

Déplier la compliance

De l'élasticité en physique à la résistance en psychiatrie

Olivia Vernay, collaboratrice de recherche et experte par expérience (ORCEP – Pro Mente Sana), collaboratrice scientifique (FPSE – UNIGE)

« La phase que je ne veux pas gérer, c'est l'acceptation. J'aime mieux la révolte¹ ! »

Le terme « compliance » est un anglicisme qui, en français, est le plus souvent traduit par le terme « conformité ». Dans sa définition anglaise, d'autres synonymes lui sont associés, comme *obedience* (l'obéissance) *acquiescence* (l'acceptation, souvent de manière contrainte) ou encore *submission* (la soumission au pouvoir ou à l'autorité de quelqu'un). En physique, ce terme définit l'élasticité d'un corps, c'est-à-dire sa capacité, plus ou moins élevée, à se distendre sous l'effet d'une pression exercée. En droit des affaires, la compliance désigne l'ensemble des mesures organisationnelles déployées de manière préventive par une entreprise pour garantir sa conformité aux réglementations, normes et pratiques propres à son domaine d'activité, et constitue un outil de gestion des risques liés au non-respect de celles-ci. Qu'en est-il en médecine, et plus particulièrement en psychiatrie ?

La perspective médicale : un concept contesté... en théorie (mais mobilisé en pratique)

En médecine, le concept de compliance, ou de non-compliance, est utilisé depuis les années cinquante pour nommer des attitudes et comportements désirables, ou au contraire non désirables, de la part d'un-e patiente. Dans la littérature médicale, ce concept est, depuis quelques années, non seulement considéré comme « obsolète² » mais aussi jugé « problématique³ » car il sous-entend « une soumission inconditionnelle du patient [ou de la patiente] à la prescription médicale qui lui est faite⁴ ». L'observance thérapeutique, un concept voisin de la compliance, est également de plus en plus sujet à controverses car « assimilé à une attitude "d'obéissance" du patient [ou de la patiente] par rapport au soignant [ou à la soignante] qui aurait "autorité" sur lui [ou elle]⁵ ». Actuellement, il semble que ce soient les notions d'adhésion ou d'alliance thérapeutiques qui fassent consensus pour le corps médical, à défaut de convaincre les personnes premières concernées. J'y reviendrai.

Dans la pratique clinique quotidienne en revanche, le corps médical mobilise encore fréquemment les notions de compliance et surtout, de non-compliance, laquelle est généralement ramenée à un diagnostic ou à un symptôme de la pathologie. Davantage que des attitudes ou des comportements, la non-compliance est utilisée pour nommer un état – celui d'être non compliant-e – et assimilée à un défaut d'adaptation, à une incapacité, intrinsèques à la personne. Le ou la patiente non compliant-e – c'est-à-dire celui ou celle qui ne respecte pas, ou conteste, le traitement préconisé par le corps médical (médicamenteux, thérapeutique), le diagnostic posé ou encore le programme de soin – se voit souvent qualifié-e comme étant anosognosique, dans le déni. Cette qualification entraîne la plupart du temps la détermination de l'incapacité de discernement de la personne puisque, selon le corps médical, celle-ci ne serait pas consciente de son état de santé ni de son besoin de soins.

2. Debout Christophe, « Compliance », in Monique Formarier et Ljiljana Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2^e édition), Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, p. 112-114. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0112>

3. Commission d'éthique clinique du CHUV, recommandations au sujet « Situation de désaccord majeur entre un patient et le médecin concernant un traitement, sa poursuite, son adaptation ou son arrêt », mai 2018, p. 5.

4. Commission d'éthique clinique du CHUV, mai 2018, *op. cit.*, p. 6.

5. Allenet Benoît, Lehmann Audrey, Baudrant Magalie et Gauchet Aurélie, « Il nous faut arrêter de parler du patient "non observant" à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 2018, 76, p. 490.

