

La contrainte est-elle compatible avec le *care* ?
Le cas de l'aide et du soin à domicile
May constraint be compatible with care?
The case of home care

Version papier à paraître en 2015 in *Alter*
European Journal of Disability research, Revue européenne de recherche sur le handicap
« Care et handicap », dirigé par A. Damamme, E. Fillion et M. Winance
en ligne : <http://www.sciencedirect.com.gate3.inist.fr/science/article/pii/S1875067214000613>

Antoine Hennion, CSI, PSL, MINES-ParisTech/CNRS
antoine.hennion@mines-paristech.fr
Pierre Vidal-Naquet, Cerpe, Centre Max Weber, Lyon
<http://contrastcollectif.wordpress.com/pierre.vidal-naquet@wanadoo.fr>

Les enquêtes dont sont tirés les cas présentés ont été menées dans le cadre de deux contrats de recherche, passés par la HAS et la CNSA (CNSA 07/011) pour le premier, par la MiRe (Drees, n° 09-3438) en 2012 pour le second. Nous remercions les personnes et les services qui nous ont accueillis, ainsi que les nombreux participants aux débats et présentations qui ont suivi ces recherches, pour les précieux commentaires et critiques que nous ont apportés chercheurs, aidants et personnes aidées. Tous les noms propres ont été anonymisés, mais nous avons conservé la forme plus ou moins familière que leur donnent les aides, selon l'âge, la position, le caractère des personnes.

Résumé : Défendre l'autonomie des personnes et le respect de leur volonté conduit légitimement à lutter contre le recours à la contrainte, en le contrôlant, en précisant strictement ses contours s'il est inévitable, en promouvant la bientraitance et une éthique du *care* centrée sur le souci des autres. Mais, au-delà des cas extrêmes de maltraitance ou de violence, si de façon plus réaliste on ne définit pas la contrainte seulement sur un mode binaire comme une action impliquant autrui sans son consentement, il importe de reconnaître qu'elle est omniprésente dans le soin et l'aide, non par défaut ou perversion, mais à cause de la nécessité d'assurer aussi la protection des personnes, notamment dans le cas où leur faculté à juger ce qui est bon pour elles est altérée. À partir de plusieurs études de cas détaillées conduites au domicile de personnes handicapées, cet article vise à décrire les formes de cette contrainte ordinaire, à bas bruit, continûment présente dans l'aide aux personnes, avant de s'interroger sur sa compatibilité avec le *care*.

English abstract: Defending the autonomy of people and respecting their will has legitimately led to fight against any resort to constraint in care activities, by controlling and strictly defining its use if necessary, and by promoting a positive ethics of care, centred on people's needs and wills. Nevertheless, beyond extreme cases of and violence, if one more realistically views constraint not only in a binary mode as an action involving people without their consent, it is crucial to acknowledge that constraint lies everywhere inside care activities. It is not a matter of remaining misconducts or perversion. It is due to the necessity of also protecting people, especially when their ability to evaluate what is good for them may be altered. Leaning on several minute case studies carried out at disabled people's home, this paper describes the diverse forms that may take such an ordinary, silent constraint, ceaselessly present in care activities. It concludes by addressing its possible compatibility with care.

Mots-clés : contrainte, *care*, aide à domicile, autonomie, éthique de situation
Key-words: constraint, home care, autonomy, situational ethics

Introduction : Consentement *versus* contrainte ?

La contrainte est-elle acceptable dans l'aide et le soin ? La réponse à cette question générale semble relativement simple. Dans le contexte actuel de valorisation de l'autonomie, la contrainte – comprise comme le fait d'exercer des pressions sur autrui pour agir à sa place, le faire agir ou l'empêcher d'agir, sans son consentement – ne devrait pas avoir sa place dans la relation d'aide, si ce n'est dans certaines circonstances exceptionnelles et selon des modalités précises, définies et réglementées par le droit. Un tel principe, qui n'a de cesse d'être réaffirmé depuis la fin du XX^e siècle, tant au niveau national qu'international, oriente les politiques publiques ainsi que les débats et controverses qui leur sont liés dans trois grandes directions. Avant de remettre en cause cette définition claire et binaire de la contrainte (consentement ou non de la personne), détaillons ces trois axes et le type de mesures que chacun a inspiré.

Selon un premier axe, l'action et la discussion s'organisent autour de l'exceptionnalité des pratiques contraignantes. La coercition dans l'aide et le soin est reconnue comme étant parfois inévitable. Elle ne doit s'exercer que dans certains lieux et certaines situations spécifiques. Son usage doit rester limité à ce qui est strictement nécessaire. Si de multiples directives ou recommandations reconnaissent que dans certaines circonstances, l'hospitalisation ou les soins sous contrainte sont nécessaires, il s'agit d'en éviter l'abus. La réforme du régime des tutelles (2007) prévoit que les mesures limitant l'action des personnes doivent être proportionnées au degré d'altération de leurs capacités, afin de les laisser agir librement dans tous les domaines, y compris celui de la santé et des soins (Eyraud, 2013). Mais les frontières entre l'inévitable et l'évitable sont discutables et font l'objet de nombreuses controverses, comme celles qui ont concerné récemment la loi sur les soins sans consentement (Devers, 2012). Depuis 2007, un Contrôleur Général des lieux de privation de liberté évalue annuellement si la restriction des libertés, entre autres dans les établissements de santé, n'excède pas le nécessaire et ne porte pas atteinte aux droits fondamentaux des personnes¹.

Le deuxième axe, articulé au premier, vise à identifier (Lovell, 1996; O'Brien & Golding, 2003) et encadrer les pratiques contraignantes qui ne peuvent être évitées. Procédures et protocoles sont mis en place pour préciser dans le détail les modalités de mise en œuvre de la contrainte. Ces textes ont pour objectif de s'assurer que la contrainte est justifiée et répond aux exigences de traçabilité et, plus positivement, de définir les dispositions et parfois les gestes admissibles, conseillés ou prescrits, pour les soins sous contrainte ou les pratiques de contention et d'isolement. Au-delà de ces textes, le recours à la contrainte est encadré par les soignants eux-mêmes lorsqu'ils cherchent à définir la légitimité ou l'illégitimité de son usage (Moreau, 2010; 2011). Enfin, les décisions qui peuvent être prises pour le bien des personnes ayant perdu toute capacité de discernement (par exemple coma, fin de vie) font l'objet d'un encadrement similaire.

À l'inverse des deux précédents, le troisième axe rassemble les actions et réflexions qui visent non à organiser et contrôler l'exercice de la contrainte, mais à la proscrire là où elle n'a pas lieu d'être. La contrainte a été dénoncée dans divers écrits professionnels ou scientifiques et dans plusieurs rapports d'enquête parlementaires, quand elle est associée à des faits de maltraitance, que ce soit sur le plan physique, psychologique, sexuel ou financier (Debout, 2003; Hugenot, 2007; Juilhard & Blanc, 2003; Molinier, 1999, 2009; Moulias, 2008; ANESM, 2009). Ne sont pas seulement visés ici les cas de maltraitance les plus criants, mais aussi la maltraitance « ordinaire » (Compagnon & Ghadi, 2009), celle qui se produit sans grande visibilité dans la vie quotidienne. C'est une violence de cet ordre, autrement dit indirecte, qui a été la cible des *Disability Studies*, pour qui l'inadaptation de la société est une forme de domination exercée par les valides à l'encontre des personnes handicapées (Shakespeare, 2002; Crow, 1996; Morris, 2001). En contrepoint de ce mouvement qui vise à faire disparaître les mauvais traitements dans les relations de soin et à bannir la contrainte lorsque celle-ci n'est pas expressément nécessaire, se profile un autre mouvement qui cherche à prévenir positivement la maltraitance par la

¹ Voir les rapports annuels du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté sur le site www.cglpl.fr/

définition et la promotion de pratiques professionnelles « bientraitantes ». La bientraitance a été l'objet de textes et de recommandations ambitionnant de promouvoir une culture professionnelle fondée sur l'attention portée aux besoins et aux demandes des personnes, au respect de leurs droits et de leurs choix, à leur autonomie et leur liberté (ANESM, 2008; HAS-Forap, 2012a, 2012b, 2012c). Si cette approche positive des pratiques professionnelles vise à prévenir la maltraitance, elle ne fait de cette prévention qu'un corollaire de la bientraitance. Selon une recommandation de l'ANESM, « la bientraitance est à la fois démarche positive et mémoire du risque [de maltraitance, NDLR] ». Dans les directives, recommandations et guides de bonnes pratiques, la question de la contrainte devient dès lors très marginale. Quand elle est évoquée, c'est pour rappeler qu'en cas de conflit entre sécurité et liberté, « la liberté reste la règle et la restriction de liberté l'exception » (ANESM, 2008). La logique de la bientraitance est très fortement marquée par la perspective de l'autonomie, comme capacité à décider et à agir par soi-même.

