et quelques attributs rudimentaires (sangles, aimants) pour faire rempart. À ce titre, soignant et soigné sont, individuellement, à armes égales. Dans cette situation hors-norme, le filtre qu'imposait la conventionnelle relation thérapeutique est déjoué. La *mise en contention* commande à l'instantané, à la présence physique, là où le soin s'efforçait de « temporiser », de réinjecter de la pensée, de surseoir, de médiatiser. La *mise en contention* recentre à marche forcée le décentrement nécessaire à la fonction soignante.

## 3.2. Variations sur le thème de l'agitation

### 3.2.1. Variation 1 : violence en interaction

C'est entre autre à cette forme d'anomie paroxystique qu'il faut attribuer le tumulte de la *mise en contention* lorsqu'elle se fait en condition d'agitation. La relation revêt une dimension exceptionnelle, plus brutale, plus personnelle, plus immédiate, où les protagonistes exposent autant qu'ils imposent leur corps. Il n'est alors pas inintéressant de tenter de comprendre la violence qui s'y épanouit en tenant la notion d'agressivité comme clé de lecture. D'autant moins inintéressant, d'ailleurs, que cette même notion est couramment rapprochée de celle de la dangerosité pour justifier la contention. Yves Michaud nous le rappelle (11), l'éthologie inscrit l'agressivité au rang des comportements animaux qui surgissent lorsque les relations de dominance entre les individus sont mises en péril. Selon ce point de vue, l'agression contribue à l'imposition d'un ordre social stable, qui ne peut être maintenu que lorsque qu'il est accepté par chacun des individus. Dans le même temps, les expériences de psychologie comportementale ont identifié les privations (de mouvement notamment), les restrictions, les sur-stimulations et les excitations trop fortes comme autant de facteurs susceptibles d'accentuer l'agressivité de ceux qui les subiraient. Il y aurait donc quelque chose d'instinctuel, de strictement réactionnel à l'agressivité. Au point que Dollard a tenu l'agression pour réaction première et caractéristique à la frustration (143). Aussi, dans le tumulte de l'agitation où la précipitation de l'état d'urgence et la fébrilité du danger court-circuitent la pensée, il pourrait être pertinent d'envisager les comportements comme principalement réglés sur le registre de la réaction. Un rapport de réactions réciproques, donc, tendu par des enjeux larvés et primaires de domination. En cela, la psychanalyse nous dirait que l'agitation de la *mise en contention* menace autant l'intégrité physique que le narcissisme des individus. Nous comprenons alors assez bien les réactions virulentes que nous avons pu observer de la part de soignants qui, dans le feu de l'action, ont reçu un crachat en plein visage. Le crachat n'est pas rare en situation d'agitation. Projeté en signe de mépris ou de défi, il est souvent compris comme tel par les soignants qui sont pourtant rompus à s'abstraire de bien d'autres provocations. La violence du dénigrement et le manque d'espace pour le réfléchir sont tels qu'ils suscitent parfois, en retour, une réaction violente de leur part. Cette

réaction est alors à rapprocher de la violence essentielle que décrit Bergeret, celle qui n'a de vocation qu'à protéger le narcissisme quand il est menacé, pour subsister face à l'autre (67). Sur le terrain d'une relation rendue symétrique par le corps à corps, nous avons esquissé les premiers mouvements d'une spirale que nous pouvons maintenant compléter. L'agitation du patient atteste la nécessité de la contention et, en faisant la démonstration du danger, invite le corps des soignants à la juguler. Mais ce même patient, se sentant soudainement menacé par la force qui s'abat sur lui pour le neutraliser, n'a plus que deux options. Soit il abdique et se soumet. Auquel cas, l'épisode d'agitation est clos. Soit il s'agite de plus belle, brandit son agressivité comme dernier recours avant la situation de domination qui lui paraît insupportable (tant elle constitue une violence narcissique en elle-même). Mais son agressivité est cette fois dirigée. Elle cible chacun de ceux qui ont pour intention de l'entraver. Elle perce la toile de la relation soignant-soigné pour engager le soignant individuellement. Autant provocation que convocation, elle est projetée avec une force (pour ne pas dire une violence) telle qu'il est difficile de ne pas répondre, à titre personnel, à l'affront devenu personnalisé. Yves Michaud écrit : « aucune approche ne peut faire abstraction du fait qu'agression et violence mettent aux prises des agresseurs et des victimes dont les comportements se conditionnent mutuellement ». Or, la situation d'agitation est exemplaire de ce type d'interaction, que les systémiciens qualifient d'«escalade symétrique» (52,64), où chacun des comportements des acteurs impliqués dans la relation duelle agit comme un renforçateur pour le comportement de son partenaire, et réciproquement. L'escalade symétrique aboutit donc à une emphase et une rigidification des postures de chacun. Dans le cadre de la contention, il en résulte une montée en puissance que les règles et protocoles d'usage ne suffisent pas toujours à endiguer.

### **3.2.2. Variation 2 : déviance et impunité**

Si, comme le pense Delphine Moreau, « l'imprévisible règne » lors de la contention (135), c'est donc que celle-ci charrie un imbroglio d'enjeux soignants, narcissiques, de survie, de résistance et de domination, tous précipités par l'urgence. C'est aussi que les frontières entre rapports personnels et rapports professionnels s'y amenuisent, dans une relation qui déroge, de fait, aux normes et règles habituelles. C'est encore que les comportements, pris dans le jeu des réactions et

interactions symétriques, s'y font plus aléatoires, voire désarçonnants. C'est enfin pour des raisons très concrètes de mise en œuvre, qu'il y a à prendre en considération. En effet, le déploiement rapide de la force saisit, impressionne, brouille la lecture de la situation. La *mise en contention* s'assortit nécessairement d'une accélération qui rend opaque le cœur de l'action. Plutôt que la séquence réglée des gestes qui la constitue, elle apparaît comme un instantané de violence chaude telle que la décrit Wieviorka (36). Une violence qui se voit et qui impressionne, voire qui intimide (ce qui participe probablement du processus de docilisation du patient). Certes, chaque soignant est engagé individuellement, exposant, à même hauteur que le patient, la vulnérabilité de son corps propre. Il n'en reste pas moins que l'intervention se fait en nombre. Souvent, le patient se débat, crie, injurie, menace. Il n'est pas rare que l'on couvre son visage pour se prémunir des crachats, ni qu'un étranglement soit employé pour le neutraliser. Les immobilisations peuvent aussi se faire à force de placages, de clés de bras, d'écrasements. La confusion qui règne alors rend rapidement indistincts les gestes emprunts d'une violence nécessaire, et ceux qui relèveraient d'une violence déviante. Nous soutenons que le moment de la *mise en contention* est propice à la survenue de telles déviances, qui, exercées en d'autres circonstances, seraient qualifiées de maltraitance physique. D'abord, pour toutes les raisons évoquées plus haut (engagement de la personne, menaces physiques et narcissiques, crispation par la situation de danger, réimposition des corps), la relation de bienveillance, sérieusement mise en péril, tend à glisser vers le strict rapport de force où prennent soudain place des mouvements d'humeur, des rancœurs, des mobilisations de colère que l'on ne saurait imaginer ailleurs. Fort heureusement, cela ne se traduit qu'exceptionnellement par des coups délibérément administrés par les soignants (bien qu'il nous soit déjà arrivé de voir une gifle se perdre alors que la situation d'agitation était clairement maîtrisée). Les sur-violences sont plus insidieuses. Elles se retrouvent dans un geste rendu incidemment plus douloureux qu'il ne devait l'être, dans une manipulation exercée avec un peu trop de brutalité, dans des propos sensiblement menaçants, intimidants ou provoquants. Mais le risque de violences déviantes réside aussi dans la forme d'immunité (relative, nous insistons) dont bénéficient les acteurs de la contention, du fait même des conditions d'urgence et de précipitation. Immunité d'abord, parce que ces violences déviantes se confondent rapidement dans le désordre des corps-à-corps. Immunité aussi, car les conditions

de danger sont une justification puissante d'une gamme de comportements bien plus larges qu'à l'accoutumée. Dans ce contexte, il faudrait qu'un geste soit remarquablement hors norme pour qu'il soit condamné. Aussi, entre l'acte nécessairement violent et celui explicitement déviant, il se déploie tout un nuancier qu'il s'agirait de manier avec la précaution et l'urgence éthique que la situation réclame. Dans ce nuancier, tout peut être qualifié de violent, en ce sens qu'il s'agit toujours d'employer la force pour dominer un corps. Mais la qualification de déviance est, elle, désamorcée par le flou des règles suspendues dans l'action. Enfin, une fois n'est pas coutume, pour saisir la dernière forme d'impunité qui règne lors des états d'agitation, nous convoquerons l'apprenant en soins psychiatriques, pour lequel la *mise en contention* est souvent un exercice aussi inédit qu'impressionnant. L'interne est un témoin privilégié à interroger, car son rôle est indistinct. Quoiqu'il soit assez peu (voire, parfois, pas du tout), formé à l'un ou à l'autre, il peut tout à la fois être amené à prescrire et/ou à pratiquer la contention. Mais dans un cas comme dans l'autre, et parce que sa position est abâtardie de pouvoir être ainsi doublement impliqué, l'amorce du geste précipite une forme de dépossession dans la maîtrise de la situation. En effet, sans être délié de la responsabilité de sa prescription, le souci de prêter main forte à l'équipe l'incite parfois à mettre son propre corps à contribution, de s'exposer lui aussi au danger, de, lui aussi, passer à l'offensive d'une manière qu'il n'avait souvent jamais envisagée auparavant. Toutefois, s'il décide de participer à la *mise en contention*, l'interne, l'instant d'avant prescripteur et initiateur, ne devient plus qu'un renfort, un supplément d'âme. Dans l'infime moment qui sépare le signal qu'il a donné, et le début de la mise en œuvre, le bouleversement des logiques qui dirigent l'action soignante a déplacé le centre régulateur du médecin décisionnaire, au *groupe effecteur*. Si ce que nous décrivons est vrai pour tout médecin, la complexité éthique est rendue plus sensible par le noviciat du jeune interne. Car, dans le mouvement implacable, presque autonome, dudit *groupe effecteur*, l'interne conserve la responsabilité de garantir les bonnes pratiques, et en particulier celle de limiter les violences déviantes. La conscience de cette responsabilité lui est d'ailleurs particulièrement manifeste lorsqu'il vit sa décision de lier le patient comme une trahison signant l'échec de sa démarche de soin. L'interne est alors pris dans deux courants souvent opposés. Un courant lent, celui de la tempérance et de la modération, qui préserverait le patient, et un courant rapide, celui de l'action, par lequel il se range du côté de l'équipe. Or, ce dernier courant est

parfois d'une force telle qu'il l'amène à réaliser des gestes que, précisément, son intuition éthique aurait voulu voire proscrits. L'Interne V. illustrera notre propos :

*« Dernièrement, il y a une patiente qui a agressé un psychiatre de mon service. Donc la patiente était en chambre d'isolement, [et avait été mise en] contention. Je trouve que ça suffisait. Il y avait un infirmier qu'elle avait essayé d'étrangler. L'infirmier qui était plutôt costaud l'a contenue. Mais même contentionnée, la patiente crachait sur l'infirmier. Donc l'infirmier était très remonté, il lui gueulait un peu dessus. J'ai dit à l'infirmier de se calmer, parce que ça servait à rien, ça la faisait encore plus monter. Je lui ai dit « ça va, elle est contentionnée, arrête de lui crier dessus ». L'infirmier était un peu énervé, et toute l'équipe d'infirmiers me dit « pour marquer le coup, faudrait que tu lui mettes une injection ». Donc là, j'étais un peu dans une impasse. La patiente était contentionnée, en chambre d'isolement, relativement agitée – relativement, parce qu'elle était agitée selon la personne qu'elle avait en face. Moi je sais qu'elle ne m'a jamais rien fait et qu'elle aurait jamais été agressive avec moi. [...] Sur les quatre membres du personnel soignant, il y en avait trois qui m'avaient clairement dit « il faut lui faire une injection ». Bizarrement, c'est l'infirmier qui avait un meilleur contact qui ne voulait pas d'injection. Je ne suis pas fier de mon choix, mais pour marquer le coup, j'ai dit « allé, on fait l'injection, pour marquer le coup ». Parce qu'elle avait été agressive envers un psychiatre, agressive envers l'infirmier. Je ne regrette pas, mais je trouve que j'ai un peu été bête. Une patiente qui était contentionnée, qui était relativement calme, on a été obligés de lui mettre une injection. Je m'en suis plus voulu dans ma décision a posteriori. Au final, ça a servi à rien, parce que la patiente, je suis allé la voir au moment de partir, au moment du repas, et je lui ai dit « on va vous décontenionner parce que vous êtes calme ». Ça pourrait être considéré comme de l'abus de pouvoir. »*

Au delà de la prééminence des enjeux personnels sur la posture soignante que nous retrouvons ici dans la situation paradigmatique du crachat, c'est « l'impasse », dans laquelle se situe l'interne qu'il est intéressant de commenter. Les contraintes antagonistes, celle, d'une part, commandée par une éthique personnelle fondée sur sa relation individuelle avec la patiente (elle ne lui a « jamais rien fait »), et celle, d'autre part, portée par la majorité de l'équipe (il précise « trois sur quatre »), se

retrouvent dans la bascule du discours entre première personne du singulier, et formulations impersonnelles. L'on passe ainsi de « il faut lui faire une injection » à « j'ai dit », pour à nouveau revenir à « on fait une injection ». Peut-être un médecin confirmé aurait-il pu déployer l'assurance suffisante pour résister à l'injonction du groupe (le Docteur S., qui nous a relaté une situation similaire, nous l'a d'ailleurs confirmé). Mais la situation présente, celle d'un interne dont le bagage théorique, expérientiel et interpersonnel ne semble pas suffisant pour assumer en plein sa responsabilité de garant de la bienveillance envers le patient, illustre comment le mouvement du *groupe effecteur* (par opposition à la singularité des opinions personnelles), crée les conditions de l'impunité de ses propres gestes en absorbant les instances régulatrices. Cette impunité « d'entropie », d'après nous présente dès la réalisation du geste quoi que de façon moins manifeste, est un terrain favorable à ce que la contention de l'agitation quitte le strict cadre de la prévention du danger pour s'encre au carrefour d'autres intentions larvées, autrement plus violentes : la docilisation, l'affirmation de la domination, la punition. En outre, elle crée, au niveau individuel, un sentiment de frustration et de perte de confiance qui fait violence en soi. La prescription de l'injection, mue par une intention clairement punitive, révèle son caractère absurde sitôt remise dans le contexte du soin. Une fois l'agitation tombée, la vacuité du sens est aussi manifeste pour le patient que pour le prescripteur.

### 3.2.3. Variation 3 : violence et altérité

Il ne serait pas juste de restreindre la notion de danger à un risque hétéro-agressif, pas plus qu'il ne le serait de la cantonner à la situation particulière de l'agitation. Tellement peu juste, d'ailleurs, que la formule pédagogique auxquelles les étudiants se réfèrent pour justifier la contention ne conditionne le danger à aucun état particulier et précise sa double valence : « soi-même ou autrui », ou encore « auto ou hétéro-agressivité ». Nous reprenons cette formule duelle, car elle restitue et impose de la nuance à la lecture linéaire « corps agressif - danger à prévenir ». Delphine Moreau s'interroge au sujet de la contention : « s'agit-il d'une mesure pour le patient ? Auquel cas on reste dans un motif thérapeutique, à tout le moins visant le bien de la personne hospitalisée. Ou d'une mesure pour ceux qui sont autour d'elle ? Auquel cas il s'agit d'une mesure d'ordre ou de sécurité. » (135) Si l'on accepte

l'ambivalence de la pulsion destructrice, question largement discutée par les psychanalystes, on réassigne le danger, non plus à une intention libre et immédiate, mais bien au fait pathologique sous-jacent. Par là, la relation soignante peut à nouveau se fonder, même, et surtout, au cœur du risque. Accepter la formule « dangereux pour soi-même ou autrui », c'est explicitement prendre acte de l'altérité à laquelle elle engage, et du soin qu'il y a à apporter à celui qui porterait atteinte à autrui exactement comme il porterait atteinte à lui-même. Le soignant retrouve sa place, en tant qu'il est celui qui peut et doit comprendre que le danger n'est, en l'occurrence, que la manifestation d'une souffrance intolérable, laquelle s'abstrait des frontières délimitant le Soi et l'Autre. Cette conscience très aiguë que « le corps du patient attaché, ce corps qu'on veut préserver, est aussi ce corps menaçant, qui fait peur » a animé l'indignation dont Mounia Terki, interne en psychiatrie, a témoigné au Forum de la Nuit Sécuritaire d'Octobre 2013 (139). Comme si s'astreindre à ne pas oublier que juguler le danger, c'est aussi protéger le patient, associer les deux ou laisser « l'objet de la protection indéterminé » (135), avait garanti sa vigilance et sa colère contre les sur-violences de la contention dont elle a été témoin, une nuit de garde agitée. Garder à l'esprit qu'avoir peur *de* l'autre, c'est aussi avoir peur *pour* l'autre, agit, chaque fois que le patient menace, comme un pare-feu aux violences non nécessaires, ou tout du moins, aide à être attentif à les réduire. À ce titre, il y a lieu de s'interroger : la totale proscription de la contention qui est de règle dans quelques services de psychiatrie en France ne relèverait-il pas d'une forme de violence de l'abandon (144) ?

Il ne faut toutefois pas être dupe de cette forme d'amalgame entre danger pour soi et pour autrui. Tout du moins, il faut veiller, comme Delphine Moreau nous y engage, à ne pas s'y complaire : « il existe une série de cas où ces dangers se présentent de manière distincte : où, par exemple, on ne pense pas un instant que la personne puisse agresser quelqu'un d'autre mais où on craint qu'elle n'attente à sa vie ou s'expose à des dangers ; ou inversement, où l'on estime que la personne saura se préserver mais dont des actes violents antérieurs et des menaces font craindre la violence » (135). Si tâcher de déceler une tendance auto-mortifère derrière l'hétéro-agressivité contraint à une forme de vigilance éthique, systématiquement confondre l'une et l'autre peut aussi se révéler violent. D'abord parce que cela reviendrait à accepter sans réserve l'idée d'une agressivité

transcendantale, qui ne serait dirigée que par le fait de contingences, et qui donc dépasserait à la fois son porteur et sa cible. Il serait alors soustrait au patient la capacité de se révolter justement, d'être agressif *en réponse de*, ou *en défense contre*, bref, à faire montre d'une agressivité légitime et proprement humaine. Mais forcer l'agressivité à orientation indistincte comme cadre de lecture systématique serait également source de méprises et d'erreurs chaque fois que la situation serait moins ambiguë. En cela, les contentions sans agitation, où toute notion de danger pour autrui est évacuée, sont intéressantes à examiner. L'une de celles-ci, vécue en milieu d'internat, nous a fait forte impression.

Nuit de garde à l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM). Je suis appelé en urgence au chevet d'une patiente pour une tentative de pendaison. À mon arrivée, l'équipe infirmière, qui avait déjà procédé aux premiers soins, m'explique que la patiente en question a tenté de s'étrangler avec une culotte qu'elle a déchirée pour l'occasion. Son état somatique n'est plus inquiétant, mais elle me dit rapidement vouloir recommencer son geste. Sa résolution suicidaire est majeure et le risque est imminent. Je lui explique qu'en la circonstance, il nous est nécessaire de la protéger d'elle-même. Elle consent à ce que nous l'habillions en pyjama et que nous lui retirions tout ce qui pourrait présenter, de près ou de loin, un caractère dangereux. Elle accepte également, avec un certain soulagement, le sédatif que je lui propose dans un dosage considérable.

L'un des infirmiers est là qui semble attendre une consigne supplémentaire. Il m'interroge du regard avec insistance, visiblement prêt à agir. Constatant ma perplexité, mais visiblement gêné de la présence de la patiente, il lâche finalement à mi-voix : « Et la contention ? ». Après que je l'ai invité à sortir de la pièce pour qu'il m'explique clairement ce qu'il attendait de moi, je comprends que la contention est pour lui la seule manière de se prémunir d'une récurrence. Pour me convaincre, il invoque l'effectif soignant (ils ne sont que deux pour la nuit) et l'éloignement de la chambre de la patiente du poste infirmier. Il n'est pas possible de la déplacer car le service est plein. Je tente de le convaincre du fait que le risque suicidaire n'est pas une indication à la contention, que la démarche serait pour le moins brutale dans les suites immédiates d'une geste aussi violent, et qu'il serait envisageable, par exemple, de garder la patiente à vue dans la salle de vie. Il me répond, visiblement

plus inquiet que véhément : « Comme tu veux. Dans tous les cas, moi, je note dans le dossier que tu as refusé de la contenir ».

Sachant qu'il me faudrait tôt ou tard quitter le service, et ne me sentant pas suffisamment confiant pour prendre le risque d'une surveillance exigeante assurée par un infirmier peu convaincu, je finis par abdiquer. De mauvais gré, je signe, quelques minutes plus tard, la prescription de contention pour la nuit.