Le regard des sciences sociales : psychologisation de la non-compliance, disqualification de la personne et justification de la violence thérapeutique

Les liens entre non-compliance, diagnostic de déni pathologique, disqualification du ou de la patiente et violence thérapeutique ont été analysés en sciences sociales. La sociologue Natasia Hamarat et l'historienne et philosophe des sciences Katrin Solhdju soulignent notamment que la mobilisation de la catégorie du déni, lorsqu'un-e patient-e n'accepte pas le traitement préconisé et s'y oppose, permet au corps médical de ne plus prendre en compte la volonté du ou de la patiente car celle-ci « peut être considérée comme au moins partiellement incapable de jugement véritablement éclairé⁶ ». Selon Guy Lebeer, sociologue, prétendre que la non-compliance est le symptôme de la pathologie d'un-e patient-e non seulement dispense le corps médical « de s'interroger plus avant sur certains motifs de la non-compliance tels que déclarés par ce[tte] patient[e], et notamment sur toutes ces violences courantes qu'on lui fait subir⁷ », mais disqualifie également la parole du ou de la patiente en cas de plainte. Cette disqualification opère également avec l'assignation d'un diagnostic de déni, lequel discrédite la personne « en ce qui concerne son expérience de la maladie, mais [...] aussi dans son être entier, en la rendant suspecte et en diminuant sa crédibilité⁸ ».

L'expérience des personnes premières concernées : résistance et surcroît de contrainte, adhésion factice et pratiques de survie

La compliance, et son opposé la non-compliance, sont donc des notions qui se réfèrent à un univers de sens et de pratiques issu du monde médical, lequel n'est pas forcément, voire pas du tout, partagé par les personnes concernées par une expérience de la contrainte en psychiatrie ayant témoigné à l'Observatoire romand de la contrainte en psychiatrie (ORCEP). Ni par moi-même qui ai vécu de multiples contraintes en psychiatrie lorsque j'étais adolescente et jeune adulte. Pour nous, la compliance ne signifie pas adopter des comportements désirables, mais subir des conséquences indésirables, notamment les effets secondaires des traitements médicamenteux : « Je suis devenue plus ou moins compliant. Ça veut dire prendre neuf kilos⁹. »

Le terme « compliance » est un non-sens à nos yeux puisqu'il permet d'euphémiser la contrainte, voire de la nier totalement. Nous lui préférons d'ailleurs les termes « obéissance » et « soumission » qui reflètent davantage les rapports de domination sous-jacents à la compliance, mais aussi la violence exercée en cas d'insoumission : « L'injection de force est arrivée à partir du moment où j'ai dit non,

où je n'ai plus été une bonne patiente soumise et compliant¹⁰. » De même, il n'est nullement question de non-compliance mais de révolte, de rébellion ou de résistance, même si celles-ci sont réprimées par un surcroît de contrainte : « J'étais un peu rebelle, j'ai répondu quelque chose au médecin qu'il n'a pas apprécié. Il ne m'a pas regardée, il a regardé l'infirmière et lui a dit : "Mettez-là en chambre fermée"¹¹. » L'opposition au traitement préconisé devient de fait la justification de la contrainte. Sur la demande d'internement non volontaire lorsque j'avais seize ans figurent ainsi les motifs suivants : « Opposition au traitement, refus d'hospitalisation. Patiente méprisante, tendue et très oppositionnelle. Non demandeuse d'aide et anosognosique. Pas d'idées suicidaires, pas d'éléments psychotiques, discours cohérent sans fuite d'idées, et chargé de critiques acerbes¹². » Le fait de s'opposer est pathologisé et transformé en anosognosie, définie comme « la méconnaissance par le patient [ou la patiente] de l'affection dont il [ou elle] est atteint[e]¹³ », de même que le refus d'aide et de soins de la part de jeunes patient-es est qualifié de déni par le corps médical¹⁴. On retrouve donc ici le diagnostic de déni évoqué par Lebeer, et les mêmes conséquences pour la personne qui se voit assigner un tel diagnostic puisque celui-ci est mobilisé par le corps médical pour déterminer l'incapacité de discernement de la personne et passer outre sa volonté. L'équation est somme toute assez simple : « Soit on est d'accord, on dit oui à tout et alors on est considéré comme capable de discernement ; soit on s'oppose et dans ce cas, on est considéré comme non discernant¹⁵. »

