



**PENSER UNE POLITIQUE DES
ATTACHEMENTS**

une révolution des liens contre
une culture des sangles

PENSER UNE POLITIQUE DES
ATTACHEMENTS :
une révolution des liens contre
une culture des sangles

Clémence Mercier

Attacher quelqu'un.e à un lit prévu à cet effet et disposé dans une chambre d'isolement est une possibilité médico-psychiatrique ; nous avons décidé de porter notre regard sur les dimensions à la fois traumatisantes et coercitives de cette réalité, en cherchant différents angles d'analyses. Ces différents regards s'appuient sur des considérations politiques, cliniques et citoyennes pour penser ce que ce « droit d'attacher » dit de la culture et de l'organisation sociales de nos rapports au trouble, à la maladie psychique ou à la folie.

Clémence Mercier anime à partir du Centre Franco Basaglia des dynamiques d'éducation populaire dans la vie associative. Philosophe de formation, elle cherche à finement rejoindre les personnes dans ce qu'elles traversent de troublant ou violent en relevant ce que cela nous invite à penser pour continuer à vivre ensemble. Elle est d'allant plutôt joyeux.

LE CENTRE FRANCO BASAGLIA

est un dispositif d'analyses et de propositions qui interroge les liens entre la psychiatrie, l'homme et la société. Il invite les citoyens à se préoccuper des souffrances psychiques pour les voir comme des modes de vie qui mettent en difficulté et interrogent les relations dans notre société.

Il soutient des pensées critiques, des propositions politiques et des expériences concrètes à partir de trois thématiques de la vie des personnes aux prises avec des souffrances psychiques :

la reconnaissance et l'émancipation

*

l'hospitalité

*

la justice sociale

CENTRE
FRANCO
BASAGLIA

TABLE DES MATIÈRES

1. LA CONTENTION, ÉQUIPEMENT PSYCHIATRIQUE	11
A) LE CADRE JURIDIQUE	11
B) L'ARSENAL MÉDICAL	15
C) L'ARSENAL CONCEPTUEL	20
2. LA CONTENTION, UN SOIN ?	25
A) LA PROTECTION EST UN SOIN	26
B) DE LA CONTENTION À LA CONTENANCE, UNE OPÉRATION CONCEPTUELLE DE RÉHABILITATION D'UN TRAITEMENT DÉGRADANT ?	27
C) CO-PRÉSENCE : PRODUIRE D'AUTRES RÉALITÉS EN SITUATIONS HOSPITALIÈRES	34
D) LE DIRE PLUTÔT DEUX FOIS QU'UNE, FAIRE VARIER LE PROBLÈME – CONTENIR ET CONTENTIONNER : UNE DISTINCTION À LAQUELLE NOUS TENONS	37
3. LA CULTURE DE L'ENTRAVE : QUELQUES TRAITS SAILLANTS, QUELQUES LIGNES DE REFUS	38
4. ATTACHER OU S'ATTACHER – POUR UN COMMUNISME DU SOIN	46

A lors que je m'étais éclipsée quelques jours en France et que je travaillais sur cette étude, j'ai rencontré une dame d'une cinquantaine d'années. J'étais assise à une terrasse, elle ne faisait que passer car elle devait impérativement vider un endroit où elle « créchait » avant de faire du stop pour « rentrer ». Où ? Dans une destination qui lui appartenait – peut-être un lieu de vie ? – et qui impliquait un psychiatre dont elle cherchait à se protéger ; je n'ai pas compris précisément de quoi était faite sa vie au présent ni comment elle semblait s'organiser. Elle ne faisait que passer, et pourtant, malgré les impératifs, elle s'est arrêtée à ma hauteur. Elle m'a scrutée, a regardé les livres qui étaient étalés sur la table. Plusieurs d'entre eux seront des références pour cette étude – notamment les ouvrages d'Olivier Brisson¹ et Mathieu Bellahsen². Elle me demande ce que je fais, sur quoi je travaille. Je lui réponds alors que je suis travailleuse au sein d'une structure d'éducation populaire – c'est le mot qui me semble traduire, dans le contexte français, le statut que j'occupe au sein des *Expériences du Cheval Bleu*. Je lui dis que ce réseau associatif s'occupe plus particulièrement de créer des alternatives à la structuration de la psychiatrie en repensant le soin à apporter aux personnes en souffrance depuis (1) une démarche politique visant à la démocratisation des soins et à une réflexion citoyenne sur l'institution « folie » dans notre société, (2) un aménagement pragmatique des soins à l'échelle d'un territoire, la ville de Liège, segmenté en quartiers, (3) une circulation des personnes se sentant en souffrance dans un circuit diversifié d'expériences – de création, de travail, de groupe de réflexion - et dans des collectifs.

Nous continuons notre conversation après qu'elle m'ait demandé : « Donc vous n'êtes pas soignante ? Vous êtes sûre que vous n'êtes pas psy ? » Je ne suis pas psy, la conversation continue. Je lui propose de s'asseoir et elle me fait alors part de ce qu'elle a vécu, de son expérience de la psychiatrie qui a duré une vingtaine d'années. Elle me dit ne pas avoir pu compter sur le moment-même, donc ne pas pouvoir chiffrer à l'heure actuelle, le nombre de mise en chambre d'isolement et le nombre de contentions mécaniques qu'elle a subie – « on attache tout : les mains, les poignets, le torse ». Elle me dit avoir subi des séances d'électrochocs. J'écoute le récit de cette femme,

1 Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023.