Dans cette situation, le danger qu'il y a à juguler fait aussi peu de doute que la cible de ce danger. Aucune confusion possible entre la nécessité de protéger la patiente et celle de s'en protéger. Pourtant le mode de légitimation systématique de la contention par la simple existence du danger, quelque soit sa nature, conduit à la réalisation d'un geste violent qui aurait pu, en d'autres circonstances, être évité. La contention s'entrevoyait comme la solution de dernier recours pour se prémunir de la violence d'un patient qu'il faut malgré tout soigner, dans la mesure où on suppose que sa pathologie participe, même *a minima*, à la violence en question. C'est donc, en quelque sorte, la confusion entre agressivité contre soi et contre autrui, aux racines de laquelle un processus violent « absolu » est supposé, qui justifie la contention, en même temps qu'elle commande aux précautions qui l'accompagnent. Mais peut-on considérer que la contention reste un moyen de recours lorsque le patient ne menace que lui-même ? Faut-il s'efforcer d'y retrouver le même principe violent fondamental et indistinct, contre lequel l'ultime rempart serait la contention ? Il nous a semblé que la pression à sangler la patiente tenait, bien au-delà de l'infirmier, d'une logique de soins imprimée dans le service qui dérivait de l'application rigide de « règles de contention ». Ces règles misent sur la confusion décrite par Delphine Moreau pour généraliser et systématiser leur application. Il en résulte un forçage, une perte de souplesse dans la manipulation d'un geste qui se réclame pourtant du soin. L'effort d'imagination pour trouver une solution alternative s'en trouve bridée, la motivation pour limiter les sur-violences, anesthésiée. Les situations de contention sans agitation pour prévention d'un risque auto-agressif sont la démonstration par l'absurde de l'inopportunité d'associer systématiquement et indistinctement danger – aussi grave soit-il – et contention. La démonstration, aussi, de la violence qui en résulte, une violence de laquelle on n'a pas pris le temps d'évaluer le caractère nécessaire.

### 3.3. Façonner la crise

#### 3.3.1. La mettre en suspens

Comme il nous a paru pertinent d'examiner les contentions *de* l'état d'agitation et les contentions *sans* agitation, toutes deux décidées au nom de la prévention du danger, il nous faut maintenant nous interroger sur la façon dont ce mode de légitimation se décline dans les situations intermédiaires, bien plus fréquentes. Par situations intermédiaires, nous entendons toutes celles où le risque pour autrui, c'est à dire pour les soignants, n'est manifestement pas absent, mais n'est pas immédiatement manifeste non plus. Il est en fait rare que la *mise en contention* vienne cueillir le patient à l'acmé précise de son excitation. Nous l'avons vu, la décision d'entraver un patient intervient plutôt au terme d'une phase plus ou moins longue de tentatives d'apaisement et autres négociations. Cette phase, que l'on pourrait rétrospectivement qualifier de *pré-contention*, consiste en la suspension d'un geste envisagé et prescrit, sous l'effet d'une double mise en tension. Le premier niveau de tension est interne aux pôles de la négociation. Côté soignant, le temps est étiré par la mise en balance, renouvelée à chaque instant, d'une part, de l'opportunité et de la probabilité de succès des négociations, et, d'autre part, de l'imminence du danger qu'il y a à juguler. Côté patient, la tension est peut-être davantage psychologique, et sans doute bien moins conscientisée. Entre se laisser convaincre, et céder tout à fait à l'agitation, le patient est tenu suspendu par l'équipe soignante. Le deuxième niveau de tension est donc interpersonnel. La *pré-contention* consiste bien en un concours d'influence, une lutte pour faire ployer l'autre : les soignants pour dociliser le patient, le patient pour faire valoir la cause (quelque pathologique qu'elle soit) de ses récriminations. Or, cette lutte n'est en rien neutre, ni égale. Elle est d'emblée orientée, polarisée, tendue par le spectre de la contention finale. En témoigne une forme d'inévitable ambiguïté : chaque minutes de *pré-contention* supplémentaire est à la fois gagnée en ce qu'elle a permis de retarder la contention, mais aussi perdue en ce qu'elle la voit devenir de plus en plus probable. Cette ambiguïté s'installe en gradient décroissant : plus la *pré-contention* dure, moins les négociations apparaissent concluantes, et plus la contention paraît imminente. Polarisée, la lutte l'est aussi par l'asymétrie qui vient colorer les échanges : l'échec des négociations n'a qu'une issue envisageable, toujours à la défaveur du patient. Il

s'installe alors un curieux rapport de force, où ce que les soignants veulent éviter est précisément ce qui fait la confirmation ultime de leur ascendant. Comme pour répondre à l'ambiguïté de la situation, c'est par l'ambivalence de leurs intentions qu'ils prolongent la *pré-contention*. D'un côté, une force les incite à poursuivre les négociations pour éviter que le patient ne finisse sanglé. Force en elle-même intéressante, car *a priori* contre intuitive lorsqu'on considère que la contention est sensée, par postulat, être thérapeutique. S'agit-il d'une habitude professionnelle ? D'un principe déontologique ? D'une authentique conscience éthique mue par le souci de l'Autre ? Et faudrait-il entrevoir dans cette intention la considération réelle des soignants pour la contention, c'est à dire une manœuvre à éviter, dont le caractère strictement bienveillant serait récusable ? D'un autre côté, les soignants sont gagnés par la tentation croissante de mettre un terme aux négociations. La raison la plus couramment invoquée (*a posteriori*) est la perception d'un risque tout aussi croissant pour leur sécurité ou celle du patient, un danger vécu comme de moins en moins tolérable et dont la concrétisation serait chaque instant plus urgente à prévenir. Cependant, les autres motivations à passer à l'action, bien que souvent plus officieuses, ne sont pas à négliger. En effet, surseoir à une contention consomme l'énergie des équipes en les tenant sur le qui-vive dans une situation par nature inconfortable. Elle mobilise, voire monopolise leur temps et leur disponibilité, ce qui a pour effet nécessaire de désorganiser le soin au détriment des autres patients. Par conséquent, la *mise en contention*, en mettant un coup d'arrêt au climat de tension individuel et collectif, représente une forme de soulagement pour ces équipes et pour le service. Enfin, nous l'avons dit plus haut, la *pré-contention* relève souvent de la négociation serrée, et donc du rapport de force où chaque partie travaille son ascendant sur l'autre. Son abrègement constitue dès lors un acte d'autorité. Dans cette perspective, mettre en contention, c'est aussi faire la démonstration d'un pouvoir de domination où celui qui domine est aux prises avec un nécessaire sentiment de puissance. Ce sentiment doit alors être négocié par le corps soignant dans son ensemble, autant que par chacun de ses membres individuellement (car, comment être naïf des enjeux narcissiques que cette phase préliminaire mobilise déjà ?). Il est en fait tantôt réprimé, tantôt douloureusement vécu (car culpabilisant), rarement assumé, le plus souvent nié et non réfléchi.

### 3.3.2. La déclencher

Prévention du danger, soulagement d'une tension, consommation d'un sentiment de puissance sont ainsi trois dimensions qui, pour être indissociables de la *mise en contention*, n'en sont pas moins des voies par lesquelles cette contention peut être rendue plus violente que nécessaire. En effet, toutes trois participent, en proportion variable en fonction des acteurs et des circonstances, à déterminer l'instant où les négociations seront rompues et la façon par laquelle elles le seront. Or, toute la difficulté consiste à trouver le moment juste pour refermer l'interstice temporel qu'avait ouverte la suspension du geste. Trop tard, et la violence du patient, insuffisamment réfrénée, se déverse, au détriment de sa propre sécurité et de celle des soignants. Trop tôt, et c'est le patient qui se voit privé d'une opportunité d'éviter la violence intrinsèque de la contention. Privation d'autant plus sévère lorsqu'on considère ce même patient comme vulnérable, tributaire de mouvements par nature immaîtrisables, et donc des efforts soignants pour le soulager. Or, dans la mesure où c'est au faite du danger que la contention est la moins contestable, tout se passe comme si la décision de clôture des négociations devait au contraire nécessairement s'accompagner d'une acutisation de l'agitation du patient. Comme nous l'avons vu, cette acutisation survient le plus souvent incidemment, par le fait même de la *mise en contention*. Auquel cas, rien n'y paraît : la crise est exactement semblable, qu'elle soit déclenchée trop précocement ou dans sa juste temporalité. Mais il arrive parfois que les conditions de la contention soient artificiellement induites afin d'accélérer le processus. Et plus le passage à l'acte est prématuré, plus cette incitation active sera requise. Mathieu Le Mentec parle de la nécessité, pour les équipes de psychiatrie, de « façonner la crise », avant de s'employer à produire de la docilité (128). Pour l'auteur, ce travail de façonnage s'apparente à une élaboration théorico-clinique, consistant en la reconnaissance du « cas » critique, et de ses caractéristiques : absence de consentement malgré le besoin de soins, risque, inscription sur un « continuum d'intentionnalité ». Nous pensons que ce même travail de façonnage s'applique, de façon bien plus pratique et active, à certaines contentions dont les conditions de mise en œuvre sont artificiellement précipitées. Ce genre d'opération est parfois à peine perceptible, menée, plus ou moins consciemment, sous l'impulsion d'une initiative individuelle que le groupe est insuffisant à réguler. D'autre fois, c'est le groupe entier qui, mobilisé par un accord tacite et une logique implicite

(qui peut d'ailleurs échapper à ses membres), s'applique à faire monter la tension. Enfin, il nous est arrivé d'être témoin de stratégies plus explicites, visant, comme nous l'avons entendu, à « faire péter le patient ».

Alors que le « trop tard » de la contention est strictement borné, et justement reconnaissable au surcroît de violence qu'il génère (le patient agresse un soignant, se blesse, etc.), personne n'est en mesure d'affirmer avec certitude que des négociations sont ou ont été interrompues trop précocement. Aussi, la violence liée à l'avortement prématuré de la phase de *pré-contention* est insidieuse, indiscernable de celle qui est inhérente à la contention elle-même. Ou du moins, elle est toujours justifiable a posteriori, car jamais entièrement réfutable. Cependant, elle tient moins, d'après nous, aux procédés qui sont mis en œuvre pour précipiter la crise, qu'à cette précipitation même et à ce qui la motive. Même dans les rares situations paradoxales où des efforts sont déployés pour exciter le patient jusqu'au point de rupture, il ne faut voir, d'après nous, qu'un procédé à la mesure des motivations sous-jacentes. Or, à considérer qu'une contention trop précoce est une contention non nécessaire, sinon dans l'absolu – ce qui ne pourrait, de toutes façons, jamais être vérifié –, au moins au moment de sa mise en œuvre, il s'ensuit que cette précipitation est nécessairement mal motivée. Autrement dit, la prise de décision hâtive contreviendrait aux principes éthiques de proportionnalité et de nécessité du geste (mises en balance avec son évidente violence), du fait de contingences dans l'appréciation clinique ou de visées autres que strictement soignantes. À ce point de la démonstration, un réexamen des trois dimensions que nous avons évoquées plus haut apparaît donc nécessaire à comprendre comment la *mise en contention* peut, par erreur de tempo, être entachée de la violence de la disproportion.

### **3.4. Mettre en contention pour prévenir le danger**

#### **3.4.1. Dominer**

Nous pourrions d'abord rapidement faire son sort à la recherche du sentiment de puissance que confère l'acte de priver autrui de sa liberté de mouvement, tant il apparaît évident que la décision de contention devrait en être vierge, précisément parce qu'il est sensé s'agir d'une acte de soin et non simplement de coercition.

Pourtant, une fois encore, le récit de l'Interne V. nous dissuadera d'une ellipse trop hâtive.

*« Il y a une fois un patient qui a été amené par les urgences de Y<sup>5</sup>. C'était un patient qui était agité, qui était complètement délirant, et il nous est arrivé dans le service complètement contentonné. J'étais seul, j'étais de garde, c'est moi qui ai accueilli le patient. Le type était contentonné quatre membres et ventrale sur un brancard. On nous l'a amené comme ça, on nous l'a laissé au milieu du service. J'ai un peu discuté avec le patient. Il était toujours délirant mais il était relativement calme. Dans ma tête, je me suis dit « c'est pas possible qu'on l'ai laissé attaché autant de temps ». Apparemment, d'après le patient et les infirmiers qui l'ont amené, il était resté attaché plus de 24 heures. [...] En même temps, il sortait de la prison X, donc je pense que les soignants là bas ont eu un peu peur. Pour protéger leur propre peur, ils l'ont contentonné 24 heures. C'est vrai que ça fait bizarre de voir un mec complètement attaché comme ça. Je l'ai détaché et, en effet, il était calme. Je me suis dit dans ma tête « 24 heures, c'est un peu trop, c'est un peu traumatisant pour la personne ». Et c'est là que je me suis dit que, quand même, en tant que soignant, on a plus ou moins cette toute puissance. On a l'ascendant sur les patients, et je trouve, des fois, qu'on peut en abuser. »*

La vignette est particulièrement précieuse, parce qu'elle nous place en témoins directs (comme le montrent les deux occurrences de l'expression « dans ma tête ») des doutes éthiques d'un jeune interne dont le regard se laisse impressionner par ce qui ne lui est encore inhabituel. La violence essentielle de la contention, notamment, ne le laisse pas indifférent (« ça fait bizarre de voir un mec complètement attaché comme ça »). Plus encore, c'est l'arbitraire de la situation paradigmatique de l'hospitalisation d'un détenu qui génère chez lui un certain malaise. Au delà des simples considérations pratiques, la décision de levée ou de maintien de la contention sollicite une délibération sur le bienfondé de sa mise en place. Cette dernière vient clairement heurter son intuition éthique, laquelle est probablement fondée sur ses quelques connaissances théoriques, les représentations qu'il a des pratiques de contrainte, en lien étroit avec la représentation qu'il se fait de son futur

---

<sup>5</sup> Par souci de préservation de l'anonymat, les noms des lieux dont il est question sont tenus confidentiels.

métier, et surtout par son souci du vécu du patient. Toutefois, l'identification au personnel de la prison X, ici représentant d'un corps soignant auquel il doit s'intégrer, et duquel il a à apprendre, semble l'inciter à une prudence qui atténue la fermeté de sa condamnation. La conclusion de ses délibérations, imprégnée de la même ambivalence, est particulièrement éclairante. Car l'Interne V. se fait caisse de résonance. Le sentiment de toute puissance, rarement aussi clairement exprimé, l'est au titre de l'ensemble soignant auquel il aspire (et dont il fait déjà partie, c'est tout le paradoxe de la position d'interne). Il l'évoque au nom de ceux qui, dans la situation précise, auraient fait œuvre de cette toute puissance, sans toutefois s'en désolidariser. Comme par procuration, le constat direct et franc qu'il dresse témoigne non seulement de l'existence de ce sentiment de puissance comme part consubstantielle d'un acte de domination (« on a l'ascendant sur les patients »), mais il illustre aussi la façon dont les soignants composent avec ce sentiment. Alors que pour l'équipe de la prison X, il ne semble pas avoir été interrogé, ou du moins pas suffisamment pour adapter les conditions de la contention, l'Interne V. semble l'avoir perçu comme contradictoire avec ses principes soignants. Du malaise éthique résulte non seulement une conscientisation et une assomption du sentiment de toute puissance, mais encore son intégration dans des efforts pour limiter les sur-violences infligées au détenu. Et cette sur-violence d'apparaître, en creux, comme la conséquence d'un tel sentiment lorsqu'il est nié, refoulé, banalisé ou contesté, relégué en somme, dans un impensé.

### 3.4.2. Annuler un risque intolérable

Fort heureusement, le désir de domination n'est, au pire, qu'un motif subreptice et souvent inavoué à déclencher la *mise en contention*. Bien plus fréquente est l'invocation d'un danger soudainement ressenti comme trop pressant pour justifier de ce point de rupture. Nous ne nous essaierons pas à une dissertation complète sur les notions de risque et de dangerosité en psychiatrie, réflexion déjà maintes fois menée, tantôt sous l'angle clinique, notamment dans le cadre des missions expertales de la discipline [voir, par exemple (31,32)], tantôt de manière critique, à charge contre ses pratiques coercitives ou normatives (96,147). Nous ne pourrions toutefois pas nous passer d'un bref éclairage pour comprendre comment « le risque pour soi-même ou autrui » que représente la situation d'agitation, devient

soudainement suffisamment intolérable pour décider d'y mettre un terme par la force. Cet éclairage, nous l'empruntons à Robert Castel (96) :

« La dangerosité est une notion assez mystérieuse, et profondément paradoxale, puisqu'elle implique à la fois l'affirmation de la présence d'une qualité immanente au sujet («il est dangereux»), et une simple probabilité, une donnée aléatoire, puisque la preuve du danger ne sera donnée que dans l'après-coup, si le passage à l'acte a effectivement lieu. À strictement parler, il n'y a jamais que des imputations de dangerosité, c'est-à-dire l'hypothèse d'un rapport, plus ou moins probable, entre tels ou tels symptômes actuels, et tel acte à venir. Même si l'on craint une récurrence, il existe toujours un coefficient d'incertitude entre le diagnostic de dangerosité et la réalité du passage à l'acte. »

À mettre en parallèle le caractère probabiliste de l'imputation de dangerosité et celle de la nécessité de contention, il apparaît plus clairement que l'une est étroitement liée à l'autre. Il apparaît aussi que la contention, qui permet la prévention du passage à l'acte – c'est là toute son essence –, annule par là même toute possibilité de vérification de la réalité du danger. Si l'acte violent est seul susceptible, par examen rétrospectif, d'affirmer cette réalité, alors son évaluation prospective doit composer avec une marge irréductible d'incertitude. Deux conséquences à cela. La première est donnée par Castel lorsqu'il montre comment la notion de risque est progressivement venue se substituer à celle de dangerosité, avec pour conséquence très concrète l'adaptation de stratégies de prévention potentiellement porteuses de violences propres. La seconde tient à un déplacement du centre de gravité de la relation exposée à ce risque : du patient comme instance de véridiction du danger *via* les actes qu'il poserait s'il n'en été pas empêché, aux soignants comme instance évaluative de ce même danger, pour, précisément, décider du juste moment auquel l'en empêcher. Or, il serait déraisonnable d'appréhender ce processus d'évaluation comme entièrement dépendant de propriétés objectives intrinsèquement liées au patient, car ce serait là entériner sans réserve le fantasme de la dangerosité ontologique que Robert Castel pointe. En effet, glisser de l'appréciation du « danger pour soi-même ou autrui » à l'évaluation du « risque pour soi-même ou autrui » implique une exacerbation du caractère relatif de cette évaluation. Le risque se situe

entre celui qui l'incarne et celui qui le juge. Plus précisément, il se situe entre celui qui l'incarne et celui qui se sent capable, ou non, de le supporter. Nous disons bien « se sent » plutôt que « est », car l'appréciation du niveau de risque tolérable relève d'une impression, certes liée à l'estimation d'une probabilité de danger, mais aussi assortie d'une part de vécu émotionnel, et tributaire de l'ensemble des contingences du subjectif. Car, nous l'avons vu, lorsqu'on est soignant, le danger de la situation d'agitation est un aussi danger pour soi. Dès lors, comment imaginer composer avec elle sans un cortège de réactions, somme toute physiologiques, liées à la menace de l'intégrité : peur, agressivité, fuite, défense (11). Comment imaginer que ces réactions n'influencent en rien la décision de rupture des négociations, quand celle-ci suffit à annuler le risque, à neutraliser le danger et à apaiser ces réactions ? Il en va d'un sentiment de sécurité mis à l'épreuve [par opposition à la sûreté dont l'appréciation est de nature plus objective (148)] : plus ce sentiment sera faible, moindre sera le niveau de menace jugé intolérable et plus précoce sera la décision de mise en contention. Or, ce sentiment de sécurité se joue à deux niveaux. À titre individuel, il est éminemment dépendant de l'histoire personnelle et de l'expérience professionnelle de chacun. Il n'est ainsi par rare de constater que les soignants les plus prompts à la contention sont aussi ceux qui ont été victimes d'agression par le passé. Il dépend également, bien évidemment, de la formation aux situations d'agitation que les soignants ont, ou, le plus souvent, n'ont pas reçue. Au niveau groupal, il est largement tributaire des conditions institutionnelles. C'est par exemple dans ce cadre que s'inscrit la lecture genrée du député Robiliard lorsqu'il propose la féminisation de la profession d'infirmier comme facteur explicatif de la multiplication des contentions (125). Dans le même registre, les effectifs, les conditions techniques, la qualité de l'encadrement (149) et de cohésion des équipes ont également toute leur importance.