S'il arrive parfois que les personnes premières concernées deviennent compliant, en apparence du moins, ce n'est donc en aucun cas par conviction mais uniquement par adhésion factice. La compliance n'est rien d'autre qu'une pratique de survie – un outil de gestion des risques dirait-on en droit des affaires – qui consiste à feindre l'acceptation pour se libérer de la contrainte et de la violence subie : « Obéir, c'est une stratégie de survie plutôt qu'une soumission, c'est se voir obligée d'adopter un rôle¹⁶ » ; « c'est jouer un rôle de bon patient, dire ce qu'il faut dire pour pouvoir sortir le plus rapidement possible et taire ce qu'il faut taire pour qu'on ne nous enferme pas encore plus longtemps¹⁷. »

L'adhésion et l'alliance thérapeutiques : une sémantique progressiste pour définir un Saint Graal utopique

Revenons à présent aux notions d'adhésion thérapeutique et d'alliance thérapeutique mobilisées dans la littérature médicale actuelle pour remplacer la notion de compliance. J'ai brièvement

6. Hamarat Natasia et Solhdju Katrin, « Accepte ou tu seras dévoyé. Regards critiques sur le " déni " dans le monde de la santé », Kairos, 2022, 74, p. 4.

7. Lebeer Guy, « La violence thérapeutique », Sciences Sociales et Santé, 1997, 15(2), p. 71.

8. Hamarat et Solhdju, 2022, *op. cit.*, p. 5.

9. Entretien mené par l'ORCEP, D2, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

10. Entretien mené par l'ORCEP, D4, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

11. D9, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

12. Archives personnelles, demande d'entrée non volontaire, 1998.

13. Dictionnaire de l'Académie nationale de médecine, entrée « anosognosie ». <http://91.209.229.113/search/results?titre=anosognosie>

14. Conus Philippe, « Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux ? », L'information psychiatrique, 2018, vol. 94, n° 4.

15. D0, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

16. Entretien mené par l'ORCEP, D1, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

17. Entretien mené par l'ORCEP, D41, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

mentionné en introduction que ces notions faisaient consensus pour le corps médical, c'est-à-dire qu'elles constituent des alternatives sémantiques acceptables ou, plus exactement, politiquement correctes pour désigner... une utopie, une non-réalité. L'adhésion thérapeutique serait « une notion qui met en évidence la liberté du patient d'approuver ou non la proposition médicale, sans que celui-ci ne soit blâmé de son choix effectif¹⁸ ». Or, comme évoqué, la non-approbation de la proposition médicale est souvent sanctionnée par une hospitalisation non volontaire, une mise en chambre fermée ou encore une injection forcée : « Toute cette illusion de bienveillance me choquera toujours, cette illusion qu'on te donne le choix de prendre le traitement. Mais en fait, non, tu ne l'as pas, parce que si tu dis non, c'est une injection de force que tu as¹⁹. » La liberté de choix du ou de la patiente semble dès lors fortement compromise et l'absence de blâme, davantage un mythe qu'une réalité.

Par ailleurs, lorsqu'adhésion il y a, elle n'est que factice. Quant à la notion d'alliance thérapeutique, est-il nécessaire de souligner que celle-ci est *de facto* utopiste ? Une sorte de récit fictionnel élaboré par un corps médical aveugle à ses propres pratiques et hors de la réalité vécue par les patient·es ? En effet, l'alliance impliquant tout à la fois un engagement mutuel basé sur la confiance et le respect et un mode relationnel horizontal, elle ne peut qu'être impossible dans une relation asymétrique au cours de laquelle une personne dispose d'un pouvoir sur une autre personne qui en est privée. D'autant plus lorsque ce pouvoir permet d'imposer des traitements et prises en charge thérapeutiques sans consentement. Or, s'il arrive que le corps médical thématise le risque d'altération de la relation thérapeutique lors des soins sous contrainte, se demandant « comment maintenir une alliance thérapeutique avec le patient [ou la patiente] dans le contexte de ce qu'il [ou elle] *perçoit* comme une atteinte à sa liberté²⁰ », il s'obstine néanmoins à chercher des solutions à une impasse : l'alliance thérapeutique dans un tel contexte.