2 Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023.

qui se tient devant moi et qui scande souvent « Psychiatrie, zonzon ». Elle me raconte avoir perdu quelques-unes des personnes qu'elle a rencontrées durant les internements, les hospitalisations. Elle me dit qu'elles sont mortes *en et de* la psychiatrie. J'interagis peu, je ne vois d'autre possibilité que d'écouter cette parole qui exprime encore une douleur vive et des événements d'une violence extrême. Cette violence dont elle me fait part, c'est la violence psychiatrique.

Cette rencontre m'a animée dans la rédaction de cette étude car elle venait visibiliser, par le biais d'une voix singulière, l'enjeu de produire un appareil critique pertinent pour interroger la dimension politique, sociale et culturelle de certains actes et certains équipements dont disposent les institutions psychiatriques. Depuis ma position de travailleuse au Centre Franco Basaglia, il m'a semblé urgent de m'emparer d'une des violences que la psychiatrie a les moyens et le droit d'infliger : la contention. N'ayant pas été et n'étant pas moi-même victime de la violence qu'il s'agit d'analyser d'un point de vue critique ici, je tenterai de faire droit aux paroles de personnes concernées en les citant dans le texte. Parfois, ce sont des témoignages de soignants. 10tes qui ont cherché, dans leurs propres productions théoriques, à faire une place aux vécus de personnes ayant subi de la violence psychiatrique, soit en relatant des expériences dont ils et elles étaient témoins, soit en recueillant et en relayant des témoignages directs de personnes contentionnées. À d'autres moments, je mobiliserai des travaux de personnes concernées – ce sera le cas du livre *Charge*³ de l'autrice Treize, et des analyses du blog *Comme des fous*⁴.

Cet échange a fait émerger un autre souvenir, et je pense qu'il devait agir en moi d'une certaine manière lorsque je me suis engagée à faire de cette réalité, la contention, un objet d'étude. En juin 2023, j'avais participé au colloque de La Criée⁵ à Reims, haut-lieu de rencontre et d'échanges de la psychothérapie institutionnelle en France. Durant les grandes assemblées, un « débat », je ne sais s'il y a vraiment lieu d'employer ce terme, s'est entamé au sujet de la contention. La salle remplie de soignants.tes et clairsemée de patients.tes avait été envahie d'un malaise. En effet, un clivage dans le pôle soignant était rapidement ap-

3 Treize, *Charge*. J'ouvre le huis-clos psychiatrique, Paris, Editions La Découverte, 2023.

4 <https://commedesfous.com/>

5 <https://lacriee51.blogspot.com/>

paru entre une majorité de personnes contraires et engagées contre l'usage de la contention⁶ et une (très) petite minorité de personnes qui défendait la dimension thérapeutique de la contention. La plupart des personnes en était ressortie embarrassée, pas franchement à l'aise à l'idée de poursuivre la discussion au-dehors, comme envahie et mise à mal par l'écart entre la position théorique *contre* la contention qui était majoritaire dans l'assemblée et la réalité de son usage, majoritaire dans le monde des institutions psychiatriques. Il m'est apparu qu'au creux du trouble lié à la position de soignant.e et au savoir/pouvoir qu'elle confère (notamment le pouvoir d'attacher le corps d'un.e autre), il y avait un problème fondamental dans le fait de trouver des outils opérants pour problématiser les enjeux politiques de la contention.

Les deux bouts de la *chaine*, détenteurs.trices légaux.les de la violence psychiatrique et victimes de cette violence, m'ont donné la sensation qu'il y avait là quelque chose auquel il fallait se coller. S'y coller pour des raisons politiques et vitales à la fois. Parfois, une petite voix dans ma tête prendra place dans le texte, parce qu'elle ne peut pas s'empêcher de se manifester.

1. LA CONTENTION, ÉQUIPEMENT PSYCHIATRIQUE

A) LE CADRE JURIDIQUE

La contention et l'isolement sont des mesures de privation de liberté qui semblent contrevenir, a priori, à la Convention européenne des droits de l'homme et à la Constitution.⁷ C'est pour cette raison qu'elles sont balisées par la loi de telle façon qu'il est possible de déroger sous certaines conditions au respect de certaines libertés fondamentales. La contention et l'isolement sont des mesures contraignantes de pri-

6 Certaines des personnes engagées dans la discussion posaient, elles-mêmes, la complexité de cette position étant donné qu'elles travaillaient dans des institutions qui usaient de la contention ou parce qu'elles la pratiquaient elles-mêmes parfois. La position prise ne consistait pas tant à s'opposer à ceux et celles qui pratiquaient la contention dans leurs services ou à les accuser nommément mais plutôt à s'opposer à l'arsenal conceptuel qui faisait de la contention un soin.