### **3.4.3. Garantir la sécurité**

En 2008, Nicolas Sarkozy, alors Président de la République, donnait un discours au sein de l'hôpital psychiatrique d'Antony, après qu'un jeune homme fut tué par un malade schizophrène en fugue. Au delà d'une simple annonce de mesures, ce discours a marqué un véritable point de rupture dans la conception

moderne de la dangerosité en lien avec la maladie mentale. L'extrait suivant en illustre la tonalité (8) :

« Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte. Et vous savez fort bien que des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent devenir soudainement dangereux. Il faut plus de sécurité et de protection dans les hôpitaux psychiatriques. Cette protection, nous la devons d'abord à vous, les personnels. Car vous êtes en première ligne. Vous êtes, comme les familles, les plus exposés aux situations de crise. La société doit d'abord vous protéger et vous permettre de vous recentrer sur le cœur de votre mission, le soin. »

Il faut prêter une attention particulière à la façon dont le Président pondère le paradoxe que décrit Castel. En effet, après avoir évoqué « l'éventuel passage à l'acte », c'est à dire le caractère probabiliste de la notion de dangerosité, il le fonde entièrement dans la figure du malade, qui, condamné à toujours représenter un risque même lorsqu'il est apaisé, se la voit soudainement attribuer en guise de seconde nature. Par un processus d'« ontologisation », Nicolas Sarkozy assigne le danger au malade mental. Ce faisant il le sépare d'un gouffre de ceux qui, supposément, serait dépourvus de cette nature dangereuse. Par là même, il abîme le principe d'altérité aux racines du soin et de l'intégration sociale. Surtout, il donne le ton d'une conception résolument sécuritaire de la mission des soignants. Protégés par la société, ceux-ci se doivent, en retour, de la protéger des fous-dangereux, et ce, jusque dans les « situations de crise ». L'agitation constitue l'une de ces situations.

### **3.5. La part subjective du danger**

Sous l'angle sécuritaire, la *mise en contention* trouve une justification systématique qui sape l'interrogation éthique. Il existerait une ligne de force entre ceux qui *sont* dangereux et ceux qui *doivent* prévenir le danger. Quelque soit son degré de nécessité, la contention sera légitimée d'être rangée à l'aune de cette mission. Et, même, pourquoi y aurait-il à penser cette nécessité, puisque le malade,

s'il n'est pas dangereux là, maintenant, pourrait l'être d'un instant à l'autre ? Comme le souligne Castel, c'est sur cette aporie de la dangerosité prise comme essence que repose le « paroxysme de prudence qu'est l'interventionnisme » (96) : « Dans le doute, mieux vaut agir puisque si erreur il y a à intervenir sans raison, on ne le saura sans doute jamais («il aurait toujours pu faire des bêtises»), tandis que si l'on s'abstient et que le passage à l'acte se produit, la faute est manifeste et le psychiatre en est responsable ». Dans le cas de la contention, agir revient à sangler, et le doute correspond à l'interrogation sur la nécessité à sangler. La prudence du sécuritaire invite à prévenir, protéger et prévoir (128), au risque d'infliger au patient le surcroît de violence d'un acte non justifié.

Mais qu'en serait-il si nous appréhendions l'état d'agitation, non en termes de sécurité absolument menacée par un malade absolument dangereux, mais plutôt en assumant la dimension pleinement subjective et relative du sentiment de sécurité ? Sans aucun doute, le malaise vivant qui apparaîtrait désamorcerait toute gestion stéréotypée ou strictement protocolaire, et par là, l'écueil de la prévention jusqu'à l'absurde. C'est qu'une telle plongée dans l'intime imposerait à l'examen les impressions, sentiments et vécus auxquels les soignants ne manquent pas d'être aux prises lorsqu'ils ont à faire face au patient agité. Curieusement, alors qu'elles seraient, hors cadre hospitalier, légitimement attendues en situation de danger, ces émotions (au premier rang desquels la peur), ainsi que les réactions qu'elles génèrent (fuite, défense, sidération, attaque), sont souvent marquées du sceau de l'illégitimité en psychiatrie. Dans bien des équipes, en faire état vaudrait tacitement aveu de faiblesse ou de sensiblerie. Elles ne sont donc qu'exceptionnellement ouvertement discutées. Pourtant, des élèves en soins infirmiers nous ont plusieurs fois confié, au gré de conversations informelles menées en l'absence de leur tuteur, la peur qu'elles avaient pu éprouver lorsque un patient s'était montré agressif au point qu'on avait dû l'attacher. À bien y réfléchir, il serait étonnant qu'il en soit autrement. Par ce vécu, les étudiants, a fortiori les plus jeunes, ne font que prendre acte de la violence essentielle de l'état d'agitation. Cette violence, ils la vivent d'autant plus intensément que leur inexpérience leur fait apparaître l'issue et les risques de la contention comme particulièrement incertains. En outre, contrairement à l'équipe des professionnels, le soulagement de l'état de tension dans lequel les plonge la *pré-contention* est tributaire d'une décision dont ils sont dépossédés. En

prise directe avec une situation nouvelle d'exposition de leur vulnérabilité aux risques particuliers du soin par la contrainte, ils sont, une fois de plus, la plaque sensible sur laquelle vient s'imprimer la violence de ce même soin. Mais il ne faudrait pas croire que les étudiants sont marginaux dans leur vécu. Lorsqu'ils sont mis en confiance, les professionnels, y compris les plus aguerris (surtout ceux qui sont préalablement sensibilisés à la problématique), dépassent les simples considérations techniques pour faire état des sentiments de désespoir, de crainte, de frustration ou de colère lors en situation de contention.

Bien entendu, porter une attention particulière à ces émotions ne signifie pas se laisser gouverner par elles au moment de la contention. Bien au contraire. Assumer leur ressenti est d'après nous une étape préliminaire indispensable à les réfléchir et les travailler pour comprendre dans quelle mesure elles participent à déterminer notre degré d'anxiété face au risque (32), et donc notre niveau de tolérance face à lui. Elles sollicitent la réflexion éthique là où l'opérationnalisation du tout sécuritaire l'assèche. Elles fonctionnent comme une alerte, un rappel à la conscience. Une alerte pour que la violence essentielle de l'état d'agitation ne se fasse pas oublier. Ni celle de la contention en elle-même. Une alerte, surtout, pour ne pas négliger que cette violence essentielle touche avant tout le patient. L'assomption de sa propre subjectivité est une condition *sine-qua-non* à ce que celle de l'Autre qu'on attache fasse valoir la sienne. Par un phénomène de mise en résonance, elle oblige à lui être attentif. Elle attise le souci que l'on a pour lui. En somme, assumer que le geste de la contention ne nous laisse pas indifférent, c'est consacrer la fonction soignante en opposant à l'impératif écrasant de la prévention du danger, celui, tout aussi valable, de la préservation de la dignité du patient. Le conflit éthique qui s'ensuit, pour complexe et parfois inconfortable qu'il soit, pousse à s'efforcer de minimiser la charge violente aux deux pôles de la contention. Le travail sur son propre sentiment de sécurité et sur celui de l'équipe à laquelle on appartient, à partir d'une assomption des points de fragilité individuels et collectifs, prévient de rendre le patient tributaire de mouvements qui ne lui appartiennent pas et qui, sinon, auraient agi de façon larvée. La perspective sécuritaire altère les concepts de sécurité et de responsabilité en les rangeant à un rang d'absolu normé voire de concept entièrement moral. Elle les dénature parce qu'elle les désincarne. Elle ne vise pas plus qu'à circonscrire l'imprévisible, si ce n'est l'éradiquer tout à fait, au risque de

vitrier les contingences humaines. La violence qui en résulte apparaît plus nettement lorsqu'on considère, avec Castel, que le rapport des soignant à la dangerosité est avant tout un rapport à l'imprévisible (96). Si la sécurité est instituée comme justification première et systématique par delà les considérations relationnelles et contextuelles, elle incite, par des procédures stéréotypées, à éradiquer tout à fait cette marge d'imprévisibilité (135). Pourtant, c'est dans cette même marge, qui est aussi la marge entre la personne malade et la fonction de patient dangereux qu'on s'efforce de lui assigner, que se reconnaissent une liberté et une dignité proprement humaines. Exit, dès lors, les considérations pour la violence essentielles de la contention. Elle ne peut être entendue, faute d'égards pour la subjectivité touchée qui seule pourrait en témoigner. Dans le même temps, et comme une conséquence toute logique, exit la vigilance à limiter les surcroûts de violence indus. Car cette vigilance ne pourrait opérer sans compter la reconnaissance du statut de personne, d'*alter-ego*, au patient que l'on attache, ni sans le risque irréductible lié à cette reconnaissance.

## 4. Dociliser

### 4.1. Prévoir le danger avant même qu'il n'écloie

Dans le même mouvement qui nous a fait glisser de la prévention du danger à la gestion risque, puis de la gestion du risque à la régularisation de l'imprévisible, nous nous sommes progressivement éloignés de la violence chaude de la situation d'agitation, pour constater que la contention pouvait s'inscrire dans un processus plus insidieux et diffus de contrôle des individus, qui n'est, au final, que le prolongement *ad absurdum* de ce qui précède. Car si la prudence paroxystique commande effectivement à l'interventionnisme, alors la contention peut, à la limite, s'affranchir de tout danger effectif pour être mise en œuvre. Au nom d'une primauté donnée au principe de précaution, il y aurait à prévenir le danger avant même qu'il ne survienne, ou même qu'il ne menace. Le sens commun considérerait comme disproportionnée toute contention appliquée avec cette intention stricte. Mais comment lire autrement le récit que l'Interne V. fait au sujet du détenu hospitalisé ?

D'autant que son expérience est loin d'être exceptionnelle. Dans son rapport de 2013, le CGLPL constate ainsi :

«[...]que la pratique était très répandue, de placer les patients détenus en chambre d'isolement parfois aussi sous contention, non pour cette phase d'observation clinique dont l'intérêt peut se comprendre, mais par mesure de « précaution », durant toute la durée du séjour. »

Constat qu'il est intéressant de mettre en relief avec une autre observation :

« Les contrôleurs ont pu observer que les personnes détenues, toutes admises en ASPDRE [Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État], quel que soit leur état clinique, sont souvent mal acceptées en milieu hospitalier, où elles suscitent de la crainte : appréhension d'une dangerosité particulière, peur d'une évasion. »

Au fond, par ces mesures de « précaution » excessives, que s'agit-il de prévenir ? Puisque le danger n'est pas encore là, sinon que dans l'essence présumée d'un patient-détenu, il ne s'agit pas tant de limiter un quelconque risque pour l'intégrité physique, que d'éviter l'éclosion de comportements déviants auxquels celui qui est alors plus détenu que patient est estimé particulièrement enclin. Car avant que le danger ne se fasse réelle menace violente, il prend d'abord la forme graduelle et progressive des états d'agitation que nous avons longuement décrite. Sangler préventivement un détenu ou tout autre patient réputé dangereux (l'un et l'autre n'étant alors considérés qu'en termes de probabilité de troubles qu'ils pourraient causer), c'est avant tout s'épargner et épargner au service le désordre lié à ses potentiels comportements hors-normes, ainsi que la mise en tension que ceux-ci pourraient générer. Il s'agit de le neutraliser pour éradiquer tous risques, fussent-ils incertains, de perturbation du bon déroulement du soin. En un mot, la contention systématique des détenus, à l'extrémité du continuum de la précaution sécuritaire, révèle une fonction officieuse mais active de la contention : le maintien de l'ordre dans la microsociété de l'hôpital.

Il faudrait se garder d'oublier que les patients hospitalisés en psychiatrie sont soumis à un double niveau de contrôle social. D'une part, quelque soit le rationnel médical qu'on y appose, leur présence à l'hôpital peut déjà être lue comme l'application d'une force visant à redresser l'écart à la norme sociale que constitue leur folie. Or, les travaux sur l'institution totale d'Erving Goffman (113) ou sur les institutions disciplinaires de Michel Foucault (44) ont largement mis en lumière les dispositifs déployés au sein des établissements psychiatriques pour maintenir un second ordre social autonome. Il est vrai que ces théories ont été élaborées à une ère encore largement asilaire, et que, depuis cette ère, le modèle du soin du fou a été largement transformé sous l'influence des antipsychiatries (3), puis de la normalisation biomédicale couplée aux politiques de gestion médico-économiques (93). Une fois posée cette nuance, il reste néanmoins éclairant de convoquer Goffman et Foucault lorsqu'il s'agit de traiter des pratiques de contrainte toujours en vigueur dans nos hôpitaux modernes. Pour comprendre le recours à la contrainte physique à fins de « docilisation », Mathieu Le Mentec (128) emprunte notamment au premier une classification des modalités de contrôle social normatif développée dans un appendice de *La mise en scène de la vie quotidienne* (150). Le premier niveau est personnel ou interne. Par essence, celui qui perd sa capacité de jugement du fait d'un trouble mental y contrevient, ou plutôt y échappe. Les normes sociales intériorisées ne sont plus suffisamment agissantes : il perd la capacité d'autorégulation qui lui permettait de rester conforme à ce que la société attendait de lui. C'est là toute la justification à son hospitalisation, et en particulier à son hospitalisation sous contrainte. Mais une fois à l'intérieur de l'hôpital, c'est à un nouvel ordre qu'il doit se soumettre. Un ordre qui règle les comportements et interactions au sein du microcosme que constitue l'unité psychiatrique. Un ordre dont le corps soignant est le garant. Un ordre fondé sur une norme nouvelle, déplacée de sorte que la majorité de ceux qui étaient considérés comme déviants à l'extérieur ne le soit plus, mais qui, à son tour, trouve à sa marge, des déviations nouvelles (70). Et ce sont ces nouveaux comportements déviants qu'il s'agit, selon le vocabulaire de Le Mentec, de « dociliser » via les deux niveaux supplémentaires de contrôle social.

## 4.2. Contrôle social informel

### 4.2.1. Affaiblir le consentement

L'abord du contrôle informel nous permettra de prendre un chemin de traverse qui nous éloignera un temps de la contention, mais nous en rapprochera d'autant lorsque nous y reviendrons. Il s'agit en effet de mettre en perspective sa dimension disciplinaire en la resituant à l'extrémité d'un continuum de dispositifs de maintien de l'ordre souvent inapparent mais encore très agissant à l'hôpital. Sur ce chemin de traverse, nous ne pourrions faire autrement que d'évoquer la compétence exceptionnelle laissée au psychiatre (sous contrôle judiciaire et administratif) de contraindre le patient à se soigner en vertu de la loi du 27 Septembre 2013 (151). Toutefois, cette forme de pouvoir ne nous intéressera pas en elle-même. En effet, la mesure, largement discutée par ailleurs [voir, par exemple, l'excellent numéro 53 de la revue *Rhizome* (152)] est, somme toute, tout ce qu'il y a de plus formel. Pour reprendre l'expression de Delphine Moreau (135), c'est davantage l'ombre qu'elle jette sur l'autonomie et le consentement du patient qui nous préoccupe. Car les soins psychiatriques sous contrainte relèvent, de l'affirmation même de la HAS, d'une mesure strictement dérogatoire, constituant l'exception au principe général du droit du patient à ne pas consentir aux soins (153). Mais cette exception procède de la conception que la psychiatrie se fait de la notion de consentement, y compris lorsqu'il est inaltéré, et la façon en retour. C'est d'ailleurs d'autant plus vrai que les conditions requises par la loi pour mettre en place des Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) ne trouvent aucun critère fixe ou objectif sur lesquels s'appuyer. Il relèverait donc du strict jugement clinique du psychiatre d'apprécier qu'un trouble mental rend « impossible le consentement » et nécessaires des « soins immédiats ». Si bien que, dans le creuset de la psychiatrie, les notions de liberté, d'autonomie et de consentement se travaillent et s'élaborent indistinctement de l'évaluation clinique et pathologique. Claude Barthelemy démontre ainsi de façon convaincante comment la psychiatrie, depuis Pinel et son *Traité Médico-philosophique*, puis sous l'influence de grands noms comme celui d'Henri Ey, s'est appuyée sur ses deux jambes médicale et juridico-philosophique pour élaborer, derrière le consentement libre et éclairé, une « psychologie et psychopathologie du consentement ». Toutefois, Barthelemy soutient également que la psychiatrie

moderne, sous l'influence de ses progrès scientifiques et des nouvelles conceptions qu'elle se fait de la conscience, a vu la liberté de l'homme « normal » se réduire « à une portion de plus en plus congrue ». Nous avons par ailleurs pu constater (et même expérimenter) que, bien souvent, l'approche médicale prend tout naturellement le pas sur des considérations davantage juridiques, philosophiques, ou éthiques, qui pourtant pourraient se prévaloir d'un droit de regard tout aussi naturel. Dit plus simplement, dans la routine de la pratique, l'identification de situations pathologiques stéréotypées (crise suicidaire, manie, psychose décompensée, etc.) permettent au psychiatre de requérir des soins sans consentement, qui, pour justifiés qu'ils soient, ne sollicitent chez lui aucune délibération éthique ou philosophique à propos des fondement de cette justification. Si l'on y ajoute que « la société tend à démedicaliser ce qu'elle accepte et à medicaliser ce qu'elle rejette » (154), et que l'appréciation médicale de la nécessité de soins sous contrainte n'est évidemment pas indépendante du contexte social dans lequel elle est prononcée [comment expliquer, sinon, l'augmentation significative du nombre d'hospitalisations sans consentement que l'on observe depuis 1992, ainsi que leurs disparités départementales ? (153,155)], il en résulte que l'obligation faite au psychiatre de se prononcer, fût-ce exceptionnellement, sur la privation de liberté de quelques patients biaise singulièrement la conception que se fait la psychiatrie du consentement de ceux dont elle a à s'occuper. Par ce biais, le psychiatre n'est amené à apprécier le consentement qu'à travers le prisme de la pathologie (dans une conception à la fois résolument biomédicale et socialement déterminée), et donc à ne le considérer qu'en termes d'affaiblissement. Or, nous soutenons que dans le rapport de force qui s'installe pour maintenir l'ordre au sein de l'institution, cet affaiblissement du consentement dérivé du pouvoir du psychiatre à juger de l'abolition des capacités à décider pour soi, constitue un levier informel puissant. Dès lors, il nous devient possible de mettre notre approche de la contention en relief avec celle des soins sans consentement. Car, dans un cas comme dans l'autre, la virtualité de l'exception pèse sur le soin « de droit commun ». Dans un cas comme dans l'autre, la possibilité de recourir à une mesure radicale est un surplus d'influence accordée au psychiatre pour mener les négociations, autant qu'un surplus de force aux actes et décisions qu'il pose. Que les soignants en aient conscience ou non, l'hospitalisation sous contrainte, et, au delà, la contention, déteignent sur le soin courant et participent au maintien informel de l'ordre, toujours au bénéfice de l'institution. Dans les rapports de

force silencieux ou explicites, ce qui est ajouté de potentiel aux soignants est retranché d'autant aux patients. En cela, le rayonnement de la contrainte ultime fait violence. Selon Delphine Moreau (135), « c'est la capacité même à consentir qui est en cause ». Dans ce régime intrinsèquement asymétrique, il s'agit de « faire accepter la décision pour éviter le rapport de force ». Les personnes sur qui porte l'ombre des soins sous contrainte ou de la contention sont alors privées d'une fraction de leur potentiel de sujet. Leur autonomie est entamée, grignotée par le supplément de pouvoir dont disposent les membres du corps soignants pour les mettre au pas de l'institution. Selon Galtung (156), que reprend Yves Michaud (11), de cette « différence entre les possibilités d'accomplissement des individus et leurs réalisations effectives » nait une violence relative à une forme de domination.

#### 4.2.2. Maintenir la discipline

En outre, la possibilité de recours aux mesures « hors norme » n'est pas le seul biais par lequel l'institution psychiatrique assoit son autorité pour maintenir l'ordre en son sein. Selon Foucault, dont les théories s'imposent tout naturellement à ce stade de la réflexion, la psychiatrie est tout entière tournée vers le maintien de la discipline. Pour ce faire, elle s'appuie justement sur la consécration d'une dissymétrie dans la distribution des pouvoirs, dissymétrie qu'organise la médecine (44) :

« Mais cet espèce d'ordre [disciplinaire] immanent, qui pèse indifféremment sur tout l'espace de l'asile, est en réalité traversé, entièrement animé de bout en bout par une dissymétrie qui fait qu'il est rattaché et rattaché impérieusement à une instance unique qui est à la fois intérieure à l'asile et est le point à partir duquel se font la répartition et la dispersion disciplinaire des temps, des corps, des gestes, des comportements, etc. Cette instance intérieure à l'asile, elle est en même temps elle-même dotée d'un pouvoir illimité auquel rien ne doit résister. Cette instance, inaccessible, sans symétrie, sans réciprocité, qui fonctionne ainsi comme source de pouvoir, élément de la dissymétrie essentielle de l'ordre, qui fait que cet ordre est un ordre toujours dérivant d'un rapport non réciproque de pouvoir, eh bien, c'est évidemment l'instance médicale [...] »

Quarante ans après ses leçons au Collège de France, et malgré une profonde mutation de l'institution psychiatrie qui s'est progressivement éloignée du modèle asilaire, la pensée de Foucault reste d'une actualité lumineuse pour comprendre les fonctions disciplinaires des organisations soignantes contemporaines. Plusieurs idées fortes nous paraissent pertinentes à convoquer à cette fin. En tout premier lieu, celle selon laquelle le pouvoir psychiatrique s'applique toujours en dernière instance sur le corps semble directement liée à notre propos. Bien entendu, l'écho est immédiat avec ce que nous avons décrit jusqu'alors de la contention. Mais cette « micro-physique du pouvoir » consiste moins en l'emploi de la force, qu'en un travail des corps qui s'opère bien avant elle, à travers un « contact synaptique corps-pouvoir ». Ce travail, Goffman le décrivait également en termes de réglage précis des rythmes de vie des pensionnaires des asiles (sommeil, alimentation, distraction), lesquels s'en voient dépossédés pour satisfaire aux contraintes institutionnelles (113). Il est difficile de mettre en évidence une telle organisation, tant elle se fond dans la structure même du dispositif de soin. Nous avons pourtant cru pouvoir la distinguer dans plusieurs fragments de vie quotidienne des services de psychiatrie que nous avons côtoyés. Celui que nous avons choisi de relater la met en évidence par exagération.