La rhétorique des perceptions pour euphémiser la violence thérapeutique

Soulignons au passage que la prise de conscience – ou le désaveuglement partiel ? – du corps médical de la mise « à l'épreuve²¹ » de l'alliance thérapeutique lors d'un soin sous contrainte reste modérée. En effet, l'atteinte à la liberté, lorsqu'elle est évoquée, est rattachée à la perception du ou de la patiente et non à une réalité indiscutable. Ce toilettage rhétorique consistant à réduire des faits concrets à des perceptions ou ressentis est récurrent dans le discours médical ; il permet d'euphémiser la violence thérapeutique exercée et, ce faisant, de la rendre légitime aux yeux des soignant·es. Le ou la patiente « aurait le sentiment » d'être enfermée, « percevrait » les soins comme délétères, comme si, finalement, tout était dans sa tête, subjectif et non réel. Pourtant, quand les personnes ayant une expé-

rience de contrainte en psychiatrie témoignent à l'ORCEP, ce sont bien des faits objectifs et concrets qu'elles décrivent : « J'ai été enfermée dix mois dans ma chambre²² » ; « Des chambres de soin qui n'ont pas de WC : un carré de trois mètres sur trois, un lit en mousse et c'est tout²³ » ; « Ils m'ont mise toute nue, ils se sont mis à cinq ou six pour me plaquer au sol et me faire l'injection forcée²⁴. » Pour la plupart d'entre nous, non seulement ces pratiques relèvent de la torture mais elles s'avèrent de plus contre-productives puisqu'elles provoquent des traumatismes à long terme. La psychiatrie se retrouve ainsi à conceptualiser le trouble de stress post-traumatique (TSPT²⁵, TSPT complexe²⁶)... qu'elle a elle-même suscité²⁷. Le comble de l'ironie.

Pathologisation de la non-compliance et décrédibilisation des personnes premières concernées

Dans n'importe quel autre contexte, ces pratiques seraient considérées comme contraires aux droits humains et jugées intolérables, tout comme refuser de faire l'objet de telles pratiques serait non seulement perçu comme légitime mais nécessaire. Comment est-il possible, dès lors, que ces pratiques soient admissibles dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique et que le refus des personnes concernées de les subir soit appréhendé comme non légitime et acte de non-compliance ? La pathologisation de la non-compliance des personnes « psychiatrisées », la décrédibilisation systémique de leur parole, de leur volonté et la négation de leur capacité de discernement – le fameux déni (*bis repetita*) – semblent être une piste explicative, à défaut d'être une justification : « D'emblée, mon discernement a été balayé dans le regard du personnel soignant qui s'est, à mes yeux, octroyé le droit de me traiter comme un objet et non comme un être humain, imposant leur volonté à autrui selon les termes qu'ils et elles pensent bénéfiques²⁸. »

Quand le passage par la physique permet d'illustrer le paradoxe de la compliance et de la résistance

Comme mentionné en introduction, la compliance, en physique, désigne la capacité d'un corps élastique à se distendre sous l'effet de la pression exercée. J'aimerais proposer une réinterprétation de cette définition dans le monde de la psychiatrie, du point de vue des personnes concernées par une expérience de contrainte :

18. Commission d'éthique clinique du CHUV, recommandations au sujet « Situation de désaccord majeur entre un patient et le médecin concernant un traitement, sa poursuite, son adaptation ou son arrêt », mai 2018, p. 6.

19. D9, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

20. « L'alliance thérapeutique à l'épreuve du soin sous contrainte », affiche de présentation d'une intervention de soignant·es en psychiatrie à la clinique de Belle-Idée, Hôpitaux Universitaires Genève (HUG), 10 mai 2023.

21. « L'alliance thérapeutique... », *op. cit.*

22. Entretien mené par l'ORCEP, D12, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

23. Entretien mené par l'ORCEP, D20, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

24. Entretien mené par l'ORCEP, D21, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

25. American Psychiatric Association, DSM-5-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Elsevier Masson, 2023 ; Organisation mondiale de la Santé, CIM-11, Classification Internationale des Maladies Onzième Révision. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#2070699808>.

26. Organisation mondiale de la Santé, CIM-11, Classification Internationale des Maladies Onzième Révision. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#585833559>.