7 Voir le rapport final de la Commission technique de l'art infirmier. Groupe de travail : contention et isolement, Service Public Fédéral, Direction générale des soins de santé primaires et Gestion de crise. Consultable en ligne : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde-fr/19071744_fr.pdf

vation de liberté prises, en contexte de soin, d'accompagnement de personnes en situation d'handicap ou de soin psychiatrique, à « titre exceptionnel » lorsqu'aucune autre voie de protection de la personne n'est possible. Ces mesures sont souvent présentées comme *inévitables* et sont encadrées dans le droit par des mesures dérogatoires ou d'exception.

Ces mesures légales construisent la possibilité de l'usage de la contrainte lors de l'exercice des soins ; en cela, elles rentrent dans l'arsenal général des soins sous contraintes⁸ dessiné principalement par la loi de régime de protection des malades mentaux du 26 juin 1990⁹. Les mesures de privation de liberté doivent répondre aux conditions dérogatoires prévues par le cadre légal ; si ces conditions ne sont pas respectées, la personne responsable de la contention commet une faute pénale. La personne qui ne répondrait pas aux demandes d'aide, d'assistance, de soin adressée ou nécessitée par une personne contentionnée encourt également une peine d'incarcération et une amende.

12

« Au milieu de la nuit, le besoin de boire me réveille. Ma bouche est complètement sèche. J'ai une soif immense. "Détachez-moi ! J'ai besoin d'eau !" Aucune réponse. "S'il-vous-plait... De l'eau..." Je n'ai jamais eu si soif. Je vois le robinet, deux mètres plus loin. Je me sens tellement faible, les traits de mon visage se crispent de peur. Personne ne m'entend. Je hurle. "Heeeeeeeelp ! De l'eau ! Pitié !" J'ai cru mourir cette nuit-là. Je hurle, je supplie. Il n'y a personne. Et si personne ne venait ? Le manque d'eau est un supplice. J'appelle à l'aide à intervalles contrôlés, pour ne pas m'épuiser totalement, mais être entendue. "Ils m'ont oubliée." Quelle ignominie de faire endurer ça à un être humain... Quelle ignominie ! Je hurle. "Les humains ! Les humaaaaains ! Qu'est-ce que vous êtes en train de faire ?!" [...] Les infirmiers ne rentrent dans la chambre que quand le patient est calme. C'est ce que je comprendrai plus tard. Alors sûrement, ils ont du

8 Dont la dimension carcérale a été examinée dans un numéro de La Brèche : « Psychiatrie et carcéral. L'enfermement du soin. », La Brèche, n° 5, Printemps 2023, Editions Météores, Bruxelles.

9 Voir : [https://www.platfornempsychlux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/la-plate-forme-de-concentration-en-sante-mentale/#:~:text=La%20loi%20de%20mise%20sous,d'une%20simple%20mesure%20administrative](https://www.platfornempsychlux.be/ou-sadresser/vos-droits-et-la-legislation/la-plate-forme-de-concentration-en-sante-mentale/#:~:text=La%20loi%20de%20mise%20sous,d'une%20simple%20mesure%20administrative.). Consulté le 05/03/24

m'entendre. Je suis trop faible pour continuer de crier. J'abandonne. M'échappe de mon corps qui meurt de soif. Fixe les yeux au plafond. Et attends. J'ai eu besoin de pleurer mais le manque d'eau était tel que j'ai pleuré sans larmes. Expérience traumatisante. La torture a duré une heure, deux heures, peut-être quatre ou cinq avant que s'ouvre la porte de la chambre [...]. »¹⁰

La mise sous contention ou en chambre d'isolement sont encadrées par un régime d'exception détaillés principalement dans deux textes juridiques. Le premier concerne l'exercice de la contention ou de l'isolement ; il s'agit de l'arrêté royal du 18 juin 1990 « portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre »¹¹. Ce texte permet que les techniques de restrictions de la liberté soient exercées par un.e infirmière sans prérogatives préalables d'un.e médecin mais uniquement en vertu des conditions suivantes : la contention doit prévenir des lésions corporelles.¹²

Le second texte qui délimite les conditions dans lesquelles la contention s'exerce spécifiquement en psychiatrie est, non sans ironie, la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Il y a vingt-deux ans, « un cadre législatif était créé afin d'assurer à toutes et à tous la garantie d'une prise en charge médicale soucieuse du respect des droits individuels et de l'intégrité de chacun.e. »¹³L'article 8 de la loi en question stipule que toute mesure prise par un personnel soignant doit recueillir le consentement du patient.¹⁴ L'horizon construit par cette loi est le suivant : il faudrait recueillir le consentement préalable du patient ou de la patiente pour procéder aux mesures de restric-

10 Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023, p.11.

11 consulté en ligne le 05/03/24 : <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/6/6095/2.html>

12 Rapport final, Commission technique de l'art infirmier - Groupe de travail : contention et isolement, Service Public Fédéral, Octobre 2007, p. 6. Disponible en ligne : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde-fr/19071744_fr.pdf

13 « En recherche de Justesse », Campagne d'information et de sensibilisation sur les droits du patient, L'Autre « lieu » - RAPA/ 2021, p. 1.