Dans cette unité fermée de psychiatrie, à laquelle j'étais affecté comme jeune interne, la cigarette, c'était l'arlésienne. Comme souvent, les patients, souvent grands consommateurs de tabac, étaient autorisés à fumer sous réserve médicale. Or, même lorsque le médecin n'avait objecté aucune opposition, les patients, limités en nombre maximum de cigarettes par jour, dépendaient principalement de la disponibilité des soignants pour aller fumer. En effet, pour des raisons de surveillance, les jardins n'étaient librement accessibles qu'à quelques moments aménagés et plus ou moins fixes de la journée. La « pause clope » devenait alors un rituel auquel, sauf exception, tous les fumeurs du service se soumettaient en même temps. Avant l'accès au jardin, le rituel commençait notamment par la distribution des cigarettes, que les soignants gardaient sous clés dans des casiers individuels. Chaque patient était convoqué à voix haute par son nom au poste de soin où lui étaient remises une, deux ou trois de ses propres cigarettes, le nombre faisant régulièrement l'objet de négociations. L'une de ces négociations m'avait particulièrement marqué. Elle concernait une patiente « chronique » hospitalisée

depuis plusieurs années pour une déficience intellectuelle et des troubles du comportement, et un infirmier expérimenté du service. En substance, l'échange prit cette tournure (les prénoms ont bien sûr été modifiés) :

*La patiente* : « Deux cigarettes. »

*L'infirmier* : « Pardon ? Je ne comprends pas. »

*La patiente* : « Je voudrais deux cigarettes. »

*L'infirmier* : « Myriam, je ne comprends pas ce que tu veux. »

*La patiente, s'agaçant, visiblement incapable de comprendre le sous-entendu* :  
« Je veux deux cigarettes ! »

*L'infirmier* : « Deux cigarettes qui ? »

*La patiente* : « Deux cigarettes, Bertrand. »

*L'infirmier* : « Et qu'est-ce qu'on dit Myriam ? »

*La patiente* : « S'il te plaît Bertrand. »

*L'infirmier, lui donnant ses deux cigarettes* : « Tu vois, c'est pas bien compliqué. »

Il apparaît tout à fait évident que le comportement infantilisant de l'infirmier est chargé de mépris et de condescendance. Toutefois, nous aurions tout intérêt à aller par delà la seule condamnation de cette attitude maltraitante. Car si une telle attitude est possible, ce n'est que nourrie d'un pouvoir dont l'infirmier se fait ici l'incarnation, mais qui existait préalablement de façon diffuse. Par la mise au tempo d'un besoin souvent devenu presque aussi impérieux que celui de manger ou de dormir, l'institution contraint chaque corps dans son individualité. Les logiques organisationnelles subordonnent ces corps dans une optique de fluidité de gestion. Les patients, privés de la liberté de disposer de leur propre bien, se trouvent mise en demeure de discipliner leur dépendance (par nature, indisciplinable). Dans le cas particulier que nous avons décrit, un premier niveau de violence préexistait donc à celle de l'humiliation : la violence de l'application méticuleuse du pouvoir sur les corps. Citons à nouveau Foucault :

« Quand on parle, en effet, de violence, et c'est là où cette notion me gêne, on a toujours à l'esprit une espèce de connotation qui se rapporte à un pouvoir physique, à un pouvoir irrégulier, passionnel, à un pouvoir déchaîné, si j'ose dire. [...] Le pouvoir tel qu'il s'exerce dans l'asile est un pouvoir

méticuleux, calculé, dont les tactiques et stratégies sont parfaitement définies [...]. Pris dans ses ramifications dernières, à son niveau capillaire, là où il touche l'individu lui-même, le pouvoir est physique, et, par là même, il est violent, au sens où il est parfaitement irrégulier, non pas au sens où il est déchaîné, mais au sens, au contraire, où il obéit à toutes les dispositions d'une espèce de microphysique des corps. »

Nous retrouvons dans cette citation la deuxième idée remarquable et remarquablement utile de l'approche foucauldienne pour appréhender la question de la discipline en psychiatrie : le caractère diffus de la dissymétrie des pouvoirs et de leur application. Pour être plus précis, Foucault parle de « l'isotopie » du pouvoir disciplinaire. Seule compte la hiérarchie implicite où chacun occupe sa place désignée, tantôt sub-ordonnée, tantôt sur-ordonnée. Parce qu'il est diffus, l'application du pouvoir se fait sans heurt, et reste donc invisible. Dans la même ligne, mais de façon bien plus récente, Claire Compagnon explique qu'au sein des institutions soignantes dont elle dit qu'elles « agressent », le malade doit rentrer dans un rôle qui lui est préalablement assigné, lequel l'enjoint à une forme d'autocensure (31). Par là, il participe incidemment au principal objectif du personnel : l'auto-facilitation. Selon la sociologue, l'organisation dysfonctionnelle (nous comprenons violente), empêche toute plainte en l'anticipant et l'absorbant dans son fonctionnement. Une première conséquence à l'isotopie consiste donc en ce que la violence qui résulte de l'application du pouvoir assujettissant devienne inapparent. Sans le comportement visiblement déviant de l'infirmier, il est probable que nous n'ayons pas perçu à quel point la gestion de la consommation de tabac procédait d'une logique de maintien de l'ordre. Par un surprenant paradoxe, la violence disciplinaire se reconnaît à son caractère invisible. Elle se pare des racines hébraïques que Henri Cohen-Solal relève (157), celles qui renvoient au silence et à la disparition. Un pouvoir disciplinaire opérant est une force violente qui ne fait pas de vague. Sauf, et c'est là la deuxième conséquence de l'isotopie, par les résidus qu'elle génère. Car, toujours selon Foucault, certains individus échappent nécessairement à la distribution homogène de la dissymétrie du pouvoir : « l'irréductible, l'inclassable, l'inassimilable ». Nous pourrions également dire l'indomptable ou l'« indocilisable ». En psychiatrie, il est souvent dit de celui-là qu'il n'est pas adapté, pas compliant. D'autres fois, il prend des noms mâtinés de

consonances médicales, ou se voit attribuer une catégorie nosographique qui le rend, de fait, peu recommandable au système de soin (citons par exemple les diagnostics de pervers narcissique ou de psychopathe). Et si l'on devait parler de gestes plutôt que d'individus, l'agitation ou les comportements « hors-norme » pourraient être lus comme autant de comportements « résiduels », échappant à l'ordre disciplinaire qui se devait de les faire taire. C'est d'ailleurs probablement pour faire rentrer dans le rang ces mêmes résidus comportementaux que l'institution a recours à la contrainte formelle, et en particulier, la contention.

#### 4.2.3. Réguler le marché symbolique

Serait-ce à dire que l'asymétrie des pouvoirs dont dépend le maintien de l'ordre informel au sein des hôpitaux psychiatriques repose toute entière sur la possibilité laissée aux soignants de recourir, en dernière instance, à la contrainte formelle pour dociliser les patients ? En réalité, un autre système est tout aussi opérant – si ce n'est plus – pour assigner et maintenir chacun des individus de l'institution à sa place dans une hiérarchie de fait instituée : celui des charges symboliques dont ces individus bénéficient, ou au contraire, son dépourvus. Or, au sein de l'hôpital, et de façon générale, dans les conceptions modernes de la médecine, le pouvoir symbolique se monnaie en termes de savoir. Celui qui sait a l'ascendant sur celui qui ne sait pas. Ou plus précisément, celui qui détient, ou est sensé détenir davantage de ce savoir considéré comme légitime et dominant, de ce savoir qui fait autorité, a l'ascendant sur celui qui en détient moins. Au point que tout autre critères habituellement opérant pour situer l'individu dans la société civile – âge, profession, argent, autres formes de savoir – se trouvent neutralisés. Or, à l'hôpital, il est en permanence fait référence à ce pouvoir que confère la détention d'un savoir normé. Par les insignes : titres (littéralement, le docteur est celui qui sait, le professeur, celui qui sait tant qu'il peu professer), vêtements (les blouses des uns, les pyjamas des autres), ordonnances [dont Claire Compagnon nous rappelle que le terme se rapportait initialement au strict suivi d'une règle religieuse, juridique ou militaire (31)]. Mais aussi par les organisations ritualisées de la dispensation des soins : entretiens dont la tenue est étroitement codifiée (durée globalement délimitée, pièce consacrée, ligne de démarcation du bureau, attributions des types de fauteuils, etc.) ou distribution des traitements médicamenteux (appel ordonné des patients, questions

systematiques, protocoles de surveillance). Par contraste, ceux que ces symboles sont sensés impressionner sont, par leur qualité même de patients en psychiatrie, grevés d'une déperdition de sens qui les soumettent d'autant au régime de savoirs supposés les en recharger. Il est probable qu'une part de cette hiérarchisation fondée sur la distribution asymétrique des pouvoirs symboliques soit inéluctable, dictée par la structure même de la relation de soin, contenue dans la requête d'un malade fragilisé à un soignant à qui il « se remet ». Il est également possible que cette même hiérarchisation participe, selon le modèle paternaliste classique du « colloque singulier médecin-malade », de l'efficacité de la prise en charge. Il est surtout indéniable, à ce stade de la démonstration, qu'il s'agit là d'un dispositif puissant pour maintenir l'ordre (au sens de la discipline, autant qu'au sens de l'ordonnancement) au sein de l'institution de soin. Et puisque l'ordre peut aussi se prolonger en systèmes de domination, nous retrouvons là la charge violente que Foucault décrivait aux institutions disciplinaires, charge qu'il est maintenant possible de lire en termes de violence symbolique. Gilles Vidal parle alors d'« exercice pervers du pouvoir » (76) :

« Il [le patient] n'a de place que celle que l'agent du pouvoir lui assigne. Cet agent est maître du rituel, des postures, mais aussi du sens. Du sens, l'autre en est dépossédé, on ne lui demande pas son avis. Dans la relation perverse, on parle *pour* l'autre, on désire *pour* et non *avec*. »

Ce qui est directement violent pour celui sur qui exerce le pouvoir symbolique procède alors d'une forme de décapacitation, d'une perte de prise sur son propre devenir, d'une dépossession de soi au bénéfice de l'institution. Gilles Vidal le dit ainsi :

« La parole est désamorcée, inhibée, elle perd complètement son pouvoir de trancher dans la réalité et de modifier la structure sociale. Ce n'est plus une parole pratique, mais une parole inerte, sans danger, sans effet. Car, dans de telles structures, la maîtrise du discours est captée par ceux qui statutairement et imaginativement détiennent le pouvoir. »

Ce à quoi le psychologue nous renvoie, c'est au rôle du langage dans l'ordonnement des pouvoirs et dans l'exercice des violences qui en découlent. D'abord par ce qu'il évoque de déplétion de charge pragmatique de la parole du patient, à laquelle répond, au contraire, la surcharge pragmatique de celle des médecins, lorsque d'un mot (souvent avant même que la prescription ne soit actée sur le papier) ils commandent un soin, une surveillance, une contrainte, ou encore, lorsque, psychothérapeutes, ce qu'ils disent vaut acte thérapeutique. Mais le langage échelonne aussi par le registre sémantique en vigueur dans le système de soin, que ne manque pas de souligner Claire Compagnon. Les expressions « observance thérapeutique », « ordonnance » ou « prescription » qu'elle relève et auxquelles nous ajouterions celles de « cadre thérapeutique », d'« adaptation » ou de « compliance » dénotent une conception astreignante, mais aussi normée du soin. Surtout, bien loin d'être anecdotiques, ces signifiants agissent comme des leviers pour rabattre vers la norme (ou pour l'exclure tout à fait) ce qui s'en écarterait. C'est d'abord par l'identification de celui qui n'est « pas adapté », qui « ne respecte pas le cadre » ou qui n'est pas « compliant », qu'il est ensuite possible de prendre les mesures très concrètes visant à neutraliser ces « résidus » que nous avons évoqués plus haut. Enfin, il serait fautif de ne pas convoquer Bourdieu pour comprendre comment la langue officielle qui a cours au sein des services hospitaliers, c'est à dire la langue biomédicale par lesquels les soignants se comprennent, la seule langue légitime pour tenir un discours sur la maladie, cette langue communément acquise au cours des études et travaillées par l'expérience professionnelle, agit comme un surcroît décisif de pouvoir symbolique pour ceux qui la partagent, et qui est retiré d'autant à ceux qui l'ignorent. Le sociologue le dit en ces termes :

« Il reste qu'elle [la dépossession des classes dominées] n'est pas sans rapport avec l'existence d'un corps de professionnels objectivement investis du monopole de l'usage légitime de la langue légitime qui produisent pour leur propre usage une langue spéciale, prédisposée à remplir par *surcroît* une fonction sociale de distinction dans les rapports entre les classes et dans les luttes qui les opposent sur le terrain de la langue »

Si l'on considère que le langage biomédical constitue à proprement parler un néo-langage, composé de termes scientifiques savants et d'acronymes complexes,

structuré par la logique positiviste qui la sous-tend et entièrement façonné afin d'optimiser son opérationnalité diagnostique et thérapeutique, alors on comprend, à la lumière des considérations bourdieusiennes, qu'il s'agit là d'une véritable instrument de domination. Aussi, par la charge pragmatique, sémantique et formelle du langage qu'elle emploie, l'institution soignante dispose d'un outil symbolique puissant pour tenir en respect les profanes à ce même langage, outil d'autant plus puissant qu'il agit souvent incidemment, en deçà de la conscience, et échappe donc à la remise en question. Et Bourdieu de le justifier ainsi (17) :

« Toute domination symbolique suppose de la part de ceux qui la subissent une forme de complicité qui n'est ni soumission passive à une contrainte extérieure, ni adhésion libre à des valeurs. La reconnaissance de la légitimité de la langue officielle [...] est inscrite à l'état pratique dans les dispositions qui sont insensiblement inculquées, au travers d'un long et lent processus d'acquisition, par les sanctions du marché linguistique et qui se trouvent donc ajustées, en dehors de tout calcul cynique et de toute contrainte consciemment ressentie, aux chances de profit matériel et symbolique [...]. »

Or, qui dit pouvoir, déjà porteur en lui-même d'un certain degré de violence, dit également possible abus de pouvoir, autrement plus violent. C'est d'autant plus vrai lorsque celui qui domine n'en a pas conscience, et peut donc prolonger ce pouvoir, sans même s'en rendre compte sinon que par le sentiment de puissance que cela lui procure, par toutes sortes d'avatars sur-violents de la domination symbolique : intimidation, humiliation, mépris,...

#### **4.2.4. Apprendre à investir un pouvoir symbolique**

S'il fallait citer une exception au caractère insidieux de l'action du pouvoir symbolique et des violences qui en découlent, nous parlerions de l'apprenant qui, par la mise en tension de sa position, est le plus susceptible de prendre conscience, ou au moins d'éprouver les forces qui agissent sur lui. En effet, autant que n'importe quel membre de l'institution, l'étudiant en soins est enserré par la hiérarchie des pouvoirs. Sa position y est toutefois intermédiaire : entièrement subordonné à ses

maîtres et à leur savoir dont il dépend pour gravir les échelons, il n'appartient déjà plus tout à fait au monde profane des patients. Son apprentissage se fait alors sur deux niveaux logiques. Sur le premier niveau, il s'agit d'acquérir le savoir et la pratique qui seront sa clé d'accès au titre de professionnel, mais aussi de se conformer aux règles formelles et informelles en vigueur dans les organisations soignantes. En particulier, il s'agit d'acquérir la langue qui lui permettra de comprendre et de se faire comprendre, donc de tirer un profit symbolique maximum. Au second niveau, qui pourrait être qualifié de méta-apprentissage, l'étudiant découvre, ou plutôt éprouve, le fait que ce savoir, cette langue qu'il est en train d'acquérir le situe dans des rapports de dissymétrie symbolique. Et c'est son statut intermédiaire, mi novice - mi initié, qui lui rend palpable ce méta-apprentissage là. D'une part parce qu'il éprouve le mouvement de transition dans la hiérarchie. Il lui est ainsi donné de constater, à travers la mutation des relations qu'il entretient tant avec ses tuteurs qu'avec les patients auxquels il a affaire, que son apprentissage le gratifie d'un gain symbolique. Autrement dit, il réalise qu'à mesure de son cursus, sa parole gagne en poids et en considération, qu'elle est à la fois de plus en plus écoutée, mais aussi de plus en plus pragmatiquement efficace. D'autre part, le statut bâtard de l'apprenant le met statutairement – donc presque officiellement – en position d'être soumis aux dominations symboliques, et à même de les exercer. Par une sorte de jeu de miroirs, ou de mise en abîme, il peut donc mettre en perspective sa propre situation de domination symbolique avec celle qu'il perçoit chez le patient lorsqu'il se découvre lui-même dominant. Ce qui a été dit pour les dissymétries de pouvoir « simples » (mais existent-elles vraiment ?), a des conséquences très directes quant aux formes violentes de domination. Car la position de l'étudiant le rend singulièrement vulnérable aux formes d'emprise, d'humiliation, ou de dénigrement que nous avons déjà évoquées. Or, s'il arrivait qu'il doive se construire dans une conception du savoir comme outil de violence symbolique, alors, pour peu qu'elle soit répétée ou prolongée et insuffisamment soumise à la distance critique, cette expérience là agirait au niveau du méta-apprentissage. C'est du rapport du futur professionnel au savoir dans ses dimensions symboliques qu'il en irait, de sa façon d'appréhender le pouvoir qui a trait à ce savoir, et donc de sa propension à être attentif ou non à réduire, autant que possible, les violence symboliques.

### 4.3. Contrôle social formel

#### 4.3.1. Mater le corps insoumis

Le dernier niveau de contrôle social, ou contrôle social formel, est requis lorsque le comportement déviant perdure en dépit du contrôle informel. Pour reprendre à Le Mentec la citation de Goffman, la « menace que l'offenseur représente pour l'ordre social peut être conjurée par une sanction formelle, administrée par des agents spécialisés et désignés à cette fin » (128). En fait de « sanction », il faut ici entendre le sens étymologique « d'établir une loi » (bien que le terme laisse déjà entrevoir les reflets troubles de la dimension punitive sur laquelle nous reviendrons en **Partie 3, Section 4.3.3**). Or, ce forçage dans l'imposition de la loi (autrement dit, de l'ordre), relève par définition de l'exception, puisqu'il ne s'adresse qu'à ce que le pouvoir disciplinaire a produit de résidu d'indiscipline. Et exceptionnelle, mieux vaut que la contention le soit, car en matière de contrôle social, c'est là que le pouvoir se laisse voir avec le plus d'évidence, et donc qu'il s'expose le plus directement à la contestation. Il s'agit donc de ne dompter que les corps les plus revêches, ceux qui, de la même manière qu'ils s'étaient émancipés de la volonté du patient, restent tout autant insoumis aux pressions diffuses et puissantes de la discipline psychiatrique. Ces corps devenus transitoirement ou durablement trop autonomes, trop sauvages, sourds aux injonctions de la rationalité individuelle et collective, aveugles aux symboles d'autorité, sont une menace. Menace paradoxale à l'individu qui s'y incarne, mais qui, ne trouvant plus prise sur lui, s'en trouve désincarné. Trop libre, seulement secoué par des forces internes ingouvernables, le corps du patient devient son aliénation. C'est le propre du trouble psychique : quelque chose agit qui, soustrayant de la liberté, met en péril, malgré soi, sécurité, santé ou dispositions relationnelles (158) : l'anorexique ne peut s'empêcher de jeûner, l'alcoolodépendant de boire, le phobique d'avoir peur, l'état-limite de se mettre en échec, et ainsi de suite [voir aussi 36]. Menace aussi à l'institution. Non pas seulement que le corps trop indiscipliné fasse courir un danger aux soignants et aux autres patients (il faut d'ailleurs se souvenir des nuances qu'appellent les complexités de la notion de danger – cf. **Partie 3, Section 3**), mais surtout que par son indiscipline, ce corps là vienne produire du contre-sens en venant signifier les failles de l'impeccable toile du pouvoir psychiatrique. Par son effronterie, il pointe les

voies d'issues d'un système symbolique dont toute la force résidait précisément en ce qu'il se présentait comme implacable. Le corps indiscipliné siphonne du symbole là où l'institution s'attachait à ce que le symbolique soit à saturation. Au delà de la saillie qu'il constitue en propre, il nivèle les rapports de force en faisant la démonstration, par l'absurde (absurde en ce que cette démonstration passe par une déléation totale de sens), des failles du pouvoir disciplinaire. Par conséquent, en affaiblissant les règles et les ordres implicites, le corps sauvage propage l'anomie. Il relâche le maillage disciplinaire qui engonçait les autres corps, et les invite à danser avec lui. Ne dit-on pas d'un patient agité qu'il risque de « faire monter le service » ? Dans les institutions d'adolescents, n'observe-t-on pas des automutilations qui se propagent comme un mal contagieux (160,161) ? Bien sûr, une lecture psychologique est toujours possible : défaut de parexcitation, identification pathologique, apprentissage social. Mais René Girard nous a montré comment, à ce désir mimétique par lequel la violence diffuse dans les groupes humains, l'imposition du symbolique (interdits, rites, tabous) met un coup d'arrêt (162). C'est d'ailleurs toute la fonction de la victime sacrificielle qui polarise en un point unique les récriminations et les rancœurs, induisant, au détriment de l'un de ses membres pris comme la cause de tous les maux, un nouvel ordre social orienté de façon centripète.