Les théories du *care* s'inscrivent dans ce troisième axe. Elles adoptent un positionnement analogue par rapport à la question de la contrainte même si l'objectif d'autonomie n'y occupe pas la même place : posant que quels qu'ils soient, les individus sont vulnérables et interdépendants, les théories du *care* défendent une conception relationnelle de l'autonomie. La capacité à décider et à agir repose sur un « soi » qui ne tient que par ses attachements aux autres. Dans ces conditions, les pratiques de *care* n'ambitionnent pas de restaurer en priorité l'autonomie, mais plutôt d'améliorer la qualité de ces attachements². Ce souci porté à la qualité du lien ne s'actualise pas à travers l'application de règles générales ou de principes de justice, qui risquent de conduire à des impositions de normes sociales ou juridiques. Il s'accomplit en situation, dans l'attention portée aux besoins singuliers des autres, par des arrangements dialogiques permettant entre autres qu'ils ne soient pas vécus comme des contraintes (Molinier & al., 2009). Dans ses commentaires sur l'histoire de Heinz, dont la femme a besoin pour survivre d'un médicament qu'il ne peut pas acheter et que le pharmacien ne veut pas donner, Carol Gilligan trouve les voies du *care* dans l'attitude de la petite fille, Amy. Contrairement au petit garçon, Jack, qui, suivant un raisonnement logique et dans une mise en concurrence des normes juridiques, propose de voler le pharmacien, donc de lui faire violence au nom de la supériorité du droit à la vie sur le droit de propriété, Amy prend une autre direction. Elle estime que par la discussion et la communication, des solutions de compromis doivent être possibles pour préserver les liens entre les personnes engagées dans la situation. « Les deux enfants reconnaissent la nécessité d'un accord mais empruntent deux voies différentes pour y parvenir : lui, d'une façon impersonnelle par les intermédiaires de la logique et de la loi ; elle, personnellement grâce à la communication des rapports humains » (Gilligan, 2008: 55). Amy estime que par la communication, il est possible de répondre aux différents besoins, aussi bien ceux de Heinz et de sa femme que ceux du pharmacien et de sauvegarder leurs relations. On peut comprendre dans ces conditions que les théoriciens du *care* se soient surtout attachés à donner un contenu concret à cette relation d'aide centrée sur le repérage et le traitement des besoins d'autrui, comme l'a fait Joan Tronto (2009) dans son identification des quatre phases constitutives des pratiques de *care* : *care about*, *taking care*, *care-giving* et *care receiving*. De même, Eva Feder Kittay (2011) s'est demandée comment prendre en compte ces besoins lorsque les bénéficiaires du *care* sont très vulnérables et dépendants, pour ne pas agir sans leur consentement et ne pas contraindre. En introduisant la théorie des capacités dans le *care* (Nussbaum, 2012), Martha Nussbaum cherche à promouvoir un « monde plus juste », reposant moins sur une égalité formelle des chances que sur le soutien aux capacités d'action des personnes démunies et/ou handicapées. Dans ce juste combat mené pour fournir à celles-ci les

² Le *care* rejoint ici le souci du pragmatisme de redéfinir sujets et objets par leurs relations (Hennion, 2010; Hennion & Vidal-Naquet, à paraître).

moyens spécifiques de choisir leurs propres projets de vie, les contraintes ne sont là encore envisagées que sur un mode négatif, comme un poids à alléger.

Suivant ces perspectives, le statut de la contrainte dans la relation d'aide et de soin est donc très clair : son usage est soit autorisé et encadré par le droit dans des circonstances particulières, soit illégitime dans toutes les autres situations, où il s'agit de la proscrire au profit de la « bienveillance » et des pratiques de *care*. Il n'est pas sûr toutefois que l'usage de la contrainte puisse être analysé de façon aussi binaire, avec d'un côté la contrainte légitime et de l'autre la contrainte illégitime. Comme le signale à juste titre Pascale Molinier (2013: 11), « le *care* en pratique ne ressemble pas à la théorie ». Il est en effet « une zone névralgique de conflits, de tensions, de tiraillements, d'ambivalence [...], une zone dont on ne peut pas complètement évacuer le sale boulot ». Il ne suffit pas d'identifier des besoins pour pouvoir y répondre. Répondre à un besoin, c'est avant tout résoudre un problème, une succession de problèmes. Si l'assentiment de la personne aidée peut favoriser l'absence de recours à la contrainte dans la relation d'aide, le consentement des personnes n'est pas toujours accessible, loin s'en faut, comme nous l'avons montré ailleurs (Eyraud & Vidal-Naquet, 2008), en sorte qu'il n'est jamais sûr que la contrainte puisse être véritablement évitée. Selon certains travaux récents, réalisés dans des établissements de santé, non seulement la contrainte n'est pas écartée, mais elle fait partie intégrante de l'activité des professionnels. Dans une enquête sur une unité de soins de longue durée, Lucie Lechevalier-Hurard (2013) montre qu'une contrainte qui n'est ni thérapeutique ni maltraitante participe au quotidien de la prise en charge des personnes âgées. Ce qu'elle désigne comme « travail de contrainte » reste dans l'ombre, car il n'entre pas dans le schéma de la bienveillance ou du *care*. S'il était rendu trop visible, il aurait plutôt tendance à disqualifier la pratique professionnelle.

Toutes ces interrogations invitent à revenir sur une définition de la contrainte qui en fait le simple envers du consentement. Pour des motifs juridiques et politiques faciles à comprendre, cette définition met l'accent sur une conception instrumentale, clairement définie et binaire : elle juge des gestes ou des attitudes du soignant selon qu'ils sont faits avec ou sans l'accord des personnes. Mais les situations d'aide relèvent rarement d'un tel partage binaire. Ni le caractère contraignant des actions, ni le degré de consentement des personnes ne sont si faciles à estimer. La solution qui consiste d'un côté à conserver intact le principe idéal du refus de la contrainte et, de l'autre, à laisser la pratique s'arranger au quotidien avec les difficultés de son application est peu satisfaisante. Comme les théoriciens du *care* l'ont eux-mêmes souligné, c'est dans l'activité que le *care* se déploie, il ne peut se réduire à des principes abstraits. La contrainte ne serait-elle pas l'autre nom de la réalité : la résistance des corps, des choses, des autres, des organisations, pris dans le tissu des problèmes et des situations ? D'où l'intérêt d'examiner le « *care in practice* » (Mol & al., 2010). Qu'en est-il si l'on adopte cette conception pour penser aussi la contrainte, comme « *constraint in practice* », indéterminée dans sa nature, incertaine dans ses effets, diffuse dans son application ? Loin d'être tranchée par un oui ou un non, la question laisse les acteurs sur un doute : il n'est jamais possible d'être sûr d'avoir bien fait. Une façon de résumer cet article est de dire qu'à partir de cas empiriques, il va se pencher sur cette contrainte en situation, comme une présence diffuse et non comme un acte bien différencié dont la qualification irait de soi. Loin d'évacuer la charge éthique et politique que porte la question de la contrainte, nous essaierons de proposer en conclusion l'hypothèse qu'au contraire, elle prend corps dans l'acceptation même de cette incertitude, dans le souci des conséquences d'actes dont il est impossible de juger de façon assurée la portée exacte : autrement dit, c'est le maintien d'un *tracas* sur le *care* lui-même qui en respecte le mieux la visée à la fois réaliste et normative.

1. La relation d'aide, entre collaboration et contrainte

Dans deux recherches récentes, nous avons observé des pratiques professionnelles de même nature que celles qu'a analysées Lechevalier-Hurard, non pas en établissement, mais au domicile de personnes handicapées et/ou souffrant de trouble psychiques et cognitifs, suivies par divers

services d'aide et de soin, sur sept sites aux caractéristiques variées. Nous avons produit 20 récits de cas, étudiés en détail selon la méthode ethnographique que nous défendons³. Dans l'aide à domicile, moins encore que dans les établissements, la contrainte ne fait pas partie des référentiels. Son absence est le signe d'une bonne qualité de la relation, alors que le recours à des pratiques contraignantes est considéré comme une difficulté, ou une conséquence des diverses contraintes auxquelles sont soumis les aides à domicile (Avril, 2006), voire un échec dans le travail de *care*. Mais entre ces extrêmes, on relève un usage courant d'une contrainte qui se décline par petites touches successives. Mobilisée au prix de contournements et d'hésitations, elle est indissociable de la relation d'aide. Nous concluons en nous demandant dans quelle mesure cette contrainte à bas bruit peut être jugée « acceptable » par les personnes, par les aides, et collectivement, et rester ainsi compatible avec le *care* et l'éthique qu'il défend. Tout en renvoyant à d'autres exemples tirés de nos enquêtes, nous nous appuyons ici sur deux cas principaux très contrastés : Ulysse, un tétraplégique « expert », sachant avec précision ce que les aidants doivent faire pour le soutenir dans son projet de vie ; et Monsieur Moulin, une personne aux facultés mentales altérées dont le projet de vie semble indéfinissable.