14 « Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. » voir : [https://wallex.wallonie.be/eli/loi-decret/2002/08/22/2002022737/2002/10/06?doc=8558#--:text=Le%20patient%20a%20droit%2C%20de,aucune%20sorte%20ne%20soit%20faite](https://wallex.wallonie.be/eli/loi-decret/2002/08/22/2002022737/2002/10/06?doc=8558#--:text=Le%20patient%20a%20droit%2C%20de,aucune%20sorte%20ne%20soit%20faite.). Consulté le 05 mars 2024

tion de liberté. Sauf que le réel l'emporte sur la loi : peu de personnes acceptent dans un contexte de prise en charge médicale de se retrouver attachée, incapable de bouger. La loi permet donc de se passer du consentement du patient, de la patiente (1) dans des situations d'urgence où la volonté du patient ou de la patiente n'est pas connue ou ne peut être clairement exprimée ou bien (2) quand le patient ou la patiente n'est pas en situation de consentir librement à un traitement ou à une mesure de restriction de liberté. Dans l'usage, un flou va s'installer autour de la notion de consentement libre et éclairé. Porte ouverte à toutes les fenêtres : c'est la capacité de la personne à consentir qui va être questionnée et qui va permettre de décider à sa place. Se loge là un flottement qui permet de justifier des *privations de liberté* ou *mesures de protection non-consenties* - le vocable c'est selon.

Si le caractère exceptionnel des mesures de privation de liberté est mis en péril, c'est, en réalité, le respect des droits humains au fondement du système démocratique qui tend à vaciller.

B) L'ARSENAL MÉDICAL

La contention est un équipement dont se dotent les équipes médicales. L'usage qui nous intéresse plus spécifiquement est celui qui a lieu en *pays psychiatrique*¹⁵. En effet, il présente des traits tout à fait singuliers. Lorsqu'une personne âgée ou hospitalisée après une opération, en situation de coma, est attachée, lorsque sa liberté de mouvement est entravée, cette mesure de contention est présentée comme une protection contre un risque – risque de chute, de mise à mal d'un dispositif médical (sonde ou intubation par exemple), risque de lésions supplémentaires sur des parties du corps déjà endommagées. Ici, entraver la capacité de mouvement de la personne médicalisée ne se présente pas comme un geste thérapeutique. Il n'est pas alors question d'améliorer l'état de la personne prise en charge par la contention mais de la *protéger* d'une aggravation de son état si elle venait à bouger, s'agiter, voire tomber. Or, en psychiatrie, la contention et l'isolement semblent faire partie de l'arsenal thérapeutique au-delà de l'arsenal médical, c'est-à-dire de l'ensemble de mesures qui peuvent être *indiquées* dans la prise en charge du patient ou de la patiente. Avant d'entrer plus spécifiquement dans cette prétention thérapeutique que les institutions psychiatriques prêtent à la contention, je voudrais faire le point sur les appareillages, les équipements qui permettent et installent le fait d'attacher les personnes au cœur de la pratique psychiatrique. Ces équipements donnent lieu à l'apprentissage de différentes techniques qui s'incorporent à l'arsenal des gestes que les soignants.tes sont autorisés à pratiquer au sein de l'hôpital. Ces équipements sont de plusieurs sortes et créent des rapports de pouvoir différenciés.

Les types de contention sont les suivants. La contention légale correspond aux dispositifs légaux d'administration de soins sous la contrainte. La contention chimique consiste à administrer des médicaments à une personne afin de modifier son comportement social et corporel et de pouvoir la contrôler. La contention physique consiste à immobiliser, empêcher le mouvement d'une personne de façon manuelle, c'est-à-dire par les moyens de technique de corps, aussi utilisée par les forces de l'ordre, comme le plaquage. La contention mécanique consiste à utiliser un outil mécanique pour restreindre les mouvements d'une personne

15 « En recherche de Justesse », Campagne d'information et de sensibilisation sur les droits du patient, L'Autre « lieu » - RAPA/ 2021, p. 1.

(sangles de poignets ou de cheville, ceinture thoracique ou ventrale, camisole de force, lit clos, barrières, orthèse).

L'isolement est une pratique qui consiste à mettre une personne à l'écart des autres personnes présentes (patients.tes et soignants. tes). Cette pratique doit avoir lieu dans une pièce prévue à cet effet et répondant à des conditions spécifiques (présence d'une petite fenêtre permettant la surveillance de la personne isolée tout en préservant son intimité, par exemple). Cette pièce est fermée à clé. Enfin, il y a la possibilité pour les équipes soignantes de procéder à une mesure d'écartement. Celle-ci consiste à placer une personne à l'écart (dans sa chambre, sur une chaise dans un couloir ou dans une pièce non-utilisée). Cette mesure jette tendanciellement un flou concernant les pratiques d'isolement. Que penser, à ce sujet, des pratiques d'enfermement des patients.tes dans leur chambre durant la pandémie de covid - 19 ?¹⁶ En effet, plusieurs témoignages ont émergé concernant le fait que des chambres de patients.tes pris.es en charge dans des services de psychiatrie ont été verrouillées et, eux et elles, privés.ées de liberté. Ces enfermements n'ont pas fait l'objet d'une déclaration et n'ont pas respecté les procédures qui s'appliquent à l'isolement.

16

Comme toute pratique médicale, la contention physique et mécanique ont des « préjudices importants »¹⁷, c'est-à-dire des effets secondaires ou des conséquences sur la santé et la vie des patients.tes à qui on l'administre. Les études autour de la contention mécanique sont peu nombreuses, mais celles réalisées désignent toutes l'effet traumatisant avéré de la contention mécanique et le fait qu'il n'y a, par ailleurs, à l'heure actuelle, aucune preuve de son efficacité thérapeutique.