En creux des dangers auxquels l'échappement au contrôle social formel expose, il nous est maintenant possible de dégager les différents niveaux sur lesquels la contention agit en tant que mesure de rattrapage des corps indisciplinés. Et c'est en fait dans ses aspects individuels que la fonction docilisante de la contention est revendiquée (bien que rarement comme telle) au titre du soin. Le postulat de base est le suivant : la maladie psychique se joue de la volonté et subvertit à son bénéfice la raison de celui qu'elle atteint. Seul le soin restituera le contrôle que le sujet a de lui même et élargira le territoire de son libre arbitre. Mais la maladie psychique a ceci de particulier que ses effets altèrent précisément ce qui permettrait de la combattre : en maniant avec génie l'alchimie de la conscience du trouble, du déni, de l'insight, elle contraint le malade à résister au soin. Alors la discipline psychiatrique a dû jouer de stratégie pour que le patient, et à travers lui la maladie, concèdent à se faire soigner. En ce sens, le contrôle social informel est mis à contribution en tant que méta-soin. En travaillant à tenir en respect les irrégularités

auxquelles poussent la maladie, il crée les conditions pour que le soin puisse advenir. Il saisit l'individu dans l'attente que la psychiatrie l'aide à reprendre le contrôle de lui-même. Il le discipline le temps que le soin lui restitue la force de se discipliner. Or, on le voit, c'est bien sur le terrain du corps que psychiatrie et maladie mentale se livrent leur combat. Aux expressions pathologiques du corps indociles répond une discipline synaptique qui s'applique à lui dans ses ramifications les plus fines (cf. **Partie 3, Section 4.2.2.**). En attendant que le patient puisse en reprendre pleinement possession, la discipline psychiatrique en prend la maîtrise pour ne pas laisser prise à la maladie. Dès lors, on comprend que les insoumissions ultimes se solutionnent dans la contention. Dans la situation exceptionnelle où il faut attacher une patiente anorexique pour la nourrir de force, et ainsi éviter qu'elle ne dépérisse, dans celle où l'état délirant et le manque de conscience des troubles d'un patient psychotique sont tels qu'il devient nécessaire de le mettre en contention pour lui injecter un produit antipsychotique, s'agit-il d'autre chose que d'un ultime matage de la maladie en vue de créer les conditions de la possibilité du soin ? Au fond, la contention viendrait résoudre la forme la plus extrême du « avoir besoin de soins et ne pas consentir » qu'évoque Mathieu Le Mentec (128). Si la mission de la psychiatrie est bien, comme l'estime le chercheur en sociologie, de déplacer le curseur du malade depuis « le corps impulsif » vers « l'intentionnalité complète », la contention le fait à marche forcée, chaque fois que le contrôle social informel n'y suffit pas. Mais la contention ne cible-t-elle que l'individu ? Qu'on le veuille ou non, attacher un patient envoie un message à l'institution toute entière. C'est un coup de force autant qu'un coup de semonce. Nous le disions, à travers le corps du patient, une bataille symbolique se joue. Une nouvelle relecture de l'état d'agitation fournit une illustration intéressante à cet égard. Car le corps agité « non accessible à la parole », n'est-il pas un corps entièrement pulsionnel, absolument insoumis, totalement défait des contrôles internes et externes, un corps que secoue le trouble psychique dans un ultime affront au pouvoir disciplinaire ? Alors, si l'institution veut préserver sa puissance symbolique pour garantir un contrôle social informel toujours aussi opérant (faute de quoi, c'est tous les autres patients qui risqueraient de lui échapper), elle doit mater la révolte par des moyens d'exception. Nous revenons alors à ce que la contention induit de décharge symbolique pour le patient, en ce qu'elle constitue une mesure de dernier recours qui jette son ombre sur sa capacité à consentir et la charge pragmatique de sa parole (voir **Partie 3, Section 4.2.1.**). En ce

sens, la contention restitue *pour tous*, le déclinivité de pouvoir que le corps insoumis avait tenté de réduire. Cette dimension symbolique, qui double la factualité de l'entrave du corps, se concrétise d'ailleurs par les insignes (aimants, plots, liens, brancard) et la procédure quasi-rituelle qui l'accompagnent. Par une action déployée vigoureusement sur *un* corps rebelle, il s'agit pour l'institution disciplinaire de faire la démonstration de sa capacité à contraindre au respect des règles implicites et au maintien de l'ordre établi. Les règles et l'ordre en question gagnent en retour en puissance symbolique, permettant à l'institution de réduire la dangereuse propagation de l'anomie, et par la suite, de minimiser la probabilité d'un nouveau recours à la contention.

#### 4.3.2. La contention pour éduquer

Or, dès lors que l'institution anticipe, pour l'individu, les intérêts futurs de la contention, cette dernière se pare d'une dimension éducative qui l'écarte plus ou moins de son objectif premier. En effet, le message implicite qu'envoie la mise en œuvre d'une docilisation par la force est d'abord entendu par celui sur qui elle s'applique. Le marquage symbolique est également marquage temporel, d'autant plus fort qu'il s'inscrit directement sur le corps : il y a un avant et un après contention. Avant, le corps du sujet malade jouit d'une certaine naïveté quant à la marge de tolérance de ses transgressions et de ses indocilités. Après, le caractère dissuasif de l'entrave joue à plein d'avoir mordu. En cela, la contention fait leçon. De les avoir corrigés au moins un fois, elle édicte les limites des comportements que l'institution ne saurait tolérer. Le fait pathologique du patient doit se le tenir pour dit, et se souvenir de ce à quoi il s'expose s'il contrevient à nouveau aux règles ainsi réaffirmées (un exemple de ces règles pourrait être « ne pas être dangereux pour soi-même ou pour les autres »). Et c'est dans l'artificialité chancelante de la formule « fait pathologique du patient » que se situe le point de faiblesse de la dimension éducative de la contention. Car tant qu'est tenu pour vrai le postulat selon lequel l'insoumission n'est que l'expression d'une déprise pathologique de l'intention, cette dimension s'aligne peu ou prou à celle du soin, ou au moins, à ce que nous avons décrit de la mise en œuvre des conditions de possibilité du soin. En assurant la contention au moment rendu nécessaire par la pathologie, c'est un corps que la maladie a rendu autonome qu'il s'agit d'éduquer. Mais, on le conçoit aisément, le

sujet n'est que rarement entièrement soustrait à lui-même, et s'il se situe sur le continuum allant du « corps impulsif » à « l'intentionnalité complète », c'est bien qu'il lui reste une part plus ou moins grande d'auto-détermination. Dès lors, comment être tout à fait certain que le message symbolique que véhicule la contention s'adresse bien à la maladie ? Entre ses visées éducative et soignante, artificiellement fondues par la fiction du corps entièrement sauvage, un dangereux point de clivage apparaît. Qui s'agit-il d'éduquer ? Le fait pathologique du patient ou le patient lui-même ? Et ainsi d'apercevoir comment, au nom d'une supposée intention thérapeutique, la contention risque de se faire instrument d'intimidation au service d'une entreprise de normalisation larvée. Une fois n'est pas coutume, c'est à la faveur du flou de son argument légitimateur qu'évolue et perdure ses modes de recours violents. La situation en devient particulièrement troublante dans les services hospitaliers où le soin de façon générale, ne peut se départir d'une dimension éducative. Pensons par exemple aux unités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans lesquelles les expressions pathologiques, lorsqu'elles sont externalisées, prennent souvent l'apparence – somme toute banale – de conduites transgressives. Misant sur cette supposée double-épaisseur pathologique, il est alors tentant, comme nous l'avons déjà plusieurs fois constaté, de faire de la contention une mesure dont l'intention est finalement toute éducative, administrée pour corriger et marquer les limites, brandie comme une menace pour prévenir les récidives. Pensons également aux services médicaux pénitentiaires, telles que les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), et les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA), où la confusion vient de la double valence sanitaire et carcérale. La dimension rééducative y est particulièrement prégnante, jamais tout à fait évacuée par le soin, qui oscille entre résistance farouche et tentation d'y céder, voire de s'y substituer [voir à ce sujet, le documentaire édifiant *Être là* de Régis Sauder (163)]. C'est cette collusion que le constat suivant du rapport 2012 du CGLPL illustre (127) :

« Afin de prendre en compte les phénomènes d'agitation ou de refus d'obéissance des patients au sein des UHSI, des protocoles (le cas échéant non signés ou datés) ont parfois été élaborés. Dans une UHSI visitée, le document concerne exclusivement les contentions qui ne relèvent pas d'un traitement médical mais qui constituent, selon les termes mêmes employés dans le texte, « un traitement éducatif » ; curieusement, la prescription est

faite par un médecin mais la responsabilité de l'intervention revient à l'administration pénitentiaire. »

### 4.3.3. La contention pour punir

Bien qu'elle soit aux antipodes de l'intention soignante, bien qu'elle soit l'image même d'un geste indûment et illégitimement violent, la contention-punition est au prolongement de la contention-éducation. Si, comme nous l'avons suggéré, l'administration de la coercition constitue, par sa valeur symbolique, un marquage temporel, elle établit dans le même temps une antériorité à laquelle il devient possible de se référer. La première contention constituait une affirmation des règles et des ordres de l'institution autant qu'un avertissement pour le futur. Le message éducatif est exceptionnellement intentionnel, mais il est pourtant bien reçu comme tel par le patient : « j'ai bien appris ce qu'on attendait de moi, ce qu'on ne pouvait pas tolérer, et ce à quoi je m'exposais si d'aventure je transgressais à nouveau ». La seconde contention, elle, tient pour acquis que la première a eu lieu. En ré-affirmant la règle et l'ordre, elle vient également dire au patient qu'il a fauté en toute connaissance de cause, et le sanctionner pour cela. Bien entendu, la dimension punitive est ici présentée de façon exagérément, violemment pure et claire, et il est exceptionnel, du moins nous l'espérons, que les soignants s'en saisissent en plein. Mais enfin, et c'est Lucien Bonnafé qui le dit (134), « nul n'est assez naïf pour croire en l'absence absolue de conduite répressive en psychiatrie ». Nous dirions que la trajectoire logique de la contention-symbole-du-pouvoir-disciplinaire à la contention-sanction est une pente glissante contre laquelle les intentions soignantes professionnelles doivent s'attacher à lutter. Mais cette pente glissante, les mouvements d'humeur et réprobations morales personnelles et groupales non travaillées sont susceptibles de l'emprunter à la faveur d'un impensé. Le propos de Bonnafé reste en cela particulièrement éclairant (134) :

« Quoi qu'il en soit, un fait établi, à savoir que les conduites répressives sont favorisées par la vie conventuelle, montre que des considérations de cet ordre ne peuvent être tenues pour vaines. Un ressentiment contre le malade, alimenté par le confinement de l'existence asilaire, ne saurait être nié à priori.

Quand on en connaît certaines manifestations simples, tout nous invite à en rechercher des expressions plus nuancées. »

Dans les hôpitaux modernes, la traque de ces expressions nuancées est rendue d'autant plus difficile qu'elles se parent, souvent à l'insu des professionnels qui en sont l'origine, de bonnes intentions, qu'elles prennent le masque, plusieurs fois évoqué dans cette thèse, d'un geste dont l'univocité soignante est considérée comme acquise. On les reconnaît toutefois dans leurs nuances les plus sombres, lorsqu'elles font contraste, qu'elles se détachent avec le plus de netteté de l'intention soignante. La vignette suivante, troublante de similitude d'avec celle rapportée par l'Interne V. dans la **Partie 3, Section 3.2.2**, est l'une de ces ombres aiguës.

De garde à l'hôpital psychiatrique, j'avais été appelé dans l'unité de pédopsychiatrie parce qu'un des enfants s'y était agité. À mon arrivée dans le service, je constatais que l'enfant en question, encore très excité, littéralement hors de lui, était déjà sanglé à son lit, et que la mise en contention avait manifestement été éprouvante pour l'équipe. L'une des infirmières s'attelait déjà à préparer une seringue de sédatif. Un tel traitement symptomatique était conforme à la prescription *si besoin* établie par le médecin de l'unité, et semblait indiquée, compte-tenu de l'anxiété massive de l'enfant et du risque traumatique qu'il avait à ce qu'il s'agite dans ses liens. Toutefois, je m'interrogeais sur l'opportunité du mode d'une administration intramusculaire. Lorsque je demandai à l'infirmière si elle avait d'abord proposé à l'enfant de prendre le sédatif par la bouche, elle me répondit, passablement agacée : « Ah non ! Là, il faut marquer le coup ! »

Au delà du fait qu'elle attestait la notion de marquage temporel et symbolique que nous avons relevée, nous nous sommes longtemps interrogé sur le sens précis de l'expression. Quel était ce « coup » qu'il y avait à « marquer » ? S'agissait-il d'inscrire dans le corps de cet enfant un rappel à une place et à un statut auxquels il aurait dû se conformer ? S'agissait-il de le dissuader, par un stimulus expressément aversif, de réitérer le comportement qui l'avait amené à la contention ? Ou s'agissait-il tout simplement d'instrumentaliser la douleur comme une sanction, sans que l'on sache trop bien si la réprimande portait sur l'agitation elle-même ou sur ce qui l'avait précédée, sans qu'il ne soit clair si la sanction émanait de l'infirmière ou du groupe,

sans qu'il ne soit possible de distinguer si elle procédait d'une intention strictement éducative ou si elle résultait de velléités vengeresses en lien avec un vécu personnel de persécution. Toujours est-il que la douleur n'était en rien nécessaire. Par conséquent, la décision de l'injection ne pouvait pas se revendiquer d'une quelconque intention soignante. En fait, elle faisait effraction et venait trahir, d'une façon exceptionnellement lisible, une dimension punitive qui existait déjà dans la contention. Pour caricatural qu'il soit, il nous semble que l'exemple cité n'est jamais plus que le prolongement de situations bien plus banales où la pose de liens n'est pas exempte des mêmes dimensions éducatives ou punitives, quoiqu'elles soient plus subtiles. Le dire, ce n'est pas disqualifier d'emblée la procédure, ni, encore moins, ceux qui l'emploient. C'est au contraire la requalifier en en saisissant pleinement les enjeux, en identifiant les travers et déviations à combattre, en déjouant les impensés dont ces déviations se nourrissent. La réflexion éthique exige un regard lucide, y compris lorsque ce regard met au jour ce que le soin préférerait ne pas voir. À l'instar d'un médicament dont les effets indésirables attestent le caractère actif, c'est d'ailleurs paradoxalement par la reconnaissance de sa dimension punitive que la contention pourrait s'instituer – et non plus se décréter – comme soignante. Car pour veiller à ce qu'un soin reste un soin et ne devienne pas pure maltraitance, encore faut-il savoir qu'il pourrait l'être si on n'y prenait pas garde. Encore faut-il reconnaître le potentiel violent qu'il recèle, et qu'il y a, par une vigilance de chaque instant à circonscrire.

## CONCLUSION

Dans *Les antipsychiatries* (3), Jacques Hochmann retrace une histoire toute en contrastes du soin de la souffrance psychique. De son analyse historique approfondie et nuancée, il ressort une impression globale d'instabilité, comme si la psychiatrie s'était développée avec la force d'inertie, mais aussi les hésitations d'un perpétuel mouvement de balancier, oscillant selon les courants idéologiques opposés, avançant au grés de vents sociaux contraires, répondant aux contestations jamais épuisées de sa légitimité par des entreprises de relégitimation toujours plus franches, aux tentatives de destitution ou de substitution par des mouvements de ressaisissement ou de réappropriation. Si psychiatrie et antipsychiatrie vont de pair, c'est qu'elles se saisissent réciproquement dans une mise en mouvement perpétuelle où chacune excite l'autre, l'incite à la réaction, soit en la poussant à se réinventer, soit en la rigidifiant dans une posture conservatrice. D'après le psychiatre et psychanalyste, ce mouvement de battement incessant, la psychiatrie le doit à ce qu'elle se trouve embarrassée de paradoxes qui lui sont consubstantiels. Jamais résolus, ils sont les points de pivot autour desquels les argumentaires, les critiques, les revendications, les affirmations, les accusations gravitent. Ils sont les échardes qui rendent la psychiatrie intranquille. Ces paradoxes structurels, bases chancelantes du soin psychique, Hochmann en dénombre quatre. [1] Le premier est relatif à l'inconnu étiologique, largement traité dans la **Partie 1**. Faute d'une inscription définitive dans le corps (fut-ce dans le cerveau), c'est la discipline toute entière qui peine à affirmer son inscription dans la médecine. La folie, la souffrance psychique sont-elles des objets médicaux ? Et si elles le sont, la psychiatrie est elle vraiment une discipline médicale comme une autre ? Son identité relève-t-elle davantage d'un mouvement de normalisation ou de sa singularisation ? [2] Le deuxième paradoxe découle directement du premier : s'il n'y a pas d'étiologie à laquelle s'arrimer, comment distinguer l'expression normale (émotionnelle, comportementale, langagière) du sujet, d'une expression symptomatique de sa pathologie ? Et où se situe alors sa liberté ? Faut-il la reconnaître dans les manifestations de sa folie, par où il s'émancipe le plus immédiatement, le plus

clairement et le plus effrontément des normes sociales ? Ou n'est-il libre que lorsqu'il échappe à l'aliénation à soi que constitue le trouble psychiatrique ? Et que vise l'intervention soignante, qu'elle soit médicamenteuse, physique, ou psychothérapeutique ? À désaliéner le sujet de lui-même, à le délivrer de signes et symptômes que ni lui, ni la société de laquelle il s'était marginalisé ne contenait plus ? Mais, ce-faisant, n'est-ce pas à une entreprise de normalisation que le psychiatre ou le psychothérapeute se livre ? Faire disparaître l'anomalie impliquerait-il de ranger le « penser-fou » dans la conformité de ce que le système théorique qui s'y attèle attend d'un « penser-normal », ou, tout du moins, d'un « penser-convenable » ? [3] Le troisième paradoxe n'est pas sans rapport, puisqu'il pose en termes de subjectivité ce que le second posait en termes de liberté. C'est même le fondement de la psychiatrie toute entière : la reconnaissance du sujet dans la folie, actée par Pinel lorsqu'il faisait tomber les chaînes et instituait le traitement moral. Le malade mental est à la fois irréductiblement sujet, donc profondément semblable, mais également nécessairement desubjectivé par son trouble, donc singulièrement étranger. C'est l'énigme de l'altérité qui se trouve avivée dans le paradoxe du sujet dans la folie : la conjonction du même et du différent, point d'accroche de la disposition empathique. [4] Le dernier paradoxe est lui aussi inscrit sur l'acte de naissance de la psychiatrie, matérialisé en l'image des asiles. En effet, si Pinel envisageait l'isolement des aliénés comme moyen thérapeutique de les protéger des influences néfastes de la société, le dispositif est déjà subverti par son suiveur Esquirol qui, renversant la logique, en fait un moyen de protéger la collectivité de fous potentiellement dangereux. La bascule est aujourd'hui singulièrement réactualisée par le mandat sécuritaire dont est souvent investi le psychiatre. Son souci premier doit-il alors se situer à échelon individuel et s'inscrire dans le registre du soin, ou doit-il davantage porter sur l'intérêt collectif, dans une mission qui relèverait plutôt du gardiennage et de la normalisation ?