Lorsque des professionnels se rendent au domicile, ils n'imposent pas leur présence, du moins en principe. Ils ont été sollicités par les personnes concernées et/ou par des membres de la famille qui souhaitent éviter d'autres modes de prise en charge, notamment celui de la maison de retraite, du foyer ou de l'hôpital. Missionnés par la MDPH⁴ ou la Sécurité sociale, ils viennent rendre un service en réponse à une demande librement formulée pour effectuer un certain nombre de tâches dont les personnes ont besoin. Mais en réalité les choses ne sont pas si simples. Les patients et/ou leurs familles peuvent accepter formellement de recevoir une aide d'un SSIAD⁵ ou d'un SAMSAH⁶, mais être plus réservés sur la façon dont cette aide est ensuite concrètement donnée au quotidien. De leur côté, les professionnels doivent s'adapter aux préférences des personnes, à leur mode de vie, dans un univers qui est le leur. Celles-ci sont « chez elles » (Hennion & al., 2009). Elles s'y comportent comme elles l'entendent, à condition bien sûr de ne pas porter préjudice à des tiers. C'est l'une des différences entre l'établissement, où les contraintes collectives sont très présentes, et le domicile, où elles sont allégées. Dans les services, les professionnels font souvent référence à des interventions « idéales », où la coopération est sans problème, où « tout se passe bien », et au contraire à des interventions problématiques où « les choses se passent mal » et dont on parle beaucoup, de façon formelle ou informelle. Un enjeu clé pour les professionnels qui interviennent à domicile est que leurs interventions rencontrent l'assentiment des bénéficiaires, plus encore qu'elles soient le fruit d'une collaboration avec eux. Dans le cas contraire, diverses tensions peuvent se produire et compromettre la relation d'aide. Au fil de la vie des services, se construisent ainsi des référentiels, positifs et négatifs, qui bordent l'action des intervenants.

2. Ulysse : quand l'aidé est un sur-aidant

Les professionnels du SSIAD feraient bien d'Ulysse un militant ou un modèle : « *Le SSIAD a beaucoup appris de la prise en charge [d'Ulysse], sur beaucoup de choses on s'est rendu compte qu'on était dans l'erreur* » (aide-soignante). Il n'est pas difficile en effet de faire d'Ulysse un emblème, malgré les réserves de celui-ci : « *Je n'ai pas envie d'être le porte-drapeau des handicapés* », dit-il. Tétraplégique depuis neuf ans suite à l'accident de moto qu'il a eu à 26 ans, il est un handicapé jeune et volontaire. L'attention qu'il demande de la part des aides-soignantes

³ Sur la conception de la méthode des cas suivie, voir Hennion & al. (2009: 16-19); Hennion & Vidal-Naquet (2012: 14-19).

⁴ Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées sont des structures chargées, entre autre, d'attribuer droits et prestations aux personnes handicapées.

⁵ Les Services de Soins Infirmiers A Domicile prodiguent des soins à domicile aux personnes âgées ou handicapées.

⁶ Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés soutiennent les personnes handicapées à domicile dans la réalisation de leurs projets de vie tant sur le plan social que médical.

pour les moindres détails des soins frappe tout le monde. Très méticuleux, il sait ce qu'il veut. Un événement douloureux qu'il a mal supporté l'a aidé à savoir ce qu'il voulait éviter à tout prix. Il est très sensible aux escarres car il n'en sent pas les signes avant-coureurs. Deux infirmières pressées, et hop, il y a quatre ans il s'est trouvé hospitalisé pendant six mois. À quelque chose, malheur est bon : il apprend beaucoup du service de rééducation qu'il trouve « *surcompétent, hyperprofessionnel* » ; il comprend l'enjeu d'une « *surveillance extrême* ». À domicile, il s'efforce, à la façon d'un ergothérapeute, de dire aux aides-soignantes comment il souhaite que les soins lui soient donnés. Il porte une attention permanente à tout ce qu'elles font et intervient dès le moindre écart : le pantalon qui fait un pli, le pénilex qui n'est pas tout à fait bien posé, l'eau sale vidée dans le lavabo et non dans les toilettes... Il vérifie que les rougeurs qu'il ne peut voir ont bien été détectées. Tout cela, il est arrivé à le faire passer aux aides-soignantes avec doigté. « *Ulysse sait très bien aussi nous envoyer des messages, pourquoi il faut ça. C'est vrai qu'il ne nous a pas soumis ça sous forme d'ordre. Finalement c'est malin, parce que quelque part, il nous a amenés à faire ça, en nous faisant comprendre que c'est pour son bien tous ces détails* ». La contrainte paraît hors propos, puisque c'est Ulysse qui dirige les opérations, qui sait exactement ce dont il a besoin et qui a imaginé divers « trucs », lourds ou légers, non seulement pour ne plus être embêté dans la journée, mais aussi pour éviter tout incident pouvant être sanctionné par six mois d'hôpital.

Ulysse est érigé en modèle dans le service : il est autonome malgré sa dépendance. Si ses capacités exécutives sont réduites, ses capacités décisionnelles sont intactes. Il dirige les opérations de main de maître. Si certains soignants, surtout ceux qui ne s'occupent pas de lui, craignent d'être « *instrumentalisés* », globalement la collaboration est jugée ici exemplaire par les professionnels. Mais nous verrons que, même dans son cas, il serait trop rapide d'en déduire que la contrainte est absente : grâce à son activisme, Ulysse l'a plutôt redistribuée entre les partenaires du soin, en sa faveur ; cet équilibre qui les contraint doit être accepté par les soignants, et le moindre accroc peut le faire basculer à nouveau. Reste que dans les services, les discussions se polarisent surtout sur les interventions « qui se passent mal », celles qui donnent lieu à des tensions, des conflits pouvant aller jusqu'à la rupture de la relation. Dans de tels cas, les malades – et aussi parfois leurs proches – contestent les manières de faire des aidants. Le fait qu'ils aient été demandeurs de l'aide ne garantit aucunement qu'au quotidien ils se laissent faire ou n'adoptent des comportements qui rendent l'activité des soignants impossible. Ceux-ci s'efforcent de remplir leur mission malgré tout, de ne pas jeter l'éponge au moindre refus. Ils usent de la contrainte, mais cet usage est en général contraire à leur éthique. Ils considèrent alors que « la visite se passe mal », que la relation d'aide est une mauvaise relation, qu'ils ont « raté » l'épreuve. Ils cherchent des raisons, ils en parlent dans le service. Ils explorent d'autres manières de faire pour éviter que chaque visite ne se transforme en un rapport de force.

3. Ne pas renoncer quand « ça se passe mal »

Géraldine est une jeune assistante sociale qui commence sa carrière depuis quelques mois. Lors d'une réunion de service, elle rend compte d'une situation qui lui laisse un goût amer et interpelle sa professionnalité. Insatisfaite, désabusée, elle a le sentiment que ce qu'elle a fait ne correspond aucunement à ce qui lui a été enseigné à l'école de travail social. Elle raconte son intervention chez une dame de 83 ans qui vit seule, malade, dans une situation d'incurie avancée, et refuse toutes les aides proposées, notamment d'être hospitalisée. Impossible de procéder à une hospitalisation sous contrainte, cette dame n'ayant aucune altération des facultés mentales. L'hôpital apparaît pourtant à tous les professionnels présents comme la seule solution. On s'emploie à la convaincre de se laisser faire, mais elle ne veut rien entendre. Elle n'a pas l'habitude d'avoir tant de monde chez elle. Elle est fatiguée et finit par accepter l'hospitalisation. Géraldine le répète à plusieurs reprises : le consentement de cette vieille dame n'a aucune valeur, « *c'est un consentement arraché* ». Elle en vient à mettre en doute cette histoire de « consentement », dont on lui a tant rebattu les oreilles à l'école...