« En effet, la recherche qualitative suggère aujourd'hui que la contention mécanique est une expérience traumatisante qui interfère avec le processus thérapeutique et est considérée à la fois comme retraumatisante et contraire à l'éthique. »¹⁸

16 A titre d'exemple, voir : Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023, pp. 62 - 68.

17 Voir : G. Newton-Howes, M. K. Savage, R. Arnold, T. Hasegawa, V. Staggs, S. Kisely. « The use of mechanical restraint in Pacific Rim Countries : an international epidemiological study », *Epidemiology and and Psychiatrist Sciences* 29, e190, 1 - 7, 2021 cité dans Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023, p. 43.

18 Ibidem.

Des équipes de chercheurs et des chercheuses canadiennes, allemandes ainsi que l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (France) ont toutes relevé le risque vital qu'engendrait la contention mécanique. Ces études relèvent les cas de décès liés à la contention, notamment en raison de strangulation ou de compression thoracique.

L'usage des pratiques restrictives de liberté n'est actuellement pas documenté en Belgique, il ne fait pas l'objet d'un recensement par les autorités compétentes en matière de santé publique ni d'étude statistique publique. Peut-être serait-il pertinent dans le cadre d'une réflexion critique au sujet de la contention de créer des collectifs militants pour réclamer, auprès des services publics, une déclaration obligatoire de toute pratique de contention et d'isolement ? Cette obligation de déclaration pourrait permettre d'avoir un regard sur la fréquence de ces pratiques mais aussi d'alerter les instances compétentes si des institutions contentiennent et isolent des patients de manière, possiblement, abusive. Peut-être ces chiffres aideraient-ils à souligner la non-pertinence, dénoncée par beaucoup d'acteurs.trices de la psychiatrie, du caractère « exceptionnel » qui est utilisé pour qualifier l'usage des pratiques de contention et faire émerger une violence sourde et banale. Cette pratique de déclaration pourrait, il est vrai, être la source d'un alourdissement des pratiques administratives et d'encodage auxquels sont déjà confrontés les personnels hospitaliers. Cependant, au vu du caractère particulièrement coercitif de l'acte de contention mécanique, n'y a-t-il pas lieu de créer les conditions d'émergence d'un regard social sur ces pratiques ?

D'après Mathieu Bellahsen, le système contentionnaire engendre de la désensibilisation et du clivage dans le chef des soignants.tes. A un point tel que « le corps psychiatrique, gonflé de son hégémonie et aveugle à sa culture coercitive, ne voit plus les pratiques de contraintes comme ce qu'elles sont dans la réalité des faits, un contrôle et l'expression d'un pouvoir de domination. »¹⁹ D'où l'intérêt de pouvoir s'appuyer sur des instances publiques assurant une publication régulière de rapports au sujet de l'usage de ces pratiques coercitives. La coercition psychiatrique peut faire l'objet d'une visibilisation sociale si les pouvoirs politiques compétents en la matière le décrètent.

19 Ibid, p. 28.

Faute de pouvoir nous appuyer sur de tels chiffres concernant la Belgique, nous pouvons jeter un œil sur la façon dont des pratiques de contrôle et de transparence ont été créés et ce à quoi elles donnent lieu en termes d'actions collectives et politiques chez nos voisins. français.es. En 2007, le législateur crée une autorité indépendante de contrôle des lieux de privation de libertés (Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés). La psychiatrie devient, en 2014, sous l'impulsion d'Adeline Hazan, un cheval de bataille de cette autorité de contrôle. Elle ne manquera pas de faire quatre recommandations en urgence concernant des lieux où les droits des patients.tes ne sont pas respectés.

Le CGLPL a le pouvoir de dresser un aperçu de l'usage des pratiques coercitives en psychiatrie, et de réagir, sous la forme d'une recommandation d'urgence, face à des dysfonctionnements au sein d'équipes psychiatriques qui seraient attentatoires aux droits des patients.tes. Elle souligne, aussi, la partialité ou l'aveuglement avec laquelle l'HAS (Haute Autorité de Santé) poursuit son travail de certification des institutions. Il est, en effet, arrivé que la Contrôleuse fasse des recommandations en urgence concernant un établissement certifié conforme quelques semaines plus tôt par la Haute Autorité de Santé. Le CGLPL souligne la disparité des réalités dans les institutions psychiatriques, la hausse extravagante du recours à la contention et à l'isolement dans les institutions. Elle assume aussi un horizon précis, guidant l'exercice de son mandat et de sa mission :

« Tant que nous visitons des endroits où l'on soigne des gens sans les attacher, notre opinion est de dire qu'il n'y a pas de raison de les attacher pour les soigner. Puisqu'il y a des hôpitaux dans lesquels on ne pratique pas ces méthodes, cela jette la suspicion sur tous ceux qui les pratiquent. »²⁰

20 « Droits des patients en psychiatrie : où sont les ARS ? (CGLPL) », APMnews, 17 mars 2023 cité dans Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertia, 2023, p. 41.