Comme nous avons dit que la question de la violence accompagne la psychiatrie depuis ses origines, il nous semble qu'elle traverse tout à fait les paradoxes que Jacques Hochmann décrit, et ce faisant, suit les mêmes mouvements de balancier. C'est du moins de ces hésitations que nous avons voulu rendre compte. Et même, nous nous sommes efforcés des les entretenir, de les animer, quitte à ébranler les dialectiques lorsqu'elles venaient à se stabiliser. Nous avons

profité de leur énergie pour nourrir une réflexion que nous avons voulue la plus rigoureuse et la plus honnête possible. Nous avons également tâché de les faire entrer en résonance avec les battements interrogatifs qui sont la condition du raisonnement éthique. De cette exploration par oscillations, les paradoxes de la violence ont alors émergé aux points précis où ceux de la psychiatrie s'étaient noués. [1] Certaines violences trouvent leurs racines dans ce qui fait la spécificité de la psychiatrie, et participent donc à singulariser la discipline. Il est en ainsi de l'aporie épistémologique que constitue l'inconnu étiologique duquel dérivent les violences des prétentions athéoriques, ou, au contraire, des assauts des idéologies totalisantes. Mais on aurait tort de stigmatiser la psychiatrie au titre des violences qu'elle pourvoie, tant la distinction d'avec les autres disciplines médicales n'est, à cet égard, que superficielle. La cardiologie, l'endocrinologie, la gynécologie sont-elles exemptes de soubassements idéologiques aux prétentions omniscientes et omnipotentes ? Parce que l'inconnu étiologique incite à la coexistence des savoirs et des théories, nous soutenons plutôt que la psychiatrie ne fait que révéler, en la discutant, voire en la contestant, une idéologie biomédicale prééminente dans toute la médecine contemporaine. De même, si le soin psychique laisse voir avec plus d'immédiateté ses risques violents (qu'il s'agissent de ceux que font courir l'entrée en intersubjectivité, ou, au contraire, ceux d'une négligence du sujet), ce n'est que de faire loupe sur la relation de soin de façon plus générale par l'inévitable engagement relationnel et réflexif qu'il implique. [2] Il existe une violence consubstantielle au soin psychiatrique, et par delà, au soin de façon générale. Il revient au soignant de composer avec cette fraction irréductible, au risque de la voir se déployer dans l'insu, ouvrant autant de failles par lesquelles d'inutiles souffrances sont susceptibles d'advenir. Des failles par lesquelles s'immisce une violence plus contingente, prenant tantôt les appareils discrets de la maltraitance ordinaire, tantôt ceux, bruyants mais souvent tus, de la déviance manifeste. Or, distinguer violence nécessaire et violence déviante n'est pas toujours chose aisée, surtout dans des situations, telles que celle de la contention, où la première est déjà enflée, rendant plus ardue la distinction de la seconde. La tâche requiert une vigilance de chaque instant, un effort éthique d'autant plus exigeant qu'il est à l'encontre de l'entropie d'un système où le soin mécanique, distancié et objectivant est privilégié. [3] L'altérité et la subjectivité sont au cœur de la notion de violence, en particulier lorsqu'elle vient mettre en question le soin. Par la mise en abyme qu'elle implique, par l'immense responsabilité éthique

dans laquelle elle piège, par la brèche que la co-vulnérabilité sur laquelle elle s'assoit, l'entrée en intersubjectivité est une confrontation violente à l'existence, parce qu'elle est un rendez-vous en tête à tête avec la violence de l'existence. La Sienne, celle de l'Autre. Dans le même temps, la reconnaissance, la sollicitude, le souci auxquels elle appelle tout aussi immanquablement sont un baume dont l'application fait le cœur de la relation de soin. Qu'il y ait coupure dans le rapport d'altérité et c'est au risque autrement plus violent de la négation du sujet que le soin s'expose. L'habitude, l'indifférence, la technicité, les déséquilibres dans la démarche diagnostique, l'instrumentalisation des dispositifs pédagogiques, les gestions administratives et les rationalisations du soin, tout ce qui concourt à endormir la subjectivité du soignant (non pas simplement la mettre en suspens) participe nécessairement à la réification du patient. Celui-ci s'en trouve alors exposé à un panel de violences évitables que l'indifférence, la banalisation ou la normalisation laissent courir. Quelle attention porter à la souffrance du patient quand sa propre subjectivité ne résonne plus ? Quelle vigilance à lui garantir le moins de violence possible quand les effets de ces violences ne sont plus perçus ? [4] Lorsqu'on interroge la violence du soin psychiatrique à l'aune du paradoxe individu/collectivité, c'est la question de la responsabilité qui se trouve directement mise en lumière. Il est indéniable que la lutte contre les maltraitances ordinaires et manifestes (autrement dit, contre les violences évitables) relève de la pleine responsabilité éthique des soignants. Ce serait leur faire violence que d'affirmer le contraire, car cela les déposséderait de leurs pleines capacités de sujets à s'indigner, à s'émouvoir ou à s'affirmer dans un engagement professionnel bienveillant. Toutefois, dès lors que l'on se réfère au constat simple selon lequel l'institution représente plus que la somme de ses parties, il faut admettre qu'une certaine forme de violence peut émerger qui dépasse les seuls individus. Par nature cette propriété émergente agit à une largeur d'échelle telle qu'il est difficile d'en épingler les effets. Il s'agit moins de faits concrets que d'une dynamique globale, une force d'inertie qui travaille l'institution soignante et entraîne insensiblement chacun de ses membres. À ce titre, la question des violences du soin relève de préoccupations éminemment politiques. Les stratégies gestionnaires, par exemple, appuyées sur une conception strictement médico-administrative, et nourries d'un positivisme exclusif, propagent l'indifférence et incitent à la rationalisation réifiante. Elles mettent au pas soignants et patients, lissant leurs singularités, bridant leurs initiatives et leur créativité. En endormant leur

vigilance subjective, elles élèvent leur seuil de tolérance, concourant, parfois malgré eux, à la perpétuation de diverses formes de maltraitance.

De là où nous sommes, au moment où nous écrivons cette thèse, il nous apparaît clair que notre apprentissage s'est fait au rythme des pulsations tantôt sonores, tantôt sourdes du soin psychiatrique et de sa violence. Nous avons trébuché sur les paradoxes, balancé d'expériences de stage en observations de nos tuteurs, oscillé entre les cours académiques et les enseignements informels. Les arcanes violentes de la psychiatrie, nous les avons explorées à vue, sondées sans trop le savoir à la boussole de vécus dont nous peinions à discerner ce à quoi ils tenaient. Nos interrogations étaient fragmentaires, enchevêtrées, confuses. Tantôt elles attisaient chez nous la curiosité et l'enthousiasme, tantôt elles suscitaient le découragement et la perplexité. Mais à force d'adaptations instinctives et de réactions partiellement conscientes (au mieux), il nous semble que les ambivalences de la violence du soin ont insidieusement structuré, et parfois déstructuré notre identité professionnelle, en même temps que son apprentissage la construisait. Car nous en rencontrions les différentes formes à chaque étape de ce qui constituerait – nous le savons maintenant – un authentique parcours initiatique. D'abord lorsque la discipline, ses théories, ses référentiels, son histoire, son ancrage social et politique, infusaient à la faveur des enseignements qui nous étaient dispensés, de nos lectures, des échanges informels avec nos tuteurs, des récits des patients et de nos multiples rencontres. Ensuite lorsque l'entrée dans l'espace du colloque singulier médecin-malade, l'immersion dans les services de soin et l'intégration dans leurs équipes nous poussaient à adopter une pratique – savoir-faire et savoir-être – dont dépendait notre efficacité, notre légitimité et notre appartenance professionnelle. Enfin lorsque notre assurance a chancelé au moment de prononcer, d'appliquer ou de voir appliquer les mesures de contraintes qui nous étaient soudainement autorisées, mais dont nos résonances ne nous rendaient pas moins conscient des effets qu'elles avaient sur les malades. Ainsi, nous avons appris la théorie, la pratique et la contrainte en faisant l'expérience de leurs ambivalences, de leurs zones d'ombre, de leurs potentialités et de leurs périls. Dès lors, nous n'avons pu nous résoudre à traiter de la violence du soin psychiatrique en faisant mine d'y être extérieur. Plutôt, nous avons fait le choix d'explorer à nouveau, à la lumière de notre

expérience actuelle, la voie par laquelle nous sommes entré dans la discipline : le parcours d'apprentissage.

Sur le site internet de la faculté de médecine de Lille, la page consacrée à la thèse d'exercice stipule, dès l'introduction, que celle-ci représente « un engagement personnel scientifique et symbolique important dans la vie de tout étudiant en médecine » (164). Notre responsable de Diplôme d'Étude Spécialisé (DES) nous rappelait, quant à lui, que la thèse avait vocation à rendre compte de l'apprentissage des internes au métier de psychiatre. Dont acte. Par ce travail, nous avons voulu assumer pleinement le télescopage auquel l'exercice invite : être dedans et dehors. Prendre le temps de s'arrêter un temps, et d'examiner, au moment symbolique de la fin d'internat, le chemin déjà parcouru. Se décentrer pour mettre à l'analyse des expériences que nous n'avions pas eu l'opportunité, l'occasion, ou le courage de travailler jusque là. Il a toutefois fallu prendre garde à ne pas céder à l'autofiction. Aussi, nous avons fait le choix d'examiner avec sérieux nos malaises, nos intuitions, nos troubles et nos questionnements comme autant de traceurs sur lesquels appuyer notre exploration de la violence du soin et de l'apprentissage. Une exploration que nous avons voulue rigoureuse, éclairée, dans l'esprit de la transdisciplinarité que nous défendons, d'apports théoriques dont il a fallu veiller à la diversité : sociologie, éthique, philosophie, anthropologie, épistémologie, biomédecine ou encore sciences dites « dures ». Considérant l'erreur que serait la négligence du vécu subjectif en matière de phénomènes violents, et comptant bien ne pas verser dans l'auto-centrisme, cette réflexion a également été nourrie de ce que d'autres – internes, médecins, médias, associations, etc. – pouvaient en dire. En écoutant ces voix, il ne s'agissait pas d'espérer une représentativité qui permette d'accéder à une quelconque vérité préconçue, mais au contraire de faire vivre la contradiction, d'animer la réflexion, de l'amarrer aux réalités labiles des vécus singuliers. Assumer le télescopage réflexif, donc, mais aussi assumer la dimension initiatique que revêt la thèse. Un point d'étape que nous avons pleinement investi en actant qu'il s'agissait aussi et surtout d'un point final à la période d'apprentissage formalisée que représente l'internat, et plus largement, les études de médecine. Point-amarre pour un examen rétrospectif, occasion d'un bilan, d'une synthèse, d'une mise en perspective de notre parcours. Point de suspension pour une introspection que nous espérons la plus honnête possible. Mais surtout, point de projection vers un avenir

dans lequel il nous faut maintenant nous engager. Et à travers une réflexion volontiers critique, s'affranchissant des distances objectivantes que commandent les formats académiques habituels pour ce type d'exercice, c'est bien d'un engagement que nous avons voulu témoigner dans cette thèse. Une vision (éthique, théorique, politique) du soin psychique dont nous reconnaissons qu'elle n'est pas plus que celle d'un médecin tout juste sorti de son internat, mais que, n'étant pas moins que cela non plus, nous assumons pleinement et que nous défendons avec passion.

Par la profondeur et l'ampleur des enjeux qu'elle cristallise, la violence interroge avec force la psychiatrie et ses pratiques. Depuis ses origines, c'est une question qui l'embarrasse, avec laquelle elle compose parfois de mauvais gré, jusqu'à simplement préférer ne pas avoir à penser (voir, par exemple, **Partie 3, Section 1**). Il faut dire qu'agissant comme un chiffon rouge, comme un mobilisateur et un révélateur, la violence est une prise facile pour ceux qui entendent dénoncer, dans une perspective plus ou moins idéologisée ou politisée, qui l'aliénisme, qui les pratiques coercitives, qui la médicalisation de l'existence, ou qui la discipline toute entière. Car si la psychiatrie contemporaine tend à rejeter dans l'impensé la question éminemment éthique de la violence de ses soins, si elle incline à s'en dessaisir et à délégitimer l'interrogation au prétexte que d'immenses progrès ont été faits dans ce domaine depuis l'ère des grandes maltraitances de l'aliénisme (comment le contester ?), ses pourfendeurs, eux, en ont fait et continuent d'en faire leur fer de lance. Un fer qu'ils ont tout intérêt à tenir aiguisé par un argumentaire abouti. Dès lors, comme s'étonner que les analyses les plus nombreuses, et parmi les plus fines des violences du soin psychique tantôt émanent, tantôt se réfèrent à des courants qualifiés d'« antipsychiatriques » ? Pour notre travail, nous nous sommes nous-même largement nourri des références à ces courants. Nombre des champs de réflexion que nous avons explorés l'avaient déjà largement été par les antipsychiatries. Nos efforts pour révéler les contingents violents de la théorie et de la pratique psychiatrique ont pu emprunter des critiques, pour certaines virulentes, qui ont été formulées à l'encontre d'une discipline dans laquelle nous avons pourtant choisi d'entrer de plain pied. Pourtant – et nous tenons à l'affirmer fermement – notre thèse ne relève en rien d'une antipsychiatrie. Il ne faut y voir ni désillusion, ni découragement. Ni reniement de notre apprentissage ou de notre vocation, ni défiance envers l'avenir professionnel qui nous attend. Ni honte, ni crainte, ni

inhibition à endosser le costume de psychiatre. Nous ne voudrions pas que les mises en exergues et dénonciations des violences inhérentes et des potentielles dérives violentes, concentrées en raison du sujet même de la thèse, le laissent penser. C'est en fait tout le contraire que nous avons voulu défendre. Si nous avons puisé dans les antipsychiatries, c'est surtout pour prendre la mesure – que nous pressentions par ailleurs – de l'enjeu qu'il y avait à porter un regard lucide sur la violence du soin psychique. Plutôt que ce regard soit préempté par les seuls contradicteurs, plutôt qu'il soit instrumentalisé comme moyen de prendre d'assaut la discipline jusqu'à réclamer sa destitution, nous soutenons que la psychiatrie gagnerait en solidité, en légitimité et surtout en humanité à investir elle-même sereinement ce champ de réflexion. Admettre qu'il existe des violences inhérentes au soin psychique et prendre acte que ce même soin expose patients et soignants à des risques de violence évitable, c'est réinvestir chacun des acteurs en psychiatrie de sa responsabilité à discriminer les premières des secondes, et surtout à faire barrage aux violences non nécessaires. La prise de conscience constitue d'après nous un préalable nécessaire à une psychiatrie plus clairvoyante, plus réfléchie et plus rigoureuse, faisant de l'éthique un pilier fondateur, s'assumant pleinement dans son action parce que mieux consciente de ses périls et de ses limites.

Comme nous avons parié sur l'apprentissage pour révéler et travailler les violences du soin en psychiatrie, c'est également en direction de l'apprentissage que nous voulons ouvrir quelques pistes pour lutter contre celles d'entre elles qui seraient évitables. Et ce sont bien des pistes que nous voulons proposer, sans aucune prétention à l'exhaustivité. Non pas des solutions, desquelles nous n'aurions ni l'assurance, ni la légitimité d'assumer le caractère définitif, lequel semblerait d'ailleurs peu compatible avec une démarche éthique. Pas davantage des recommandations, dont l'impératif d'opérationnalisation se fondrait aisément dans la logique de rationalisation des soins déjà largement décrite (cf. **Partie 2, Section 5**), mais négligerait tout autant la complexité du phénomène à combattre. En effet, tout au long de cette thèse, nous avons développé combien les violences du soin psychiatrique pouvaient être polymorphes et se situer à des niveaux variables. Aussi, ce serait se tromper que de penser pouvoir embrasser par des recommandations l'ensemble de ces niveaux, alors même que les voies les plus probablement efficaces pour combattre les violences évitables n'ont rien d'instrumental, ni

d'opérationnalisable : la prise de conscience, la sensibilisation, le changement de posture, la vigilance éthique, etc. Ni solution, ni recommandations, donc, mais plutôt, au vu de la profondeur des racines que nous avons cru déceler à la violence du soin, l'ébauche d'un changement de paradigme pédagogique pour lequel nous plaidons.

Tout d'abord, il nous semble que le contingent des violences potentielles propres à la discipline psychiatrique s'amenuiserait singulièrement dès lors que les étudiants, y compris les plus jeunes, seraient initiés à la réflexion épistémologique. Il ne s'agirait pas tant d'en faire l'objet de cours formels, magistraux (quoi que de tels cours puissent avoir un intérêt en eux-mêmes), mais plutôt à expliciter et à rappeler, à chaque fois que possible, et en même temps que le savoir d'un champ théorique est inculqué, les paradigmes et postulats fondateurs, les structurations logiques, les outils, les potentialités, mais surtout les limites du champ théorique en question, ainsi que l'existence de modèles alternatifs. En somme, il s'agirait de gravir un échelon dans la compréhension de l'objet d'étude, en resituant le système théorique à travers lequel il est appréhendé dans le référentiel des voies de genèse de la connaissance. Bien entendu, lors des études de médecine, cette mise en perspective épistémologique concernerait principalement l'approche biomédicale. Une biomédecine qu'il ne s'agirait pas de dévaluer, mais au contraire d'en dire le nom et d'en faire clairement apparaître l'architecture, afin de lui conférer une assise de crédibilité plus solide d'être plus consciente, d'en permettre un investissement plus critique, et partant, plus rigoureux. Surtout, et quelque soit la discipline pour laquelle l'étudiant optera ensuite, l'épistémologie permettrait une mobilisation plus souple des systèmes théoriques positivistes et organicistes qui lui auront été inculquées, y compris pour ce qui serait de leur mise en suspens. Par un travail de déconstruction de la prééminence du savoir théorique sur le savoir expérientiel, il s'agirait ainsi d'ouvrir un espace réel à la parole du malade, et, partant, de la requalifier en dilatant d'autant l'espace de relation intersubjective. Au moment d'entrer en psychiatrie, la hauteur de vue épistémologique, peut être plus profitable que dans n'importe quelle autre discipline, permettrait une articulation plus souple des modèles de compréhension qu'il est donné à l'étudiant de découvrir. Celui-ci pourrait alors entrevoir son sujet d'étude dans une singularité dont seule la convergence des mises en lumière théoriques permettrait de restituer (et donc de préserver) la complexité. Replaçant chaque système explicatif sans son référentiel propre, il pourrait alors se

dégager des quêtes de vérité pseudo-concurrentielles, des velléités de monopole, des prétentions omniscientes et des entreprises de disqualification qui caractérisent les guerres d'école. En identifiant comme telles les idéologies prééminentes pour comprendre les troubles psychiques, en connaissant les soubassements socio-historiques, en gardant à l'esprit leurs postulats, leurs logiques et leurs méthodologies, l'étudiant pourra travailler à borner leur champ d'application, retenant les élans logicistes, veillant à garder vifs le doute et l'interrogation pour éviter toute prise en otage du réel. L'effet vertueux consisterait en ce que les efforts pour refréner les tentations totalisantes des systèmes explicatifs exigerait un surcroît de rigueur dans leur construction et leur recours. Ceux-ci gagneraient alors naturellement en crédibilité et en légitimité. Constatant leur déploiement sérieux et serein, sans combat de territoire pour gagner ou conserver une quelconque hégémonie, l'étudiant serait alors plus à même de les investir avec confiance, curiosité et envie. Une confiance de nature à saper les appétences pour le mythe athéorique, lequel se nourrit de la suspicion entretenue autour du travail d'hypothétisation. Au contraire, l'étudiant serait en mesure de se saisir pleinement des modèles théoriques plutôt que de se laisser saisir par eux, et ainsi les mettre au service d'un travail de recharge de sens pour le patient.