La prise en charge de Mme Mathorel est récente. De retour chez elle après une hospitalisation suite à un AVC, elle bénéficie de l'intervention d'un SSIAD pour sa toilette. Pour l'aide-soignante que nous accompagnons ce jour-là, la tâche n'est pas facile : « *C'est une dame qui est un peu difficile, on n'a pas de rapports faciles, elle est... c'est particulier* ». La suite semble lui donner raison. Dès les premiers moments de la toilette, une dispute éclate avec l'aide-soignante. Sortant précipitamment de la salle de bain, elle annonce au mari que « *ça se passe mal* » et qu'elle a besoin qu'il lui prête main forte. Grâce au renfort du mari, elle termine la toilette, malgré les cris et le refus de la vieille dame. Plus tard, l'aide-soignante évoque son insatisfaction. Elle a utilisé la contrainte, sans avoir la même légitimité qu'à l'hôpital : « *C'est nous qui sommes chez les gens, et déjà ça fait une grosse différence parce que c'est vrai qu'à l'hôpital... ce n'est pas bien mais enfin, on arrive un peu plus, peut-être... à maîtriser les gens, ou, plutôt, à obtenir plus ce qu'on veut parce qu'ils ne sont pas chez eux.* » Cet épisode est examiné dans le service. L'aide-soignante se justifie un peu en disant qu'elle a « *réussi* » à faire la toilette, malgré le refus de la vieille dame, et que cette toilette est bien la mission qui lui a été confiée. « *Mais je n'y vais pas par plaisir.* » Dans l'équipe, on cherche les raisons de ce recours à la contrainte. Ne pourrait-il être évité ? Certes, Mme Mathorel est un cas difficile. Mais plus précisément ? Un geste a peut-être été mal fait lors d'une toilette précédente ? L'aide-soignante a-t-elle été suffisamment attentive à la cicatrice qu'elle a à la tête, encore très douloureuse ? Oui, elle le sait, elle y fait très attention. Le manque d'affinité est exploré. Mais on ne peut pas changer l'organisation de l'équipe à la moindre dissension. L'aide-soignante veut bien faire encore une tentative avant de revoir la situation : « *J'y retournerai et puis on verra. Je ne sais pas. [...] Si c'est vraiment l'horreur, quoi. Si je peux éviter d'y aller, je ne vais pas prendre cette tournée sans arrêt. Donc, bon, j'espère... Je vais essayer de l'arranger* ».

Les arrangements ne sont pas toujours possibles, et parfois, à force de tensions, de contraintes mal supportées de part et d'autre, c'est la rupture. Plusieurs services d'aide ont été amenés à renoncer à intervenir chez Mme Lagneau, une dame jugée par les aides-soignantes « *manipulatrice* », « *autoritaire* », « *aigrie* », « *exigeante* », « *toujours dans la critique* ». De son côté, Célestin Bouge a mis fin lui-même à l'intervention des professionnels du SAMSAH. Il ne supporte plus cette intrusion dans sa vie privée, même si c'est au nom de son bien-être. Un petit incident a mis le feu aux poudres. Valentine, sa compagne, est enceinte. Elle fume malgré les consignes de son gynécologue. Une infirmière du SAMSAH lui fait observer que pour le bien de son enfant, elle devrait s'abstenir de fumer. La discussion s'éternise, s'envenime. Célestin qui ne suit la conversation que de loin finit par sortir de ses gonds et élève la voix. Il reproche aux intervenantes d'être trop intrusives, de se mêler de ce qui ne les regarde pas, de l'empêcher d'être chez lui : « *Tout le monde se croise tout le temps, comme dans les magasins* ». Il finit par conclure : « *Puisque c'est comme ça, on arrête tout !* » Dans l'escalier, l'aide-soignante nous dit que cette menace de rupture n'est pas la première et ne sera suivie d'aucun effet.

Un mois plus tard, Célestin Bouge met fin à l'intervention du SAMSAH.

4. La contrainte à bas bruit

Les interventions qui « *se passent mal* » ne sont pas toujours au centre des discussions : c'est le cas lorsqu'aucune solution n'est trouvée, que les professionnels s'essouffent, vivent dans le stress. En dehors de ces moments critiques, fort heureusement, « *les choses se passent mieux* ». Est-ce à dire qu'alors, aucune contrainte n'est exercée ? Toutes les interventions se rapprocheraient-elles des interventions « *idéales* » dont Ulysse serait l'exemple type ?

Difficile de prendre la mesure de ces enjeux sans revenir aux situations concrètes. Ainsi du cas « *exemplaire* » d'Ulysse : il semble décider de tout, jusqu'aux moindres gestes des aides-soignants. Est-il devenu pour autant le seul maître à bord, autonome par délégation en quelque sorte (Jacqueline, 2006), ne subissant aucune contrainte de la part des aidants ? Il serait mal venu d'aller jusque là, tout simplement parce qu'Ulysse ne maîtrise plus son corps. Comme tout le monde, il doit se soumettre à ses contraintes corporelles, sauf que, étant tétraplégique, il ne peut

se passer du concours de tiers, même pour les actes les plus intimes de sa vie personnelle, comme satisfaire ses besoins naturels. Les gestes pour contraindre le fonctionnement de son corps sont en grande partie délégués aux aidants. Gestes compliqués, intrusifs, humiliants. Que d'autres que soi les exécutent est en soi très contraignant, et tout le tact des aidants est de faire comme si cette contrainte n'existait pas. Nous nous en rendons compte lorsque nous demandons à l'aide-soignante de nous décrire dans le détail ses gestes successifs. Elle doit s'y reprendre à plusieurs fois, car elle oublie ce qu'elle fait au juste et ne se souvient pas bien de l'ordre dans lequel elle le fait. Tout est si automatique. Tout se passe comme si la dimension contraignante de tous ces gestes intrusifs – mettre un suppositoire, attendre la venue des selles, essuyer la personne, jeter ses excréments – s'effacent derrière la routine et se confondent avec des fonctions d'ordinaire naturelles, qui ne nécessitent aucune attention particulière et ne sont pas partagées avec d'autres.

La collaboration mise au point par Ulysse et ses aidants n'a pas pour résultat de faire disparaître la contrainte, mais de lui accorder une place si subordonnée qu'elle en est oubliée. On ne délègue pas son corps à d'autres comme on le ferait d'une voiture à réparer. La routine qui fait disparaître la contrainte déléguée nécessite une surveillance continue de la part d'Ulysse. Les aidants ne font pas toujours exactement ce qu'il faut. La moindre maladresse lui rappelle l'impuissance de son corps, que d'autres ont entre leurs mains, et ses « capacités décisionnelles » sont brutalement renvoyées à leurs limites. Pour autant, Ulysse ne rectifie pas le tir à tout moment. Lui aussi gère une relation et doit accepter des compromis. Enfin, sur un plus long terme, la répartition des tâches que nous observons dans l'instant n'était pas donnée au départ, elle est le résultat d'un apprentissage croisé tant de la part d'Ulysse, pour la faire accepter, que des aidants, d'abord méfiants ou soucieux de ne pas être ainsi « instrumentalisés » : qu'il ait fallu l'effort constant d'Ulysse et de ses aides pour y parvenir prouve *ab absurdo* le caractère contraignant des pratiques ordinaires, qui simplement n'apparaissent pas telles avant qu'un Ulysse n'impose peu à peu d'autres façons de soigner, plus soucieuses de laisser l'aidé définir lui-même ce qu'il lui faut. Plus que comme absence de contrainte, il est juste d'analyser ce cas comme un combat pour la déplacer, la répartir autrement, en pointant la capacité de se dédoubler qui permet à Ulysse de se ranger aux côtés de ses propres aidants pour mettre en œuvre une gestion commune de la situation de contrainte. En ce sens, son cas est en effet modèle : une telle collaboration n'est pas facile à construire. Toutes les aides-soignantes n'ont pas le même tact ni la même affinité avec leur patient. Il s'en faut toujours de peu dans ces situations que le manque de tact fasse affleurer la contrainte. Et on ne peut demander aux soignants de faire preuve de tact, ce ne serait plus du tact. C'est alors dans le non-dit, dans l'allusion, par le détour, que les choses sont exprimées. Ulysse lui-même doit moins dire ce qu'il veut qu'apprendre à le dire : « *Le soigné doit faire de la psychologie envers les soignants pour réussir à avoir ce qu'on veut* ».