La Contrôleuse a également pris position auprès du ministre de la Santé, Olivier Véran, contre un plan de restructuration commandité par les directions générales à l'hôpital de Chinon. La Contrôleuse fait, dans un courrier public, consultable en ligne²¹, part au ministre du risque de mise en péril que cette restructuration fait courir à un service de psychiatrie estimé exemplaire en France. Son organisation toute entière prend comme point de départ et d'attention le respect des droits des patients. La Contrôleuse souligne que « cet établissement est l'un des seuls contrôlés par le GGLPL qui parvient à concilier l'ouverture des unités, l'absence de contention et un recours à l'isolement aussi faible. »²² Le Ministre, Olivier Véran, n'a pas manqué de soutenir la restructuration économique du service et de passer outre les inquiétudes formulées par la Contrôleuse. Ce même ministre, quelques mois plus tôt, en octobre 2021, soutenait devant l'Assemblée Nationale qu'il y avait une dimension thérapeutique à l'isolement. Et ce monsieur, ministre et neurologue, de déclarer :

19

« Certains malades sont agités et déambulent, et vous aurez beau être quatre ou cinq autour, s'il s'agit d'un schizophrène en crise délirante aiguë et en agitation, cela ne va pas changer la donne ; ce n'est pas une question d'effectifs. On est bien obligé alors de prendre des mesures et les psychiatres disent eux-mêmes que la contention et l'isolement on une dimension thérapeutique en ce qu'ils permettent d'apaiser la situation. »²³

Olivier Véran porte, en réalité, une certaine vision de la psychiatrie : celle qui pense qu'on soigne les gens en les isolant ou en les attachant, celle qui pense que la réalité économique d'une structure hospitalière l'emporte sur des pratiques particulièrement respectueuses du droit des patients.tes.

21 Ensemble des échanges entre le Ministre et la Contrôleuse est disponible : <https://www.cgjpl.fr/2022/pole-de-psychiatrie-du-centre-hospitalier-de-chinon-une-prise-en-charge-particulierement-respectueuse-des-droits-des-patients-lettre-au-ministre-de-la-sante/>

22 https://www.cgjpl.fr/wp-content/uploads/2022/04/20220315_Centre-hospitalier-de-Chinon_lettre-ministre-de-la-sant%C3%A9.pdf

23 Journal officiel de la République Française, XV^e législature, session ordinaire de 2021 - 2022, séances du vendredi 22 octobre 2021, compte rendu intégral, année 2021 cité dans Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023, p. 35

C) L'ARSENAL CONCEPTUEL

Contentionner et isoler quelqu'un.e fait partie d'un système, le système contentionnaire ; il s'adosse notamment sur des formations destinées aux praticiens.nes. Ces formations font partie de l'arsenal médical, des équipements, dont disposent les soignants.tes. Ils configurent des imaginaires, une standardisation des pratiques et des modes d'être en relation basés sur le pouvoir, la punition et la responsabilisation des patients.tes. Prenons pour exemple la formation Oméga, largement plébiscitée en France par les membres d'institution de soin et d'accompagnement social, dont l'objectif est « de développer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité ». ²⁴Cette formation est basée sur deux outils : une « grille du potentiel de dangerosité » d'un.e patient.e et une « pyramide d'intervention ». Ces deux outils sont dispensés pour permettre aux soignants.tes et travailleurs.euses sociaux.les de mettre en œuvre une pacification et une désescalade dans des situations dites « d'agressivité ». Pour rentrer dans la logique de cette grille, j'emprunte à Olivier Brisson le récit qu'il fait d'une mise en situation proposée dans une de ces formations²⁵. La mise en situation exemplifie les différentes étapes à suivre, dans l'ordre, au fur et à mesure que le.a patient.e met la désescalade en échec. Je reprends cette mise en situation librement sous forme de dialogue.

20

Cette scène décrit un repas dans un hôpital psychiatrique. Jean-Paul est patient dans cet hôpital, Marie y est soignante. Après quelques jours durant lesquels Jean-Paul semblait moins nerveux, il a recommencé à se déplacer frénétiquement durant la matinée, à faire les cents pas. Il a manifesté qu'il était impatient de manger, qu'il avait faim et, à l'ouverture du réfectoire, il a dépassé tout le monde pour s'installer et réclamer qu'on le serve.

24 <http://asstas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base> cité dans Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023, p.68.

25 Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023, p. 72.

ÉTAPE 1 : LA PACIFICATION – approche douce qui permet au patient de se raccrocher aux branches, et de s’apaiser sur la suite des événements.

J.P. : *Je veux manger.* [frappe ses couverts]

M. : *Eh bien Jean-Paul, vous voilà bien nerveux, ne vous inquiétez pas, nous sommes là et faisons de notre mieux pour vous servir au plus vite.*

ÉTAPE 2 : LA TRÈVE – tentative de bifurcation du discours pour court-circuiter l’élan tonique du patient.