Ainsi nourrie des différents modèles théoriques comme d'autant de voies de compréhension articulées et complémentaires, la clinique tendrait vers son essence : plutôt que de faire du sujet malade un enjeu (narcissique, de démonstration théorique, de pouvoir, etc.), elle en ferait sa finalité. Toutefois, pour nécessaire qu'elle soit, l'assouplissement de la mobilisation ou de la démobilisation des savoirs n'est, à notre avis, pas suffisante à mettre la clinique au service du sujet (au lieu du contraire). Car si l'adoption des modes de raisonnement nomothétique et objectivant indispensables au travail diagnostique a été tellement rodé par les études soignantes qu'elle en devient tout à fait spontanée, il n'en est pas de même pour le retour au registre idiographique, la plupart du temps évacué au profit d'un rabattement du singulier sur le général. Pourtant, ce n'est qu'à la condition d'une alternance fluide entre ces registres, voire par leur coexistence (car pourquoi imaginer qu'ils devraient être mutuellement exclusifs) dans le même espace-temps, que le sujet peut trouver une place dans la médecine positiviste. En cela, il nous semble que travailler à une herméneutique plus équilibrée, qui ne privilégierait pas les *a priori* théoriques au

détriment des réalités vivantes, incarnées et subjectives de la maladie, participerait en plein d'une éthique du sujet. Or, la restitution d'une telle éthique, normalement au cœur de la médecine mais à contre-courant des impératifs biomédicaux stricts (qu'ils soient diagnostiques ou thérapeutiques), n'est envisageable qu'à la condition d'une réelle attention du clinicien à sa propre subjectivité. À ce titre, une herméneutique équilibrée, laissant sa juste place à la personne et non seulement à la maladie, serait une herméneutique mise en abyme, qui s'appliquerait autant au patient qu'au clinicien ainsi qu'à leurs effets de résonance réciproques. Aussi, plutôt que d'entretenir un processus dévitalisant de méfiance à soi-même, d'auto-désqualification, d'abrasion des singularités et d'endormissement de l'esprit critique en incitant les étudiants en soins à se distancier de leurs vécus intimes, de leurs ressentis, de leurs malaises ou de leurs intuitions, il y serait au contraire salutaire de les accompagner à en faire un matériel d'apprentissage à part entière. Non pas pour que l'étudiant se laisse déborder par son vécu émotionnel, mais pour qu'il puisse au contraire s'en décentrer et ainsi en comprendre les valeurs existentielles, sociales ou symboliques. Ce travail de qualification (ou de requalification) du vécu subjectif ne pourrait se faire sans compter l'apport d'outils de compréhension théoriques, et l'initiation à la rigueur de modes de réflexion critique que permettent les sciences humaines (à conditions que ces dernières ne soient pas instrumentalisées ou assujetties aux sciences positivistes). Le recours aux productions artistiques serait également de nature à favoriser la mise en narration, à entretenir la créativité et l'imagination, à ouvrir à d'autres perspectives sur la souffrance et la maladie, en bref, à introduire l'étudiant à d'autres subjectivités en renforçant sa confiance en la sienne propre. C'est du moins ce que propose la philosophe Céline Lefève aux étudiants de l'Université Paris Diderot à travers le cinéma (14). Dans la même perspective, des cours de théâtre sont dispensés aux carabins canadiens, et, depuis plus récemment, montpelliérains pour les former à l'annonce d'une mauvaise nouvelle (165). La piste est également investiguée par la recherche pédagogique, qui a par exemple pu mettre en évidence une amélioration des capacités d'empathie et de théorie de l'esprit<sup>6</sup> lorsqu'une pièce de littérature était donnée à lire aux étudiants en médecine (166). Mais la mise en perspective subjective ne devrait pas s'arrêter aux études soignantes. Parce qu'il ne peut se départir d'un vécu expérientiel qui par nature est

---

<sup>6</sup> *La théorie de l'esprit correspond aux facultés métacognitives par lesquelles les êtres humains, ainsi que certains animaux, sont capables d'inférer les émotions, les intentions et les états mentaux d'autrui.*

continu, anfractueux, et dure aussi longtemps qu'il rencontre des patients, le style relationnel du soignant, en prise directe avec ses représentations de lui-même, des autres et du monde, est sans cesse à remettre sur le métier. En cela, nous croyons pleinement, avec Aude Van Effenter, à l'importance, si ce n'est à la nécessité, des supervisions au cours de l'internat en psychiatrie (15). En effet, si l'on reconnaît [comme le font la plupart des enseignants (48)] la dimension identitaire et maturative de la formation professionnalisante au delà de la simple acquisition de compétences techniques, il faut dans le même temps accepter que cette initiation, pour être constructive, en passe par un processus élaboratif autour d'expériences partagées et éclairées par l'expérience de tuteurs reconnus. Il en va pour les futurs psychiatres de la structuration de leurs modes d'être à soi et aux autres, processus dont on ne peut nier qu'il est fondamental pour un soignant. En somme, tout effort pour resituer le sujet au cœur du soin à travers une requalification de la relation intersubjective (l'apprentissage étant pour cela un moment privilégié), participerait, selon nous, d'une lutte contre ses violences évitables. Car être attentif à sa propre subjectivité, c'est aussi en faire une caisse de résonance pour celle de l'Autre. C'est se laisser interpeller par lui, et par conséquent, lui laisser se rappeler à notre responsabilité éthique. Nos vécus de soignants, lorsqu'ils sont incommodants, pénibles ou douloureux, ne sont pas sans rapport avec ceux du malade confronté aux violences essentielles de sa maladie et du soin, et, parfois, à d'authentiques maltraitances. C'est là tout le propre de la relation intersubjective. Plutôt que de les passer sous silence, de les étouffer sous une posture professionnelle rigide et distanciée, plutôt que d'affecter de ne pas se laisser toucher ou de considérer qu'il n'y aurait pas lieu de s'émouvoir, ces vécus pourraient être envisagés comme des alarmes, des invitations chaque fois renouvelées à prendre conscience des violences à l'œuvre dans le soin. Ce perpétuel « retour de conscience » (85) attiserait alors un effort pleinement éthique à discriminer violences essentielles et violences déviantes, à s'efforcer de répondre ou d'accueillir les premières et de lutter contre les secondes. En se réinscrivant sans cesse dans un rapport d'altérité, le soignant renouerait avec le paradoxe éthique primordial qui fait la grandeur de sa fonction : la cohabitation, en chacune de ses intentions, de l'intranquillité et de la sérénité. Intranquillité de ne pas pouvoir se rabattre, à la faveur des logiques médico-administratives contemporaines, sur des automatismes ou des habitudes stéréotypées, négligentes des singularités et des complexités. Intranquillité de ne pas se résoudre à se laisser prendre par le

courant de l'impensé, de toujours se situer dans le balancement de l'incertitude, et d'avoir à sans cesse remettre en question ses pratiques. Mais dans le même temps, sérénité de trouver dans ce même rapport d'altérité l'énergie de la sollicitude, la satisfaction de renouer avec le cœur du métier de soignant, l'apaisement identitaire que constitue un engagement rigoureux et consciencieux « avec et pour autrui » (71), ainsi que la satisfaction d'être reconnu pour cela.

Par son caractère manifeste, bruyant, parfois outrancier, la contention fait loupe sur les résistances de la psychiatrie à admettre et penser ses violences, autant que sur l'enjeu qu'il y aurait pourtant à le faire. Car dans la mesure où son recours signe immanquablement une atteinte brutale aux libertés et à la dignité des personnes sur qui elle s'abat, le soignant devrait être convoqué à une attention et une vigilance à la hauteur des risques de violences indues auxquels elle ouvre. Or, cette vigilance ne peut advenir qu'à la double condition d'une prise de conscience lucide sur les fonctions et les ressorts réels de la contention, ainsi que de son appropriation ferme par la sollicitude soignante. Tâche d'une complexité éthique redoutable, car il s'agit de manier, à l'intersection des intérêts individuels et collectifs, un dispositif qui n'est en lui-même qu'exceptionnellement thérapeutique. Or, il semble que suite au signal d'alerte du rapport Robiliard, la psychiatrie ait amorcé un pareil mouvement de (re)saisissement (167). En effet, en septembre 2015, la HAS publiait une note de cadrage intitulée *Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie* qui annonçait la constitution d'un groupe chargé de travailler à «aider la prise de décision dans le choix des soins, améliorer et harmoniser les pratiques, réduire les recours inutiles aux mesures de contention et d'isolement, tout en répondant aux exigences légale, éthique, clinique et organisationnelle » (168). Cette note nous semble encourageante en ce qu'elle s'oriente vers la prise de conscience que nous avons évoquée plus haut. Elle reconnaît en effet que les préoccupations autour de la contention et de l'isolement ne sauraient être escamotées par la seule légitimation soignante, mais relèvent bel et bien de questions qui sont « essentiellement d'ordre légal et éthique vis-à-vis du respect des libertés individuelles, du rôle et de la fonction des intervenants, de la légitimité de la mesure de contention et d'isolement, de la prise en compte de l'intérêt général, de la sécurité du patient et de celle d'autrui ». Pour ce qui est du cadre légal, la nouvelle loi dite de *Modernisation de notre système de santé*, promulguée le 26 Janvier 2016 (120) marque une progression vers la

clarification juridique de ces mesures de coercition, en ce qu'elle fixe, par un paragraphe dédié, les conditions d'exceptionnalité auxquelles elles peuvent être légalement prononcées, et impose aux établissements de tenir un registre les consignant. Dans la même dynamique de quête de transparence, pour palier le manque de statistiques qu'avait pointé le député Robiliard (flou dont bénéficient les usages déviants de la contention), la Conférence nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement (CME) de Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), sous le mandat présidentiel du Docteur Christian Müller, a signifié en septembre 2014 son intention de mettre en place un observatoire national des libertés (167). Enfin, Adeline Hazan a tout dernièrement annoncé la parution d'ici fin mai 2016 d'un rapport thématique dédié à la contention et à l'isolement, réaffirmant par là des préoccupations qui avaient déjà été plusieurs fois soulevées par Jean-Marie Delarue avant elle (169). Il semblerait donc que s'ébauche, aux plans politique et institutionnel, un mouvement par lequel la psychiatrie est invitée à regarder ses mesures coercitives en face, à rompre ses résistances à en penser les différentes dimensions, y compris les plus obscures. Cette invitation doit, à notre avis, être pensée comme une étape préliminaire, un constat préalable au changement. Et en matière de changement, l'édiction de protocoles et de mesures de rationalisation, quoiqu'offrant un cadre dans une certaine mesure utile, ne suffiront pas à lutter contre les usages illégitimement violents de la coercition. En effet, la juste appréciation du caractère nécessaire et proportionné de son recours relèvera toujours d'une évaluation *in situ*, contextualisée et singulière, intégrant les données propres à l'état du patient, du service et de l'équipe (médecin compris), mettant en balance ses visées légitimes et ses effets délétères. Intégrant des données personnelles, interpersonnelles, institutionnelles, symboliques, sociales ou légales bien au delà de la seule clinique, la mise en équation visant à limiter les risques violents de la contention ne peut se poser qu'en termes de « comment faire pour faire au mieux ? ». Dès lors, c'est d'après nous vers l'institution d'une éthique de la contention (170) que le mouvement doit se poursuivre. Bien entendu, cela n'aurait rien d'immédiatement efficace, ni de directement mesurable. Plus que la mise en œuvre d'actions opérationnelles, il s'agirait d'œuvrer par sensibilisation, par aiguisage d'une réflexion critique, qui serait d'autant plus efficace qu'elle aurait lieu précocement. Une telle sensibilisation, en appui sur l'éthique du sujet que nous avons évoquée plus haut, pourrait passer par des formations telles que celles mises

en place au CH Gérard-Marchand de Toulouse [d'après les conclusions de la thèse d'exercice de Raphaël Carré sur le vécu des patients en contention (168)], des reprises cliniques, ou des temps de réflexion transdisciplinaire. Elle serait bien évidemment à impulser dès l'internat, mais surtout à renouveler fréquemment, car le soignant, éprouvé par la complexité et parfois la violence des situations cliniques qu'il a à gérer, a tôt fait de glisser à nouveau vers l'automatisme du recours à la contention, dans l'oubli ou la négligence de ses conséquences violentes.

C'est le propre de la démarche éthique que de se mettre en tension, de travailler à entretenir le doute plutôt que de vouloir le résoudre trop vite. Peut-être cet inconfort est-il le prix d'une vigilance seule susceptible de circonscrire ou de faire barrage, dans une perspective pleinement soignante, à des violences qu'on préférerait ne pas voir. Du moins est-il toujours plus commode d'ignorer ces violences, de se refuser à y penser, ou de se désengager de la relation intersubjective soignant-soigné pour ne pas avoir à se confronter à leurs conséquences. Aussi, assumer sa part de responsabilité dans les violences du soin relève d'une forme courage. Non pas le courage de la témérité, qualité somme toute vite consommée, mais plutôt le « courage du commencement » de Jankélévitch dont Cynthia Fleury a fait l'exégèse (171). Aborder la violence, la reconnaître, tantôt l'accepter, tantôt la combattre, briser le silence, dénoncer, s'opposer, s'indigner, témoigner de son émotion, assumer son vécu, autant d'efforts qui ne prennent leur plein sens que dans la répétition. Le courage de lutter contre la violence, c'est lutter contre le découragement qui consiste à l'accepter ou la banaliser. Toujours se mettre en branle. Toujours remettre l'ouvrage sur le métier. D'après Cynthia Fleury, « Le courage est affaire de commencement parce qu'il est l'une des plus sûres manifestations de la volonté ». Et de fait, si les violences maltraitantes profitent d'une certaine dynamique, ou plutôt d'une certaine inertie collective, d'un bercement routinier ou d'une entropie groupale, alors il y a courage à faire face au courant, à cesser de s'absenter de soi pour reprendre l'initiative. Un courage à manifester ou à exercer sa volonté de s'opposer aux violences indues. Dans cette perspective, le courage de lutter contre ces violences s'inscrit pleinement dans la dimension initiatique de l'apprentissage du soin. Il est totalement et personnellement impliquant. Il gonfle le sujet d'une valeur d'irremplaçabilité en interpellant nommément son sentiment de responsabilité [« Cette chose qu'il faut faire, c'est moi qui doit le faire »

(171)]. Il oblige celui qui s'en empare à se révéler à lui-même, à « retrouver le chemin de la subjectivité inaliénable ». Surtout, et c'est peut être la leçon la plus précieuse qu'apporte Cynthia Fleury pour aider à faire face à la violence du soin en psychiatrie, « le courage, c'est aussi ce qui vous fait devenir courageux, le petit acte du quotidien qui alimente l'estime de soi et lutte contre l'entropie collective ». Aussi, la médecine toute entière, et la psychiatrie avec elle, gagneraient à reconnaître le courage de ses étudiants, à les encourager, à en faire des sujets courageux. Ce serait un pari pour l'avenir, l'amorce d'un cercle vertueux, l'assurance d'une revitalisation. D'une oxygénation. Comme le propose le philosophe Michel Dupuis, la substitution du πνευμα, souffle léger de l'esprit, au βια, souffle lourd de la violence (172).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1972. (Tel).
2. Goldstein JE. Console and classify. The French psychiatric profession in the nineteenth century. Chicago: University of Chicago Press; 1989.
3. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Paris: Presses Universitaires de France; 2004. (Que sais-je ?).
4. TNS Sofres. Baromètre de confiance dans les media 2015. Montrouge: La Croix; 2015 Jan.
5. Clement S, Foster N. Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points. *Schizophr Res.* 2008;98(1–3):178–83.
6. Cabut S. La schizophrénie mal traitée par... les médias. *Le Monde Science et Techno* [Internet]. 18 Jan 2016; Disponible: [http://www.lemonde.fr/sciences/article/2016/01/18/la-schizophrénie-mal-traitee-par-les-medias\\_4849286\\_1650684.html](http://www.lemonde.fr/sciences/article/2016/01/18/la-schizophrénie-mal-traitee-par-les-medias_4849286_1650684.html)
7. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale.* 2010;36(3, Supplément 1):7–13.
8. Présidence de la République. Déclaration sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque [Internet]. 2 Déc 2008; Antony. Disponible: <http://discours.vie-publique.fr/notices/087003805.html>
9. Lovell AM, Cook J, Velpy L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. *Rev Epidémiologie Santé Publique.* 2008;56(3):197–207.
10. Poupard A, Barat C (Observatoire National des Violences en Milieu de Santé). Rapport annuel 2014 sur les données 2013. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014.
11. Michaud Y. La violence. Paris: Presses Universitaires de France; 2004. (Que sais-je ?).
12. Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de Santé - Violence [Internet]. Disponible: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
13. Davous D, Le Grand-Séville C, Seigneur E, rédacteurs. L'éthique à l'épreuve des violences du soin. Toulouse: Erès; 2014. (Erès poche - Espace éthique).

14. Lefève C. Devenir médecin. Paris: Presses Universitaires de France; 2012. (Question de soin).
15. Van Effenterre A. Spécificités de la formation en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2013;89(1):83–90.
16. Hoerni B. L'examen clinique : d'Hippocrate à nos jours. Tours: Imothep; 2000.
17. Bourdieu P. Langage et pouvoir symbolique. Paris: Seuil; 2001.
18. Piaget J. L'épistémologie génétique. Paris: Presses Universitaires de France; 1970. (Que sais-je ?).
19. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am.* 1981;4(1):25.
20. Hardy-Baylé M-C. Modèles théoriques en psychiatrie - Épistémologie. In: Rouillon F, Guelfi JD, rédacteurs. *Manuel de psychiatrie.* Issy les Moulineaux: Masson; 2007. p. 13–22.
21. Missa JN. Le hasard, ferment des psychotropes. *La Recherche.* 2007;(407):56.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5®).* Washington: American Psychiatric Pub; 2013.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV - Text Revision (DSM-IV-TR®).* Washington: American Psychiatric Pub; 2000.
24. Postel J. Introduction à l'histoire de la psychiatrie. In: Rouillon F, Guelfi JD, rédacteurs. *Manuel de psychiatrie.* Issy les Moulineaux: Masson; 2007.
25. American Psychiatric Association. *History of the DSM [Internet].* Disponible: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>
26. De Leon J. Is Psychiatry Scientific? A Letter to a 21st Century Psychiatry Resident. *Psychiatry Investig.* 2013;10(3):205–17.
27. Pichot P, Guelfi JD. Le DSM-III devant la psychopathologie française. Communication au congrès DSM-III et psychiatrie française. Paris: Masson; 1985. p. 1–6.
28. McHugh PR. Striving for coherence: psychiatry's efforts over classification. *JAMA J Am Med Assoc.* 2005;293(20):2526–8.
29. Morin E. Le défi de la complexité. *Chimères.* 1988;(5/6).
30. Gori R. Malaise dans la psychiatrie ? *Clin Méditerranéennes.* 2008;78(2):49–64.
31. Compagnon C, Sannié T. L'hôpital : un monde sans pitié. Paris: L'Éditeur; 2012.
32. Delion P. Restaurer le sujet dans l'homme. Communication aux journées Croix Marine. Caen; 30 Sept 2013.

33. Kreitlow C. Témoigner des violences dans les espaces de soin. La scène du travail. In: Davous D, Le Grand Sébille C, Seigneur E, rédacteurs. L'éthique à l'épreuve des violences du soin. Toulouse: Erès; 2014. p. 54–78. (Erès poche - Espace éthique).
34. Sironi F. Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. *Prat Psychol.* 2003;4:3–13.
35. Doucet M-C. Santéisation et souffrance: un enjeu social contemporain. In: Yaya HS, rédacteur. Pouvoir médical et santé totalitaire: conséquences socio-anthropologiques et éthiques. Presses de l'Université Laval. 2009. p. 359–73.
36. Wieviorka M. La Violence. Paris: Balland; 2004. (Voix et regards).
37. Kress J-J. Compte-rendu du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. In Montréal: Masson; 1989.
38. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophr Bull.* 2013;39(2):270–7.
39. Karsz S. Mythe de la parentalité, réalité des familles. Paris: Dunod; 2014.
40. Merens G. Comment penser et transmettre une approche clinique en formation continue ? *Cahiers Alfred Binet.* 1999;(4):141–53.
41. Klein M. Envie et gratitude et autres essais. Paris: Gallimard; 1968. (nrf).
42. Parent K. Que faire des violences rapportées par les étudiants ? Communication à la Soirée de l'espace de réflexion éthique de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Nord Pas-de-Calais Picardie. Lille; 26 Mai 2014. Disponible : <http://www.santementale5962.com/nos-evenements/les-soirees-de-l-espace-de-37/article/devenir-soignant-la-violence-d-un>
43. Kaës R, Desvignes C. Le travail psychique de la formation. Entre aliénation et transformation. Paris: Dunod; 2011. (Inconscient et culture).
44. Foucault M. Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France (1973-1974). Paris: Gallimard et Seuil; 2003. (Hautes Études).
45. Elkaïm M. Si tu m'aimes, ne m'aime pas: approche systémique et psychothérapie. Paris: Seuil; 1989. (La couleur des idées).
46. Durand D. La systémique. Paris: Presses Universitaires de France; 1979. (Que sais-je ?).
47. Arendt H. Le système totalitaire. Seuil. Paris: Seuil; 1972.
48. Van Effenterre A, Hanon C, Llorca P-M. Enquête auprès des PU-PH sur la formation en psychiatrie en France. *L'Encéphale.* 2014;40(3):208–15.
49. Suissa AJ. Médicalisation, Ritalin et enjeux sociaux : la performance dans une pilule. In: Yaya HS, rédacteur. Pouvoir médical et santé totalitaire: conséquences

socio-anthropologiques et éthiques. Québec: Presses de l'Université Laval; 2009. p. 301–18.

50. Gabarron-Garcia F. Critique épistémologique de la présentation de malades, ou clinique d'une pratique de la forclusion. *Chimères*. 2010;74(3):123–38.

51. Onfray M. *Le crépuscule d'une idole. L'Affabulation freudienne*. Grasset; 2010.

52. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, Morche J. *Une logique de la communication*. Paris: Seuil; 1972.

53. De Clercq M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Louvain: De Boek; 1997. (Oxalis).

54. Foucault M. *Dits et Ecrits, 1954-1988. Tome III : 1976-1979*. Paris: Gallimard; 1994. (nrf).

55. Gonon F. La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? *Esprit*. 2011;Novembre(11):54–73.

56. Greenberg SA. How citation distortions create unfounded authority: analysis of a citation network. *BMJ*. 2009;339:b2680.

57. Yaya HS. Hygie contre Panacée. La médicalisation comme instrument de servitude dans les sociétés postindustrielles. In: *Pouvoir médical et santé totalitaire: conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Québec: Presses de l'Université Laval; 2009. p. 1–11.

58. Berrios GE. Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychol Med*. 1984 May;14(2):303–13.

59. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Rapport sur les psychothérapies*. Paris: Direction Générale de la Santé; 2004.

60. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010 Nov;167(11):1321–30.

61. Button KS, Ioannidis JPA, Mokrysz C, Nosek BA, Flint J, Robinson ESJ, et al. Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2013 May;14(5):365–76.

62. Ioannidis JPA. Why Most Published Research Findings Are False. *PLoS Med*. 2005;2(8):e124.

63. Gauchet M, Swain G. *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard; 1980.

64. Bateson G. *Vers une écologie de l'esprit*. Paris: Seuil; 1977.

65. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*. Paris: Payot; 1927.