5. Un art de composer

La collaboration permettant d'assigner à la contrainte une place supportable n'est pas toujours aussi réussie. Dans bien des cas, soignants et soignés ne partagent pas le même point de vue. Les aidants sont là en effet pour accompagner les patients dans la réalisation de différentes tâches de leur vie quotidienne, mais aussi pour veiller à ce que les personnes aidées agissent dans le sens de leurs meilleurs intérêts. Si les professionnels reconnaissent que celles-ci sont les meilleurs juges en la matière, il leur arrive aussi de penser que les décisions qu'elles prennent ou risquent de prendre sont contraires aux intérêts des personnes. Suivre simplement les décisions des patients, quelles qu'elles soient, serait se contenter d'une définition paresseuse du principe d'autonomie, surtout quand ils sont vulnérables et que leurs capacités de discernement sont fragilisées. Les aidants privilégient plutôt le dialogue et la persuasion pour faire accepter aux patients de se soumettre librement aux contraintes exigées par leur situation : continuer à prendre un traitement, avoir un minimum d'hygiène, atteindre un certain équilibre alimentaire, gérer son budget, etc. Reste que, si les ressources mobilisées dans le cadre des argumentations sont

nombreuses, elles risquent toujours de paraître comme des normes imposées. C'est ce qui a conduit Célestin Bouge à sortir de ses gonds et à mettre fin à la présence des professionnels, dont il ne supportait plus ni la présence ni la pression. Pour les aidants, l'un des enjeux est d'arriver à combiner contrainte et autonomie, à adosser l'exercice d'une éventuelle contrainte à la décision de la personne aidée, autrement dit à l'accompagner dans l'intériorisation de certaines contraintes et à augmenter ainsi ses capacités d'action ou ses capacités (Nussbaum, 2012), sans pour autant restreindre sa liberté.

Sous réserve qu'il soit librement consenti, le contrat semble s'inscrire dans une telle démarche. Une fois établi et ratifié, il est source d'obligations pour les cosignataires. Pour les professionnels, ces engagements contractuels peuvent ensuite servir d'appui pour influencer les comportements des patients en se référant aux termes du contrat, quand bien même tout n'est pas contractuel dans le contrat. L'un des SAMSAH où nous avons mené notre enquête procède de cette façon. La structure intervient auprès de personnes souffrant de troubles psychiques qui, pour certaines d'entre elles, ont tendance à interrompre leur traitement. Chargé d'accompagner les personnes dans l'organisation et la gestion de leur vie quotidienne, le SAMSAH fait dépendre son intervention du suivi de l'état mental des bénéficiaires par les psychiatres. L'institution estime en effet que la plus-value de l'accompagnement serait trop faible si celui-ci n'était pas soutenu par le soin psychiatrique. Au moment de la mise en place de la mesure, un contrat est signé entre le bénéficiaire concerné, son psychiatre et le SAMSAH. Après quelques semaines d'intervention, un autre contrat est signé qui définit les domaines dans lesquels le SAMSAH est habilité à intervenir. Ces contrats n'ont aucune valeur juridique, ils ne sont pas opposables. Mais les professionnels se réfèrent souvent à eux, même de façon vague et sans mentionner les termes précis du contrat, pour montrer aux intéressés que la pression qu'ils sont parfois amenés à exercer sur eux trouve son fondement originel dans les décisions de ces derniers. Bien entendu, ces points d'appuis ne sont mobilisés qu'avec doigté, les patients pouvant à tout moment rompre ledit contrat.

La démarche contractuelle ne prend pas toujours un tour aussi formalisé. Elle se glisse aussi dans le quotidien de l'aide quand elle est contenue dans la procédure d'accompagnement elle-même. Monsieur Moulin est pris en charge par le SAMSAH. Il souffre de troubles psychiques et est atteint d'un diabète. Constatant qu'il s'alimente très mal – il boit 12 litres de Coca Cola par jour, il n'a aucune discipline alimentaire – le SAMSAH établit avec lui un contrat qui définit l'équilibre alimentaire comme l'un des objectifs de l'intervention. Pour atteindre cet objectif, le contrat stipule que le SAMSAH passe trois fois par semaine chez lui. La première fois pour établir un menu pour la semaine, le lendemain pour l'accompagner faire ses courses au supermarché, la troisième fois pour l'aider à faire la cuisine. Les menus ne sont pas imposés, ils sont longuement discutés avec lui. Il s'agit à la fois de prendre en compte les préférences de Monsieur Moulin, les impératifs nutritifs et financiers, et les besoins de ses deux enfants qu'il reçoit chez lui tous les 15 jours. Les discussions sont longues, les arbitrages ne vont pas de soi, les différentes contraintes sont difficiles à intégrer, mais en fin de compte, à force de discussion, Monsieur Moulin écrit sur un cahier les menus de la semaine.

L'accompagnement aux courses qui a lieu le lendemain est guidé par les menus faits la veille. Les intervenants se rendent au domicile de Monsieur Moulin et, en sa présence, commencent par faire l'inventaire des stocks. Ils regardent dans les placards, dans le frigidaire. Cet état des stocks peut être l'occasion de conseils, que les professionnels voient comme des opérations de cadrage. Une intervenante remarque les restes d'un plat de pâtes dans le frigidaire, d'où la consigne : « *La prochaine fois que vous faites des pâtes, Monsieur Moulin, essayez d'en mettre un peu moins. Il est préférable de tout manger et de ne rien laisser* ». À partir de cet inventaire et des menus établis la veille, la liste des courses est faite. Devenue prescription quasi contractuelle, la liste, écrite par lui-même sous le regard vigilant et bienveillant des aidants, est confiée à Monsieur Moulin, qui doit trouver les produits dans le Lidl voisin. Les intervenantes l'accompagnent et veillent à ce que les opérations se déroulent conformément à la prescription. L'enjeu est qu'il

maîtrise ses achats au mieux, qu'il ne cède pas aux envies du moment en passant devant les rayons, et que le montant total des achats ne dépasse pas les 15€ qu'il a en poche. Les intervenantes le laissent faire, mais veillent avec leur calculette. De temps à autre, elles « recadrent » Monsieur Moulin lorsqu'il dépasse les quantités prévues. Il est tenté par le rayon « frites ». « *Mais non, Monsieur Moulin, vous savez bien que les frites ne sont pas sur la liste* ». À quoi il répond : « *Mais c'est pour les enfants, ils aiment bien ça* ». Réplique dont se saisissent les intervenantes pour aborder la question de l'autorité paternelle : « *Monsieur Moulin, c'est vous le père, c'est à vous de décider. Il faut que vous sachiez vous affirmer devant vos enfants* ».

Cette fois-ci, les frites n'entreront pas dans le caddy. Monsieur Moulin semble accepter les rappels à l'ordre. Comme les intervenantes le lui rappellent souvent, c'est lui qui a fait la liste de ses propres mains. En lui interdisant les frites – les professionnels préfèrent parler de « recadrage » – il ne fait donc qu'obéir à lui-même. Il serait aussi abusif de parler ici de l'exercice d'une contrainte directe que de nier que la notion est au cœur même de la démarche d'aide : on retrouve l'idée d'un dédoublement, cette fois recherché par les intervenants, entre un Monsieur Moulin qui cède trop à ses pulsions et un Monsieur Moulin raisonnable, qui sache se contraindre lui-même – mais qu'il faut en effet beaucoup « cadrer » pour cela. Notre compte rendu insiste sur cet aspect coercitif, mais l'ambivalence joue dans les deux sens : ce jour-là, suivons Monsieur Moulin jusqu'à la caisse du supermarché. Les aides-soignantes constatent soudain qu'il a oublié la bouteille de Coca, qui était pourtant bien sur la liste. Vont-elles en profiter pour combattre son addiction préférée ? Pas du tout : « *Et alors, Monsieur Moulin, vous avez oublié l'essentiel... votre bouteille de Coca Cola !* »... Elles savent aussi prendre le parti du premier Monsieur Moulin contre le second.

6. Naviguer entre ce qu'on juge bon pour les personnes et ce qui compte pour elles

La démarche contractuelle peut être plus diffuse. C'est le cas lorsqu'il est fait référence à des engagements oraux qui ont pu être pris dans le feu d'une discussion. Faute de pouvoir convaincre les bénéficiaires d'adopter tel ou tel comportement, et plutôt que d'exercer une forte pression toujours susceptible de créer l'incident, les professionnels cherchent au moins à obtenir un engagement « à faire plus tard », ce qui crée une nouvelle ressource sur laquelle s'appuyer ultérieurement. « *Mais rappelez-vous, vous vous étiez engagé hier à mettre de l'ordre dans votre logement aujourd'hui* ». Les pressions ou contraintes exercées en situation ne s'adosent pas toutes à des engagements de type contractuel. Les patients peuvent avoir des projets auxquels ils tiennent et qui, pour pouvoir être réalisés, nécessitent qu'ils acceptent certaines obligations. Les professionnels peuvent s'y reporter pour justifier l'usage de la contrainte si celle-ci s'avère nécessaire. Le projet, formulé alors que les facultés mentales des personnes ne sont pas trop altérées, devient une sorte de « directive anticipée », non formalisée, mais qui permet d'agir en tenant compte de ce à quoi tiennent les gens. Mme Decool l'a répété depuis longtemps, aussi bien à ses proches qu'aux professionnels du SSIAD : elle ne veut pas terminer ses jours dans une maison de retraite. Ce qui compte pour elle, c'est de rester chez elle malgré son Alzheimer. Mais elle est retrouvée un jour, désorientée, au bord d'une route à grande circulation. Elle n'est plus en sécurité chez elle, elle peut en sortir à tout moment et se mettre en danger. Les aidants hésitent. Ils savent que Mme Decool tient à son chez soi. Afin de lui éviter la maison de retraite, ils décident finalement de l'enfermer chez elle. Mais tout le monde s'interroge (Hennion & Vidal-Naquet, à paraître). L'enfermement n'est vraiment pas facile à vivre au quotidien, ni pour Mme Decool qui ne retient pas ses larmes lorsque la porte se referme, ni pour les professionnels qui ne sont pas très fiers de leurs stratagèmes pour éviter d'y faire face. N'est-on pas en train de commettre une faute juridico-éthique en privant Mme Decool de l'un de ses droits fondamentaux, de sa liberté d'aller et venir ? Pour le moment, la solution qui a été trouvée semble néanmoins la moins mauvaise. Cette dame a exprimé sa volonté à de nombreuses reprises, ce qui semble pouvoir guider un jugement substitué, allant dans le sens de ce qui compte pour elle : dans la mesure où pour éviter la maison de retraite, Mme Decool aurait