27. Khazaal Yasser, Bonsack Charles et Borgeat François, « La contrainte en psychiatrie : actualités et perspectives », *Revue Médicale Suisse*, 2005, vol. 1, n° 7. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-7/la-contrainte-en-psychiatrie-actualites-et-perspectives>

28. Entretien mené par l'ORCEP, D4, Archives de l'expérience de la contrainte en psychiatrie, ORCEP.

la compliance en tant qu'obligation de se soumettre à une domination exercée. La non-compliance désignant, de fait, la résistance à cette domination. Dont acte. Continuons à mobiliser les définitions de la physique, en se penchant sur le concept de résilience qui définit la capacité de résistance d'un matériau à un choc. La résilience, comme la compliance, est un concept qui a été repris par différents champs disciplinaires, y compris par la psychiatrie qui, étonnamment, présente la résilience comme un comportement désirable.

J'utilise le terme « étonnamment » car de prime abord, on pourrait supposer que la résilience, en psychiatrie, désigne la capacité de résistance des personnes « psychiatisées » au traumatisme (choc) induit par les pratiques violentes qu'elles ont subies et se demander, dès lors, pourquoi la psychiatrie pathologise la résistance d'un côté, tout en la portant aux nues de l'autre. Le passage par le mécanisme de la résilience en physique répond à cette interrogation naïve. En effet, la résistance d'un matériau à un choc est en réalité le cumul de capacités successives: celle d'absorber ledit choc en se déformant puis celle de reprendre sa forme initiale. Ce n'est donc pas la capacité de résistance que valorise la psychiatrie mais le mécanisme de la résilience, à savoir « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative²⁹ ». Cette acception de la résilience non seulement fait porter à la personne la responsabilité de se rétablir du traumatisme subi mais constitue de plus « l'alibi du déni du traumatisme³⁰ ».

Ainsi mobilisée:

La résilience opère un glissement silencieux mais lourd de circonstances: elle valorise la capacité de la personne à se reconstruire malgré la violence plutôt que celle de contester ladite violence. La résilience devient alors une vertu de l'acceptation, une forme normalisée et intériorisée de soumission au pouvoir psychiatrique, où l'adaptation remplace la critique³¹.

Politiser la résistance pour lutter contre les faux plis de la psychiatrie

Comme le souligne Alexandre Grefen, critique littéraire et historien de la littérature, « la résilience arrête le trauma, interdit sa politisation³² ». Tout comme la compliance nie la résistance en

tant qu'action politique. Ou dit autrement, la résilience dissimule la violence thérapeutique de la même manière que la compliance invisibilise la lutte contre la domination exercée par le corps médical.

La mobilisation de ces deux concepts par la psychiatrie permet de « légitimer les idéologies dominantes³³ » et de masquer des atteintes aux libertés fondamentales et à la dignité des personnes psychiatisées. En réalité, pour nous, personnes ayant une expérience de la contrainte en psychiatrie:

- la non-compliance désigne notre capacité de résistance à la violence thérapeutique exercée;
- la compliance est une pratique « fondée sur la survie et l'obligation d'asservissement à [cette] violence³⁴ ».

Au soi-disant déni du ou de la patiente de sa pathologie, nous substituons le déni du corps médical de ses pratiques violentes et traumatisantes.

Décembre 2025

29. Cyrulnik Boris, *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 1999, p. 10.

30. Fleury Cynthia, *La clinique de la dignité*, Éditions du Seuil, 2023, p. 69.

31. Propos rédigé par Elena Diz, participante de l'atelier collectif de l'ORCEP « Déplier la compliance » du 25 mai 2025.

32. Grefen Alexandre, « Care et résilience », dans Nurock Vanessa et Parizeau Marie-Hélène, *Le care au cœur de la pandémie*, Les Presses de l'Université de Laval, 2022, p. 179.

33. Illouz Eva et Cabanas Edgar, *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*, Premier Parallèle, 2018, p. 141.

34. Fleury Cynthia, 2023, *op. cit.*, pp. 32-33.

Association romande

pro mente sana

défend les droits et les intérêts
des personnes en situation
de handicap psychique

Conseil juridique
Conseil psychosocial

Permanences téléphoniques
gratuites - horaires sur
www.promentesana.org

Observatoire romand de la
contrainte en psychiatrie (ORCEP)
recueille vos témoignages
par questionnaire et entretien
orcep.promentesana.org

info@promentesana.org

Rue des Vollandes 40 - 1207 Genève
022 718 78 40

Produit par Imprimerie Trajets
imprimerietrajets.org