66. Roman P. L'institution et la violence. Les professionnels du soin à l'épreuve du lien. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. (Psychiatrie).
67. Bergeret J. La violence fondamentale. Paris: Dunod; 1984.
68. Hegel GWF. Phénoménologie de l'esprit. Vrin; 2006.
69. Sartre J-P. L'être et le néant. Paris: Gallimard; 1943.
70. Combièr-Veuillet C, Corre J-J, du Mortier P. La violence dans l'institution psychiatrique. *J Psychol.* 2006;241(8):44.
71. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Le Seuil; 1990.
72. Elkaïm M. L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance. *Psychothérapies.* 2004;24(3):145–50.
73. Ripoll LH, Snyder R, Steele H, Siever LJ. The Neurobiology of Empathy in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(3).
74. Gonzalez-Liencre C, Shamay-Tsoory SG, Brüne M. Towards a neuroscience of empathy: Ontogeny, phylogeny, brain mechanisms, context and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013 Sep;37(8):1537–48.
75. Jousset D. Co-vulnérabilités : critique de la raison vulnérable. Communication au colloque Prendre soin de l'humain vulnérable ? Regards croisés sur les vulnérabilités dans la société contemporaine. Brest; 3 Oct 2013.
76. Vidal G. Négation de l'autre et violence institutionnelle. *Champ Psychosom.* 2004;33(1):105–16.
77. Benmussa S, Le Maléfan P. Être élève-infirmier en psychiatrie et finir son adolescence. À propos d'une expérience de groupe d'analyse des pratiques. *Vie Soc Trait.* 2008;4(100):82–9.
78. Ricoeur P. Ethique et morale. *Rev Port Filos.* 1990;46(1):5–17.
79. Levinas E, Nemo P. Éthique et infini. Paris: Fayard; 1982. (L'Espace intérieur).
80. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
81. Parent K. Que faire des violences rapportées par les étudiants ? *Éthique et Santé.* 2013;(10):155–62.
82. Claire Marin dialogue avec Emmanuel Hirsch et Charles-Edouard Notredame. In: Davous D, Le Grand Sébille C, Seigneur E, rédacteurs. L'éthique à l'épreuve des violences du soin. Toulouse: Erès; 2014. (Erès poche - Espace éthique).
83. Marin C. Hors de moi. Paris: Allia; 2008.

84. Première année de médecine : une saison en enfer. L'Express [Internet]. 20 Oct 2015; Disponible: [http://www.lexpress.fr/education/premiere-annee-de-medecine-une-saison-en-enfer\\_1727551.html](http://www.lexpress.fr/education/premiere-annee-de-medecine-une-saison-en-enfer_1727551.html)
85. Nikiforaki D. Notes d'une externe en service psychiatrique. *Éthique Santé*. 2012;9(4):176–80.
86. Mallet D, Herbaut A, Vanheems D, Soyez S, Chekroud H. L'étudiant en médecine : d'une identification angoissante à l'acquisition d'une savoir protecteur. *Ethica Clin*. 2003;30:28–31.
87. Baudry P. Violence, soins et tiers social. *JAMALV*. 1996;(46):8–13.
88. Lemke C, Balfagon S, Lienhard C, Duboc H, Schuffenecker N, Teuma L, et al. Classement 2014-2015. Les spécialités et les CHU choisis par les jeunes médecins. *What's up Doc*. 2015;(18).
89. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés... *Inf Psychiatr*. 2015;91(5):417–26.
90. Anatrella T. Les « adolescents ». *Études*. 2003;399(7):37–47.
91. Erikson EH. *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris: Flammarion; 1972.
92. Dolto F, Dolto-Tolitch C. *Paroles pour adolescents ou le Complexe du homard*. Paris: Hatier; 1989.
93. Pinell P. La normalisation de la psychiatrie française. *Regards Sociol*. 2004;29:3–21.
94. Soulière M. Pathologiser la vie des adolescents, une nouvelle grammaire sociale. In: Yaya HS, rédacteur. *Pouvoir médical et santé totalitaire: conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Québec: Presses de l'Université Laval; 2009. p. 319–39.
95. Micoulaud-Franchi J-A. Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un « orphelin de la science ». *Pédagogie Médicale*. 2011;11(3):187–96.
96. Castel R. De la dangerosité au risque. *Actes Rech En Sci Soc*. 1983;47-48(1):119–27.
97. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science*. 1973;179(4070):250–8.
98. Forman M. *Vol au dessus d'un nid de coucou*. Splendor Films; 1975.
99. Foucault M. *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France; 1963.
100. Bentham J. *Panopticon : or the inspection house*. Vol. 2. 1791.

101. Mallet D. Peut-on soigner sans prendre soin ? Communication au colloque Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Paris; 2004.
102. Laé J-F. Les « beaux cas » chez Michel Foucault. *Le Portique*. 2004;(13-14).
103. Braud P. *Violences politiques*. Paris: Seuil; 2004.
104. Genoux F. La psychiatrie, une destruction totale. *Le Monde*. 4 Mar 2011; Disponible: [http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/03/04/la-psychiatrie-m-a-detruite\\_1488236\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/03/04/la-psychiatrie-m-a-detruite_1488236_3224.html)
105. Natho T. Mon fils, ce schizophrène... [Internet]. Contes de la folie ordinaire - Mediapart. 27 Oct 2015. Disponible: <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/271015/mon-fils-ce-schizophrane>
106. Mercurio S. *À l'ombre de la République*. Iskra; 2012.
107. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Paris: Haute Autorité de Santé; 2009.
108. Brown H. *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*. Paris: Conseil de l'Europe; 2002.
109. Ernoult A, Le Grand-Séville C. *Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie*. 2010.
110. Vicet M. Les violences institutionnelles aujourd'hui : analyse clinique. Communication à la Journée Violences institutionnelles de l'Afirem. Paris; 24 Mai 2013.
111. Lepoutre T. Un sadisme nécessaire chez le soignant ? In: Davous D, Le Grand Séville C, Seigneur E, rédacteurs. *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*. Toulouse: Erès; 2014. p. 196–212. (Erès poche - Espace éthique).
112. Velpry L. Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail: formes et enjeux de la violence dans le contexte des soins en psychiatrie. *Violence et Institution. Réguler, innover ou résister*. 2011;29–44.
113. Goffman E. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Ed. de Minuit; 1968.
114. Molom. A quoi voit-on qu'un infirmier est encore étudiant ? A sa tendresse. Rue89 [Internet]. 15 Avr 2014; Disponible: <http://rue89.nouvelobs.com/2014/04/15/a-quoi-voit-quun-infirmier-est-encore-etudiant-a-tendresse-251526>
115. Notredame C-E. L'étudiant en médecine, un apprenant en violence. *Éthique et Santé*. 2013 Sep;10(3):144–8.
116. Lemogne C. *Médecine et empathie*. Communication à la Séance de l'Académie nationale de Médecine dédiée aux émotions, Paris; 31 Mar 2015.
117. Malye F, Vincent J. Spécial hôpitaux et cliniques 2014 : psychiatrie, Kafka à l'hôpital. *Le Point* [Internet]. 21 Août 2014; Disponible:

[http://www.lepoint.fr/sante/special-hopitaux-et-cliniques-2014-psychiatrie-kafka-a-l-hopital-21-08-2014-1855398\\_40.php](http://www.lepoint.fr/sante/special-hopitaux-et-cliniques-2014-psychiatrie-kafka-a-l-hopital-21-08-2014-1855398_40.php)

118. Joxe P. Postface. Droit d'aller et venir ? In: Najman T, rédacteur. Lieu d'asile. Manifeste pour une autre psychiatrie. Paris: Odile Jacob; 2015. p. 217–27.

119. Article L311-3, modifié par Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015. Code de l'action sociale et de la famille 28 Dec, 2015.

120. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Code de la santé publique, 2016-41 27 Jan , 2016.

121. Dujardin V. Isolement et Contention. Références juridiques et jurisprudentielles françaises, scientifiques, européennes. Armentières: EPSM Lille Métropole; Jan 2016.

122. Robiliard D. La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Assemblée Nationale; Déc 2013.

123. Garré C. Psychiatrie : le rapport Robiliard suscite (bien) des espoirs. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 9 Jan 2014; Disponible : [http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/01/09/psychiatrie-le-rapport-robiliard-suscite-bien-des-espoirs\\_695591](http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/01/09/psychiatrie-le-rapport-robiliard-suscite-bien-des-espoirs_695591)

124. Collectif des 39. Communiqué de presse : Démocratie sanitaire en psychiatrie : soigner d'abord la démocratie [Internet]. Quelle hospitalité pour la Folie ? Collectif des 39. 2014. Disponible : <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=7097>

125. Sebbane D, Berger A. Rapport Robiliard : les jeunes praticiens et internes de psychiatrie non consultés et pointés du doigt. Psy Déchaîné. 2014;(11):8.

126. Delarue J-M. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2013. Paris; 2014.

127. Delarue J-M. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2012. Paris; 2013.

128. Le Mentec M. Isolement et contention en psychiatrie, « thérapies » de la docilité. [Paris]: EHESS; 2011.

129. Favereau E. "Les 39" veulent sortir du trio contention-isolement-médication. Libération [Internet]. 27 Oct 2014; Disponible: [http://next.liberation.fr/vous/2014/10/27/les-39-veulent-sortir-du-trio-contention-isolement-medication\\_1130645](http://next.liberation.fr/vous/2014/10/27/les-39-veulent-sortir-du-trio-contention-isolement-medication_1130645)

130. Favereau E. L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques. Libération [Internet]. 27 Nov 2009; Disponible: [http://www.liberation.fr/societe/2009/11/27/l-enfermement-revient-en-force-dans-les-hopitaux-psychiatriques\\_596107](http://www.liberation.fr/societe/2009/11/27/l-enfermement-revient-en-force-dans-les-hopitaux-psychiatriques_596107)

131. Maillard-Déchenans N. Pour en finir avec la psychiatrie : des patients témoignent. St-Georges-d'Oléron: Libertaires; 2008.

133. Collectif des 39. Appel : Non à la contention. La sangle qui attache tue le lien humain qui soigne [Internet]. Les appels du collectif des 39. 2015. Disponible: <http://www.hospitalite-collectif39.org/?non-a-la-contention>
133. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2014. Paris; 2015.
134. Bonnafé L. Réflexions sur l'isolement thérapeutique (le problème des "cellules" et des chambres à l'hôpital psychiatrique). *Inf Psychiatr.* 1949;5:172–86.
135. Moreau D. Conjurer la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie. *Sociol Santé.* 2011;33(3):29–47.
136. Friard D. Isoler l'isolement ou le contextualiser? In: Caria A. rédacteur. Démarche qualité en santé mentale, une politique au service des patients. Paris: In Press; 2003. p. 345. (Des pensées et des actes en santé mentale).
137. Carré R. Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2014.
138. Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale.* 2013;39(4):237–43.
139. Terki M. Interne de garde et contrainte [Internet]. Quelle hospitalité pour la Folie ? Collectif des 39. 10 Déc 2010. Disponible: <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=874>
140. Decloitre L. Les fous liés des Comores. Libération [Internet]. 21 Nov 2014; Disponible: [http://www.liberation.fr/societe/2014/11/21/les-fous-lies-des-comores\\_1147956](http://www.liberation.fr/societe/2014/11/21/les-fous-lies-des-comores_1147956)
141. Delion P. Le packing avec les enfants autistes et psychotiques. Toulouse: Érès; 1998.
142. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. Référentiel de Psychiatrie. Tours: Presses Universitaires François-Rabelais; 2014.
143. Dollard J, Miller NE, Doob LW, Mowrer OH, Sears RR. Frustration and aggression. Yale Univ Press. 1939;8.
144. Lamothe P. Entre violence de la contrainte et violence de l'abandon. *Rhizome.* 2011;(42):13.
145. Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Paris: Haute Autorité de Santé; Mar 2011.
146. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangersité psychiatrique et prédictivité. *Inf Psychiatr.* 2009;85(8):745–52.

147. Voruz V. Comment les sociétés «se débarrassent de leurs vivants»: dangerosité et psychiatrie, la donne contemporaine. *Cult Confl.* 2014;94-95-96(2):203–23.
148. Robin D. *Violence de l'insécurité*. Paris: Presses Universitaires de France; 2010. (Souffrance et théorie).
149. Cintas C. Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé.* 2009;(11-1).
150. Goffman E. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris: Les Ed. de Minuit; 1973. (Le sens commun).
151. Loi modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. *Code de la santé publique*, 2013-869 27 Sept, 2013.
152. Eyraud B, Laval C. Santé mentale : se servir du droit comme d'un outil. *Rhizome.* 2014;(53):1–2.
153. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.
154. Barthélémy C. Éthique de la contrainte en psychiatrie. In: Pidolle A, Thiry-Bour C, rédacteurs. *Droit d'être soigné, droits des soignants*. Toulouse: Erès; 2003; p. 67–74. (Études, recherches, actions en santé mentale en Europe).
155. Coldefy M, Tartour T, Nestrigue C. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; Jan 2015. Rapport No.: 205.
156. Galtung J. A structural theory of aggression. *J Peace Res.* 1964;1(2):95–119.
157. Cohen Solal H. Beit ham, lieu d'accueil de l'adolescence à Jerusalem. Communication au colloque *Accueil, avatar de la rencontre*, Paris; 2002.
158. Ey H. Fragments de l'œuvre militante. *Inf Psychiatr.* 1972;48(1).
159. Jeammet P. *Paradoxes et dépendance à l'adolescence*. Paris: Fabert; 2009. (Temps d'arrêt - Lectures).
160. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2013;17(1):1–19.
161. Taiminen T, Salmenperä T, Lehtinen K. A suicide epidemic in a psychiatric hospital. *Suicide Life Threat Behav.* 1992;22(3):350–63.
162. Girard R. *La violence et le sacré*. Paris: Grasset; 1972.
163. Sauder R. *Etre là*. Shellac; 2012.

164. Faculté de médecine de Lille. Thèses d'exercice de médecine [Internet]. Disponible : <http://medecine.univ-lille2.fr/theses/>
165. Montpellier : les futurs médecins prendront des cours de théâtre. Le Figaro.fr étudiant [Internet]. 11 Sept 2013; Disponible : <http://etudiant.lefigaro.fr/les-news/actu/detail/article/montpellier-les-futurs-medecins-prendront-des-cours-de-theatre-2744/>
166. Bal PM, Veltkamp M. How Does Fiction Reading Influence Empathy? An Experimental Investigation on the Role of Emotional Transportation. Young L, editor. PLoS ONE. 2013 Jan 30;8(1):e55341.
167. Cordier C. Quand le voile commence à être levé sur le sujet tabou de la contention des patients. Hospimedia [Internet]. 11 Août 2015; Disponible: <http://www.hospimedia.fr/actualite/analyses/20150811-psychiatrie-quand-le-voile-commence-a-etre-leve>
168. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage - Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie. 2015.
169. Agence de Presse Médicale. Psychiatrie: la CGLPL annonce la sortie d'un rapport thématique sur la contention et l'isolement. 9 Mar 2016;
170. Touzet P. Pour une éthique de la contention. Santé Ment. 2004;86(3):54–8.
171. Fleury C. Le courage du commencement. Études. 2014 Jan 1;janvier(1):57–66.
172. Dupuis M. Communication à la Soirée de l'espace de réflexion éthique de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Nord Pas-de-Calais Picardie; Lille, 26 Mai 2014. Disponible: <http://www.santementale5962.com/nos-evenements/les-soirees-de-l-espace-de-37/article/devenir-soignant-la-violence-d-un>

## ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

### 1. INTRODUCTION À L'ENTRETIEN

#### 1.1. Situation du contexte de l'étude

*Cet entretien s'intègre dans le cadre d'une thèse d'exercice en psychiatrie, menée sous la direction du Docteur Catherine Le Grand-Sébille et du Professeur Pierre Delion.*

#### 1.2. Présentation du sujet de recherche

- *Cette étude porte sur la violence du soin en psychiatrie*
  - *Précisons d'emblée que les violences physiques et les agressions commises par les personnes prises en charge par des services de psychiatrie (qu'elles soient dirigées vers les soignants ou toute autre personne) sont hors champ*
  - *Nous nous intéressons davantage à la violence liée à la psychiatrie elle-même, c'est à dire à la discipline psychiatrique et à l'administration du soin en psychiatrie (au sens large).*
  
- *Notre voie d'abord particulière est celle l'apprentissage, en nous posant les questions suivantes : comment l'apprentissage du soin en psychiatrie vient modifier le regard que le soignant porte sur ces violences ? Quelle incidence ont ces violences sur la construction de son identité de soignant ? Cela recouvre donc*
  - *Les violences ressenties, perçues, subies, agies*
  - *Tant par le soignant que par le patient et l'apprenant*

### **1.3. Précision des conditions de l'entretien**

- Enregistrement par dictaphone
- Préservation de l'anonymat

### **1.4. Recueil du consentement**

## **2. QUESTIONS PRÉLIMINAIRES**

- *Pourriez-vous me parler un peu de vous en me décrivant rapidement*
  - *Votre fonction actuelle*
  - *Votre parcours*
- *Quel âge avez-vous ?*
- *Combien d'années d'expérience avez-vous en psychiatrie ?*

## **3. QUESTIONS**

### **3.1. Exploration générale**

- *D'après-vous, qu'est ce qui est susceptible d'être violent dans le soin en psychiatrie ?*
- *Pourriez-vous me raconter une ou plusieurs expérience(s) où le soin en psychiatrie a pu vous apparaître violent, ou pendant lesquelles vous avez vécu le soin psychiatrique comme violent ?*
- *Quelles autres expériences pourriez-vous me raconter ?*
- *Avez-vous déjà été choqué, ou heurté par une situation de soin en psychiatrie ?*

### **3.2. Exploration des imprégnations violentes lors des premières expériences**

- *Vous souvenez-vous de vos toutes premières impressions lorsque vous êtes entré dans un service de psychiatrie, ou que vous avez rencontré pour la première fois un patient pris en charge en psychiatrie ?*

- *Pouvez-vous me raconter, d'une de vos premières expériences marquantes en psychiatrie, et qui, d'après vous, était liée à une certaine forme de violence du soin (si de tels souvenirs existent) ?*

### **3.3. Exploration plus ciblée (si suffisamment de temps, questions sélectionnées en fonction de la première partie de l'entretien)**

- *D'après vous, la théorie psychiatrique peut-elle être violente ou générer des violences ? Si oui, en quoi ?*
- *Avez-vous déjà perçu la contrainte en psychiatrie comme violente ? Si oui, pouvez-vous me raconter une situation de contrainte que vous avez vécue comme violente ?*
- *Avez-vous déjà perçu la contention en psychiatrie comme violente ? Si oui, pouvez-vous me raconter une situation de contention que vous avez vécue comme violente ? En quoi cette situation était-elle violente ?*
- *Avez vous perçu des similitudes entres des situations violentes que vous auriez pu vivre durant vos études de médecine, et des situations violentes que vous auriez pu vivre en psychiatrie ? Des différences ?*

**AUTEUR** : Charles-Edouard NOTREDAME

**Date de Soutenance** : 28 Avril 2016

**Titre de la Thèse** : Apprendre le soin en psychiatrie, apprendre sa violence

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement** : DES Psychiatrie

**Mots-clés** : violence, apprentissage, soin, psychiatrie

**Résumé :**

Pour peu qu'on accepte de ne pas se restreindre à ses acceptions les plus étroites, la question de la violence apparaît comme incontournable à chaque étape du soin en psychiatrie. Une violence qui, si elle tend à devenir inapparente, banale ou anodine aux yeux des habitués, ne manque pas d'interpeler, si ce n'est d'affecter, ceux qui ont à s'initier à la discipline. En misant sur son potentiel révélateur, nous avons fait le pari de voir en l'apprentissage une voie d'exploration privilégiée des violences – qu'elles soient nécessaires ou déviantes – du soin de façon générale, et du soin psychiatrique de façon plus particulière.

Cette exploration, nous l'avons menée à travers une réflexion critique, nourrie de la littérature médicale et des travaux de sciences humaines, mais également – dans un intérêt particulier pour le récit – de rencontres, de témoignages, de productions médiatiques et artistiques, ainsi que de nos propres expériences d'interne.

Nous avons d'abord voulu montrer comment la discipline psychiatrique, en tant que dispositif théorique en butte avec l'aporie épistémologique que représente l'inconnu étiologique, oscillait (et l'apprenant avec elle) entre le double risque violent de l'athéorisme et de l'idéologie totalisante. En retraçant le parcours initiatique de l'apprenant en soin, nous avons ensuite tâché de mettre au jour ce qu'il y avait de nécessairement violent à entrer dans une relation intersubjective avivée ou menacée par la souffrance psychique, et ce qu'il y avait d'indûment violent à ce que le sujet se retrouve nié ou maltraité. Enfin, nous avons examiné la façon dont la psychiatrie composait avec la violence explicite de la contention, mesure attentatoire aux libertés individuelles souvent imposée avec force. Par une confrontation des voies de légitimation et des motivations réelles à son recours, nous avons interrogé les frontières de l'acceptabilité de cette violence.

Au terme de notre cheminement, il nous est apparu qu'une éthique exigeante, fondée sur un regard lucide et la pleine assomption du contingent violent consubstantiel au soin, était une condition nécessaire à ce que la psychiatrie soit en mesure de faire barrage à ses violences évitables. Cette éthique pourrait prendre ancrage dans un apprentissage soignant dont le paradigme pédagogique serait irrigué d'une conscience épistémologique particulière et qui garderait le sujet comme point de mire.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

**Directeurs de thèse :** Monsieur le Professeur Pierre DELION

Madame le Docteur Catherine LE GRAND SÉBILLE

**Adresse de l'auteur** : 42, rue Louis Delos, 59700 MARCQ-EN-BAROEUL  
notredame.ce@gmail.com