probablement pris la même décision, on peut pratiquement considérer que, malgré toutes les apparences, la contrainte est librement consentie. La suite ne donnera pas raison aux aidants. Mme Decool ne cesse de résister. Les aidants changent de registre. Renonçant à se mettre à sa place, ils privilégient la réponse à ses besoins supposés. Suite à plusieurs incidents – Mme Decool tente un jour de sortir par la fenêtre de sa salle de bain située au premier étage – ils décident d’agir contre sa volonté mais « pour son bien » (Béliard & al., à paraître). La vieille dame qui voulait rester chez elle se retrouve dans une USLD⁷. L’un d’entre nous lui rend visite. Elle est méconnaissable, agressive, désespérée, tandis que vu de l’hôpital, on considère qu’elle est particulièrement « dans l’opposition ». Le SIAD constate l’échec : la volonté de Mme Decool n’a pas été respectée, sans que pour autant la solution qui lui a été imposée soit satisfaisante. La question de l’évaluation se pose crûment au service, qui s’interroge sur les moyens d’estimer la moins mauvaise solution, entre des choix qui comportent tous un haut degré de contrainte.

Le meilleur intérêt affirmé ou supposé de la personne est un point d’appui pour les aidants. Ils sont obligés de le mobiliser, comme nous venons de le voir, lorsque les patients n’ont plus toutes leurs capacités de discernement. Mais ils agissent aussi en fonction du meilleur intérêt dans de nombreuses autres situations, alors que les personnes aidées peuvent encore s’exprimer et définir leurs préférences, et disposent d’assez de capacité pour prendre des décisions : celles-ci n’en paraissent pas moins souvent déraisonnables, notamment quand elles risquent de nuire tôt ou tard à celui qui les prend. Les ressources utilisées, comme le contrat, le projet ou le raisonnement, s’épuisent, ou ne sont pas (ou plus) mobilisables. Pour ne pas renoncer à l’aide et pour peser sur le comportement des personnes, leur faire faire pour leur bien ce qu’elles ne veulent pas forcément faire, les aidants peuvent avoir recours à la ruse (Hennion & Vidal-Naquet, 2012; Vidal-Naquet, 2014). Avec la ruse, quelles qu’en soient les formes et quel que soit celui qui en a l’initiative (les aidés comme les aidants l’utilisent), la contrainte semble esquivée, du moins n’apparaît-elle pas au grand jour, ce qui réduit les éventuelles tensions. Impossible d’obtenir de Monsieur Grichon, qui est sous tutelle et n’a qu’un maigre pécule pour la semaine, qu’il ne dépense pas tout son argent aux jeux dès qu’il le reçoit. Qu’à cela ne tienne, le SAMSAH lui donne rendez-vous le jour où il reçoit son argent, au moment exact où il sort de la banque (le SAMSAH lui explique qu’aucun autre jour n’est possible), pour l’accompagner faire des courses et tenter de sauver ainsi quelques euros.

Mais la ruse ne parvient pas toujours à masquer la contrainte. Elle échoue en particulier lorsqu’elle est identifiée comme ruse et que celui qui est dupé comprend le stratagème. La mise à jour de la contrainte détériore alors les relations et défait la confiance nécessaire à la relation d’aide. Tel est le prix de la ruse, par exemple si elle est utilisée pour faire venir le médecin sous le prétexte d’un soin alors qu’en réalité il va procéder à une hospitalisation sous contrainte (Moreau, 2007). Au-delà de tels cas extrêmes, où la ruse même n’est plus très loin de la contrainte, le recours quasi continu à la ruse, sous des formes multiples allant de la complicité à la duplicité, montre à quel point la contrainte est présente dans la relation d’aide. Le problème se déplace vers les modalités et l’évaluation de son usage. Pour prolonger l’analyse à partir de la ruse, la question devient : dans quelles circonstances et dans quelles limites celle-ci peut-elle permettre la contrainte ? Mme Duchêne n’a rien demandé. Elle n’a pas besoin d’aide, malgré ses 87 ans et un Alzheimer débutant. Sous diverses formules, elle réserve toujours le même accueil aux professionnelles du SSIAD : que venez-vous faire ici ? « *Mais de quoi vous mêlez vous, je m’habille toute seule, je vais à la banque, à la pharmacie [...], vous m’embêtez à la fin* ». Les aides ont beau expliquer l’intérêt et la nécessité de ce qu’elles viennent faire, elles s’attirent des répliques cinglantes sur cette façon de douter de la capacité des gens, « *quand c’est non c’est non, c’est incroyable de vouloir forcer les gens ainsi* ». Le moment particulièrement délicat de la toilette donne presque toujours lieu à la même scène : « *On passait devant la porte de la salle de*

⁷ Les Unités de Séjour de Longue Durée accueillent des personnes dont l’état nécessite une surveillance médicale constante.

bain, on avait préparé les vêtements un peu plus propres, regardez, on vous a préparé ça, ça vous convient ?... et moi derrière, un petit peu, doucement dans le dos [elle fait le geste de pousser légèrement]... tout de suite, elle se débat, elle pige très bien, oui, oui. On ne peut pas arriver à forcer, ça ce n'est pas possible. Ça c'est hors de question, ça on ne peut pas faire, ce n'est pas possible » (infirmière). Scrupule des soignantes ? Notons tout de même le double sens du « ce n'est pas possible », d'abord physique, puis déontologique. Nous sommes bien sur le fil de la contrainte : si Mme Duchêne s'était laissée faire, le souci déontologique aurait pu passer au second plan. Il faut donner la douche, mais jusqu'où peut-on aller ? Séduire par les beaux vêtements étalés dans le salon, mais la ruse ne fonctionne pas. La force pure ? Non, elles ne sont pas à l'hôpital, comme elles le font remarquer. Mais pourquoi pas tenter de la presser un petit peu, de lui donner ce petit coup de pouce décisif que les Anglais appellent le *nudge* (Thaler & Sunstein, 2008), qui recouvre la contrainte d'un peu de douceur ?

Si le *nudge* ne marche pas bien avec Mme Duchêne, il a plus de succès avec Monsieur Neuts, cet ancien boxeur touché lui aussi par la maladie d'Alzheimer, qui n'hésite pas à montrer les poings quand il n'est pas d'accord. Il n'aime pas sortir de chez lui alors que la promenade fait partie des soins de réhabilitation qui lui ont été prescrits. Mais il adore descendre les poubelles ! Pour lui faire faire une promenade, l'aide-soignante se garde bien d'agir de façon frontale. Elle lui fait miroiter le vide-ordures. Une fois au bas de l'immeuble, elle n'hésite pas à lui donner le petit coup de pouce insistant qui lui fera faire un tour du pâté de maison, ce dont il sera finalement enchanté. La réussite de l'action efface *ex post* à la fois la contrainte et la ruse qui l'a permise.

Conclusion : le *care* comme tracés

Loin d'être confinée dans des espaces réservés, là où elle autorisée et régulée par le droit, la contrainte dans la relation d'aide et de soin se glisse partout, y compris au domicile. Entre l'usage de la force physique parfois utilisée à l'hôpital pour obliger le malade à prendre son traitement, et le petit coup de coude incitatif qui peut lui être donné chez lui pour qu'il prenne sa douche, la contrainte n'a ni la même intensité ni les mêmes résultats. Ce n'est pas une raison pour réserver la notion de contrainte aux cas extrêmes. Une telle distinction est juridiquement utile pour protéger les citoyens, en particulier les plus vulnérables, et assurer leur sûreté. L'objet du droit est de réglementer la coercition physique pour en éviter l'abus, non d'encadrer des petits coups de coude. Mais la frontière est beaucoup moins pertinente du point de vue de l'expérience pratique. Très souvent, les professionnels sont placés dans des situations où ils sont conduits à agir de façon contraignante. Ils en ont parfois juridiquement l'obligation, lorsque les personnes sont exposées à des dangers « éminents et constants » (Art. 223-6 du Code Pénal). Ils peuvent aussi y être autorisés lorsqu'ils se tournent vers le médecin pour engager une procédure de soins sous contrainte ou vers le juge pour que soient mises en place des mesures de protection.