M. : *Jean-Paul, vous avez de la visite cet après-midi, n'est-ce pas ?*

M. : *Au fait, cet après-midi, il ne faudra pas oublier de décorer le sapin de Noël !*

[Vous constatez que la personne tente de prendre le contrôle plutôt que d’être en perte de contrôle²⁶]

21

ÉTAPE 3 : LA REQUÊTE ALPHA

M. : *Jean-Paul, vous vous calmez maintenant s’il vous plaît !*

[Jean-Paul n’est pas « compliant »²⁷]

ÉTAPE 4 : LE RECADRAGE - le professionnel reste bienveillant, mais il donne des consignes

M. : *Jean-Paul, ça suffit maintenant, vous gênez tout le monde, on ne peut pas continuer le repas comme ça, vous vous calmez tout de suite s’il vous plaît.*

[Jean-Paul n’écoute pas, il ne répond pas à la demande.]

[Toutes les étapes post-recadrage ne sont engagées que si l’équipe est en mesure d’arriver à la pointe de la pyramide.]

26 Yves Proulx, Comment agir en présence d’un patient ou d’un client agressif, diaporama, mai 2017. Consultable en ligne : https://grandrendezvous.com/images/quebec/2017/pdf/B5_Yves-Proulx.CNESST-Grand-Rendez-vous-mai-2017-reagir-agressivite.pdf

27 Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023, p.73.

ETAPE 5 : l'alternative – choix simple, basique, qui permet de responsabiliser l'utilisateur dans sa décision

M. : *Bon, écoutez, Jean-Paul, le repas ne peut pas se passer de la sorte. Je vous propose soit de sortir 5 minutes pour prendre l'air, soit de manger en chambre. Qu'est-ce que vous préférez ?*

[Jean-Paul refuse et ne quitte pas sa chaise.]

ETAPE 6 : l'option finale – responsabilisation du patient face au choix de collaborer ou non, d'être l'acteur du dénouement de la situation

M. : *Jean-Paul, vous allez regagner votre chambre maintenant. C'est comme vous voulez, soit vous y allez de vous-mêmes, soit on vous y accompagne.*

[J.-P. est récalcitrant]

ETAPE 7 : l'intervention physique = escorte sans ou avec contact physique, sans ou avec protection, sans ou avec intervention de contrôle (capture, avec ou sans équipement)

M. : « *C'est dommage...* » = signal de l'intervention et mobilisation de l'équipe

Ce que rapporte Olivier Brisson de cette mise en situation destinée à former des équipes soignantes est particulièrement éloquent quant à l'atmosphère, à l'ambiance qui est construite en institutions psychiatriques autour des personnes en souffrance. La souffrance existentielle est d'abord l'objet d'une institutionnalisation : la personne devient un élément dans un cadre soignant et est désignée, non pas par sa singularité, mais par son inscription dans un contexte institutionnel qui inclut un parcours thérapeutique (on parle même, en Belgique, de trajet de soins lorsque ceux-ci sont contraints). Or, qu'est-ce qu'on voit ici ? C'est que la personne est abordée depuis sa potentielle dangerosité, depuis les risques de débordement qu'elle semble porter et faire porter à l'institution. Le personnel soignant est formé à « sécuriser » : il porte donc une mission de sécurité ou sécuritaire au sein de l'institution psychiatrique. Pour sécuriser, on lui apprend, comme le propose Omega,

à mettre devant des propositions binaires ou des ordres la personne qui peut ressentir de la frustration, de l'agitation, de la difficulté, de la souffrance. Parle-t-on ici de soins ou de contrôle ? Et cette manière d'appréhender la singularité de la personne qui souffre depuis sa dangerosité ou son risque de débordement n'est-il pas profondément lié à la possibilité de contrôler, immobiliser, enfermer, isoler et attacher ce corps ? Le système contentionnaire dote les équipes soignantes d'une série de narrations. En effet, il faut bien des justifications cliniques, relevant d'un certain imaginaire, pour justifier que l'on emmène de force, isole ou attache quelqu'un.e : le patient dangereux pour lui-même, le patient récalcitrant, le patient non-compliant, le patient morcelé, le patient qui a besoin d'être contenu, le patient violent envers les autres. Et ces narrations, ces imaginaires ne cessent de renouveler, tout en s'en nourrissant, un arsenal médical coercitif. C'est le serpent qui se mord la queue car qui pourrait trouver dans la pyramide d'intervention proposée ici une ressource pour faire face à un sentiment de vulnérabilité, d'effondrement, d'agitation, d'insupportable ?

23

Comme le relèvent les auteurs.ices d'une étude qualitative sur le vécu de patient.es contentionné.es, « la réponse à l'agressivité du patient devient la source même de cette agressivité, l'enjeu de pouvoir du patient avec l'équipe soignante, la crainte d'être réduit à l'impuissance. L'escalade d'agressivité conduit à l'utilisation d'une mesure qui entraîne un état de soumission absolue, la contention physique. La perte du pouvoir de *décider* devient la perte du pouvoir de *faire*. »²⁸ Ils et elles rappellent très justement que cela correspond à la définition du pouvoir qu'avait avancée Foucault, c'est-à-dire « des actions employées dans le but de guider ou contrôler la conduite de quelqu'un et d'ordonner le résultat. »²⁹

Les mesures de contention dépendent donc d'un arsenal à plusieurs dimensions : l'équipement spatial – l'espace dédié à la contention est la chambre d'isolement, un équipement matériel spécifique – les sangles, la formation à la contention physique, un équipement conceptuel – l'imaginaire clinique qui incorpore la contention dans un panel de soins à dispenser et un imaginaire corporatif basé sur le projet de « sécuriser » les équipes.