Ils savent aussi qu'ils doivent mettre « l'usager au centre », se soucier de son consentement. Mais cette seule orientation ne suffit pas pour qu'ils puissent faire leur travail. Dans ces situations où il s'agit d'osciller entre des exigences contradictoires – protéger et éventuellement contraindre d'un côté, garantir la liberté et laisser parfois les gens s'exposer aux risques de l'autre – les aidants n'ont d'autres solutions que de recourir à diverses sortes de contrainte, plus ou moins ferme, plus ou moins directe, plus ou moins douce, tout en s'interrogeant sur ses limites : derrière ces contraintes exercées pour le bien d'autrui, se profile le risque du paternalisme, de la domination, voire de la maltraitance. Ils sont souvent sur le fil du rasoir, sans pouvoir toujours justifier pleinement des décisions prises dans le feu de l'action, qui restent inévitablement entachées d'une part d'arbitraire (Eyraud & Vidal-Naquet, 2012).

Au point de conclure, nous sommes ainsi ramenés à notre question initiale. Elle présente deux versants complémentaires : si l'on reconnaît que la contrainte est inévitablement présente dans les relations d'aide et de soin, comment la penser ? Et, face à sa part d'arbitraire résiduel et au sentiment d'insatisfaction qu'elle laisse, est-il possible d'articuler contrainte et éthique du *care* ?

Sur le premier point, nous avons constaté que la contrainte est peu envisagée en tant que telle. Tout se passe comme si, parce qu'on veut en débarrasser la relation d'aide, on se débarrasse aussi de la contrainte comme problème théorique. Comprise comme envers de l'autonomie, elle n'est qu'un mal nécessaire à confiner légalement et à limiter pratiquement, qui vient contrarier les efforts faits pour privilégier le consentement des personnes et le respect de leur façon de définir leurs besoins. Or il y a là un vrai paradoxe, par rapport au geste fondateur des théories du *care*. Minorer la contrainte, la réduire à la part sombre des situations concrètes, en détourner les yeux pour focaliser la réflexion sur les principes et les bonnes pratiques visant à la faire disparaître, n'est-ce pas paradoxalement traiter la contrainte de la même façon que les théories formelles de la justice traitaient la dépendance ? Contre la valorisation morale unilatérale de l'autonomie, les premières théoriciennes du *care* avaient su valoriser la dépendance, à la fois dans les méthodes (s'intéresser aux pratiques réelles au détriment des principes abstraits) et dans les arguments (ne pas confondre autonomie et autosuffisance, reconnaître la vulnérabilité de chacun, assumer la valeur positive du fait même de dépendre d'autrui ; et sur cette base, plaider pour une solidarité collective). Le *care* n'a pas pour autant renoncé à la valeur morale et politique de l'autonomie : transformée en injonction à tenir compte des besoins des personnes, il en a fait une autonomie *dans* la dépendance, et non *contre* elle. Y a-t-il la place pour un *care* qui, de même, se pense et se réalise dans la contrainte, et non contre elle ?

Ce problème revient à ne pas nier la dureté des situations particulières, la souffrance des personnes, les difficultés de l'aide, sous prétexte que l'on reconnaît la vulnérabilité et l'interdépendance de tous. Il s'est déjà posé en ces termes dans les débats autour du *care* à propos de la dépendance elle-même, un peu comme un retour du refoulé, notamment à propos de cas extrêmes. Comme on l'a vu, Kittay, dont la fille souffre d'un lourd handicap mental, mais aussi Molinier, sur des cas délicats ou choquants (Molinier & al., 2009: ch. 8), ont poussé un tel cri de protestation : la dépendance d'un enfant à sa mère n'est pas du même ordre que le combat quotidien pour vivre avec un être entièrement tributaire de soi, surmonter le découragement et l'épuisement, parer comme on peut, dans l'urgence, à des dangers et des problèmes toujours nouveaux, et affronter des traitements physiquement et moralement pénibles, tant pour les aidés que pour les aidants. Une solution peut venir d'un effort pour distinguer clairement ces types de contrainte et les traiter différemment : cas extrêmes ou ordinaires, contraintes d'exécution ou de décision, physiques ou morales, accord ou désaccord des personnes, possibilités inégales de savoir leurs besoins, etc. Cette analyse est utile, on l'a vu, sur un plan légal et social. Mais sur le fond, elle fait à nouveau disparaître la contrainte en tant que terreau commun des activités d'aide et de soin : elle revient à considérer, dans le cas où la personne jouit de ses capacités décisionnelles, que la contrainte n'en est plus vraiment une, et, dans les cas extrêmes, qu'elle n'est plus qu'une nécessité fonctionnelle à encadrer.

Une clarification de cet ordre est insuffisante et inappropriée pour comprendre et réaliser le travail de *care* sur le terrain. Pour une large part, ce travail consiste précisément, pour parodier Callon, à « aider dans un monde incertain » (Callon & al., 2001). Conformément aux résultats d'autres enquêtes empiriques aussi bien qu'à l'expérience des aidants, nos exemples montrent que la plupart du temps, la contrainte paraît sous une forme disséminée (elle relève plus des situations que d'un acte précis à qualifier isolément), indéterminée (il est difficile d'en mesurer la nature exacte), située (le même geste, la même attitude n'ont pas la même portée selon les relations, l'histoire, le contexte dans lesquels ils s'insèrent). L'incertitude est la règle, non l'exception, au moment de l'action aussi bien qu'avec le recul : c'est vrai dans les cas extrêmes et en institution, cela l'est plus encore dans le travail au quotidien de l'aide à domicile où, bien souvent, on ne sait plus très bien si le *care* consiste à laisser faire, à faire faire, à faire à la place ou à empêcher de faire. C'est cela qu'il faut penser, y compris dans la perspective du *care* : pourquoi ne pas appliquer à la contrainte le même raisonnement qu'à la dépendance ? C'est-à-dire en reconnaître la réalité, d'abord ; la traiter dans son indétermination constitutionnelle,

ensuite ; et enfin interroger la possibilité d'un *care* intégrant la contrainte, au lieu de la dénier ou de la renvoyer aux cas limites.

Ne pas le faire, ce serait retourner à l'opposition même que l'activisme et l'engagement des théoriciens du *care* avaient su dépasser, entre l'idéalisme du philosophe énonçant des principes à partir de cas d'école, sans se confronter au terrain, et le réalisme volontiers critique du sociologue qui, lui, décrivant les pratiques réelles, est prompt à dévoiler sous le discours des acteurs une logique cachée, des rapports de force, des intérêts inavoués ou des enjeux professionnels. Loin de reconduire ce dualisme (des valeurs sans faits, des faits sans valeurs), notre article peut se relire dans une perspective pragmatique comme un effort pour rendre indissociables l'enquête détaillée de situations concrètes et la formulation des problèmes éthiques qu'elles soulèvent – tout en insistant sur l'indétermination persistante des solutions mises en œuvre. Celles-ci dépendent chaque fois du cas présent, elles n'obéissent pas à des principes, elles ne se concluent pas sans que persiste une forte incertitude sur leur pertinence. Est-ce à dire que, tant sur le terrain que dans l'analyse, il n'y ait rien à faire que s'en remettre à l'opportunisme du cas par cas et au savoir-faire inanalysable des aides ? Nullement. Entre des principes explicites et la navigation à vue, il y a tout un espace où peut se déployer ce que nous avons appelé une éthique de situation (Hennion & Vidal-Naquet, 2014) : les actes, les décisions, les jugements sont nourris par les expériences de chacun, leurs attachements, leurs compétences, et, réciproquement, ceux-ci sont entretenus par les débats, les discussions, les retours d'expérience plus ou moins formalisés sur ce qui pose aux intervenants de véritables « épreuves de professionnalité » (Ravon & Vidal-Naquet, 2014). L'incertitude, la « fragilité normative » (Dourlens, 2011) n'impliquent pas d'avancer au hasard, sans se poser de question, mais au contraire de développer une attention de second degré, qui maintienne en quelque sorte un degré d'incertitude dans l'évaluation de l'action proportionnel à celui qu'ont les situations.

Cette éthique de situation n'est pas confortable, elle entretient le tracas, l'insatisfaction, le doute récurrent sur le bien-fondé de son comportement, aussi bien à propos d'une décision isolée que de la gestion sur le long terme d'une relation. Pour autant, on peut se demander en conclusion si ce n'est pas dans ce *tracas* même que se loge une forte valeur éthique. Les théories du *care* sont largement fondées sur la notion de souci : souci des besoins des autres (Paperman & Laugier, 2006), souci de la qualité de l'aide. Ce tracas, ce sentiment d'insatisfaction lié à la dimension toujours un peu arbitraire de ce qu'il faut faire lorsque l'on aide, peut être considéré comme salutaire : c'est une forme de souci, il résulte d'une action qui, ne pouvant jamais convenir tout à fait, est toujours adossée au doute. Le mot tracas ne renvoie pas seulement à une sorte de trouble individuel, vécu dans le for intérieur des aidants, même si cet aspect existe bien : il peut être exprimé, discuté collectivement, voire institué (Dewey, 2010), non seulement pour partager l'inquiétude, ce qui peut la rendre plus supportable individuellement, mais aussi et surtout pour maintenir en éveil le souci des autres, et apprendre à discriminer, par le débat et sur la base de justifications toujours plus ou moins incertaines, la contrainte qui semble acceptable de celle qui pourrait ne pas l'être. C'est le rôle des réunions, des analyses de la pratique, des colloques et des écrits, aussi bien que du bon entretien des échanges informels entre aidants. Ces diverses reprises de l'action mutualisent et institutionnalisent le tracas, ce qui lui donne une autre dimension, sociale et juridique. Donnant prise à la possibilité de voies de recours de la part des personnes aidées, elles favorisent l'instauration d'un pouvoir de « contestabilité » (Pettit, 2004). Ceci dit, la « contestabilité » non plus ne se décrète pas : c'est encore le tracas, cette fois vu comme souci politique, qui peut soutenir les capacités de contestation et faire en sorte que la relation de *care* ne se transforme pas en relation de domination. Maintenu au cœur de l'activité, le tracas est peut-être ce qui permet aux praticiens du *care* de se prémunir contre une trop grande assurance dans la relation d'aide, laquelle serait susceptible d'affaiblir l'attention portée aux besoins d'autrui.

Ne jamais être quitte avec l'usage de la contrainte, une façon de la rendre compatible avec le *care* ? Pourquoi pas ? Le *care* a lui-même besoin de *care*.

Références

- ANESM (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. <http://anesm.sante.gouv.fr>
- ANESM (2009). *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile*. <http://anesm.sante.gouv.fr>
- Avril, C. (2006). Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir faire. In Revue *Le mouvement social*. Paris: La Découverte, pp. 87-99.
- Béliard, A., Damamme, A., Eideliman, J.-S., Moreau, D. (Dir.). « La décision pour autrui comme décision micropolitique », *Sciences Sociales et Santé* (à paraître).
- Callon, M., Lascoumes, P., Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris: Le Seuil.
- Compagnon, C., & Ghadi, V. (2009). *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé : étude sur la base de témoignages*. Rapport pour la HAS.
- Crow, L. (1996). Including all of our lives: renewing the social model of disability. In Morris, J. (Ed.). *Encounters with strangers*. London: Women's Press, pp. 55-72.
- Debout, M. (2003). *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rennes: Éditions ENSP.
- Devers, G. (2012). Le soin sans consentement n'existe pas, n'a jamais existé et n'existera jamais. <http://www.santementale.fr/actualites>
- Dewey, J. (2010). *Le public et ses problèmes*. Paris: Gallimard.
- Dourlens, C. (2011). *L'action publique à l'épreuve de la fragilité normative*. HDR, Université Jean Monnet, Saint-Étienne.
- Eyraud, B. (2013). *Protéger et rendre capable. La considération civile et sociale des personnes très vulnérables*. Toulouse: Éditions Érès.
- Eyraud, B., & Vidal-Naquet, P.A. (2008). Consentir sous tutelle, *Tracés*, 14, 103-127.
- Eyraud, B., & Vidal-Naquet, P.A. (2012). La protection des personnes vulnérables. La part de l'arbitraire. Une étude de cas. *SociologieS*. <http://sociologies.revues.org/4106>
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente*. Paris: Gallimard.
- HAS-Forap (2012a). *Auto-évaluation. Évaluation de la promotion de la bientraitance*.
- HAS-Forap (2012b). *Le déploiement de la bientraitance, guide à destination des professionnels en établissements de santé et en EPHAD*.
- HAS-Forap (2012c). *Les principes de la bientraitance : déclinaison d'une charte*, Réseau Bas-Normand/ReQua.
- Hennion, A. (2010). Vous avez dit attachements ? In Akrich, M. & al. (Éds.). *Débordements. Mélanges en l'honneur de Michel Callon*. Paris: Presses de l'École des Mines, pp. 179-190.
- Hennion, A., Guichet, F., & Paterson, F. (2009). *Le handicap au quotidien*. Paris: CSI, CNSA.
- Hennion, A., & Vidal-Naquet, P.A. (Dir.). (2012). Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction ou comment concilier protection et autonomie. Paris/Lyon: CSI/Cerpe, Mire.
- Hennion, A., & Vidal-Naquet, P.A. « Enfermer maman ! » Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation. *Sciences Sociales et Sociétés* (à paraître).
- Hugenot, R. (2007). *Violences invisibles. Reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées*. Paris: Dunod.
- Jacqueline, S. (2006). Les politiques du patient en pratique. Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital. *Politix*, 73, 83-93.
- Juilhard, J.-M., & Blanc, P. (2003). *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissement et services sociaux et médicaux sociaux, et les moyens de la prévenir créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat, le 12 décembre 2002*. Rapport du Sénat.

- Kittay, E. F. (2011). The ethics of care. Dependence and disability. *Ratio Juris*, 24, 49-58.
- Lechevalier-Hurard, L. (2013). Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier psychiatrique. *Sociologie du travail*, 55, 279-301.
- Lovell, A. (1996). Coercion and social control, a framework for research on aggressive strategies in community mental health. In Dennis D., & Monahan J. (Eds.). *Coercion and aggressive treatment: a new frontier in Mental Health Law*. New York Plenum Press, pp. 147-166.
- Mol, A., Moser, I., Pols, J. (2010). *Care in practice. On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: [transcript] Verlag.
- Molinier, P. (1999). Prévenir la violence : l'invisibilité du travail des femmes. *Revue internationale de psychopathologie et psychodynamique du travail*, 3, 73-86.
- Molinier, P. (2009). Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime hospitalier. In Jouan, M., & Laugier, S. (Dir.). *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris: Presses Universitaires de France, pp. 433-458.
- Molinier, P. (2013). *Le travail de care*. Paris: La Dispute.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ?* Paris: Payot.
- Moreau, D. (2007). Faire interner un proche ? Le travail sur l'autonomie en contexte de troubles psychiques. Dossiers d'études 94. Paris: CNAF.
- Moreau, D. (2010). Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique. In Crignon de Oliveira, C., & Gaille, M. (Dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris: Éditions Seli Arslan, pp. 168-181.
- Moreau, D. (2011). Conjurer la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service psychiatrique. *Revue Sociologie Santé*, 33, 29-47.
- Morris, J. (2001). Impairment and disability: constructing an ethics of care which promotes human rights. *Hypatia*, 16-4, 1-16.
- Moulias, R. (2008). Prévention des maltraitances en institution médico-sociale. *Gérontologie*, 145, 30-38.
- Nussbaum, M. (2012). *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste ?* Paris: Flammarion.
- O'Brien, A.J., & Golding, C.G. (2003). Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 167-173.
- Paperman, P., & Laugier, S. (Dir.) (2006). *Le Souci des autres, éthique et politique du care*. Paris: Éditions de l'EHESS.
- Pettit, P. (2004). *Républicanisme. Une théorie de la liberté et du gouvernement*. Paris: Gallimard.
- Ravon, B., & Vidal-Naquet, P.A. (2014). Épreuves de professionnalités. In Zawieja, P., & Guarnieri, F. (Dir.). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris: Le Seuil, pp. 268-272.
- Shakespeare, T. (2002). The social model of disability: an outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*, 2, 9-28.
- Thaler, R.H., & Sunstein, C.R. (2008). *Nudge: improving decision about health, wealth and happiness*. New Haven CT: Yale University Press.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du care*. Paris: La Découverte.
- Vidal-Naquet, P.A. (2014). Le travail de care : tact, ruse et fiction. In Brodiez, A., von Bueltingsloewen, I., Eyraud, B., Laval, C., & Ravon, B. (Dir.). *Vulnérabilités sociales et sanitaires. Approches sociologiques et historiques*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes. pp. 137-152.