28 Raphaël Carré, Anne-Hélène Moncany, Laurent Schmitt, Radoine Haoui, « Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients », L'Information Psychiatrique, 2017, vol. 93, n°5, p. 393.

29 Foucault, M., Surveiller et punir : naissance de la prison, Paris, Editions Gallimard, 1993.

« Quand je ne suis pas bien, je délire et j'hallucine. Je crois devenir l'ange de la mort. Je sens des ailes pousser dans mon dos et mon visage se transformer. La plupart du temps, je gère ces épisodes en allant courir (s'il y a du vent ou de la pluie c'est mieux) pour davantage sentir les limites de mon corps. Les trois fois où j'ai été attaché, j'avais demandé à pouvoir faire une sortie accompagnée dans le parc [de l'hôpital]. Comme ça m'avait été refusé, je courais d'un bout à l'autre du couloir de ma chambre. C'était vraiment pour me calmer et je n'étais absolument pas dangereux ni pour les autres patients ni pour les soignants. Mais ils sont arrivés en groupe, m'ont plaqué au sol et m'ont emmené en chambre d'isolement avant de m'attacher. La première fois, ils m'ont dit que c'était juste pour la nuit (mais c'était avant le dîner), la deuxième fois je ne me souviens plus, et la troisième fois ils m'ont dit que c'était pour au moins quarante-huit heures. Les trois fois ont été horribles à vivre. Je sentais toujours les ailes qui poussaient malgré le contact du matelas. Du coup, j'essayais de me tourner au maximum sur le côté pour qu'elles ne me poussent pas dans le corps. Mais je ne pouvais pas. Je me faisais mal aux poignets et au niveau du torse avec la bande qui m'appuyait sur le lit. L'éventualité que les ailes me poussent dans le corps m'angoissait au point de ne plus pouvoir réfléchir. Il fallait qu'ils me détachent immédiatement alors je criais, je pleurais, je suppliais. Ils tapaient sur la porte et me hurlaient de me calmer. Mais je ne pouvais pas le faire. Les angoisses augmentaient mes hallucinations, et plus j'halluciniais plus j'avais besoin d'être détaché. C'était le serpent qui se mord la queue. »³⁰

2. LA CONTENTION, UN SOIN ?

« Pour autant, la contention mécanique n'est pas l'apanage de la psychiatrie. Elle s'exerce dans l'obscurité des pratiques médicales et d'"accompagnement" : aux urgences, en réanimation, dans des services de médecine, en Ephad, dans les foyers pour personnes en situation de handicap, dans les ambulances lors du transport des malades. Attacher à un lit avec des sangles est un problème collectif diffus. Dans ces lieux, la contention est toujours une immobilisation et un contrôle du corps physique. Mais en psychiatrie, elle se targue en plus d'une vertu thérapeutique. Et cette vertu banalise la pratique de la contention, partout. »³¹

25

Comme j'en avais fait état au début de cet article, un des points de tension dans le monde psychiatrique semble être d'accorder à la contention une dimension thérapeutique. Certains.nes, en effet, soutiennent l'idée qu'attacher quelqu'un.e à l'aide de moyens mécaniques (des sangles par exemple) peut être un soin. La contention fait partie d'un arsenal médical partagé dans le milieu hospitalier et dans les structures médico-sociales (maison de repos, maison de prise en charge des personnes handicapées), mais la particularité de son usage en psychiatrie consiste à opérer un changement de signification autour de cette pratique.

Face à une mobilisation consistante et visible contre l'usage de la contention en psychiatrie³², deux autrices ont voulu réagir et exprimer en quoi, selon elles, la contention avait « une fonction thérapeutique avérée » et « de réelles indications cliniques »³³. Elles défendent non seulement des indications physiques mais également psychiques, et légitiment, de ce fait, que la contention et l'isolement soient des outils de soin. Elles prennent, comme point de départ de leur positionnement, les indications de la Haute Autorité de Santé (institution française) concernant ces pratiques. En effet, l'HAS déclare que la

31 Ibid., p. 19.

32 Voir notamment la pétition mise en œuvre par le collectif des 39 : « Non à la contention. La sangle qui attache tue le lien qui soigne. », disponible en ligne : <https://www.hospitalite-collectif39.org/?NON-A-LA-CONTENTION>

33 Marion Azoulay & Sophie Raymond, « La contention physique, un outil de soins ? », L'information Psychiatrique, 2017/1, vol. 93, p. 842.

contention semble indiquée dans le cas d'hétéro- et/ou auto-agressivité majeures et non-maîtrisables par d'autres moyens thérapeutiques. Cette indication semble, pour les deux autrices de l'article, insuffisante pour rendre compte des bénéfiques thérapeutiques de la contention. En effet, selon elles, il y a une double dimension thérapeutique à la contention.

A) LA PROTECTION EST UN SOIN

D'abord, pour ces deux psychiatres, protéger la personne de sa propre violence n'est pas seulement un acte de protection mais bien un soin. « N'est-ce pas prendre soin que d'aider une patiente état-limite à contenir les attaques violentes qu'elle inflige à son propre corps ? N'est-ce pas prendre soin que de soustraire un patient à ce que lui impose une décompensation sévère et aliénante, envahissant son champ de conscience et annihilant son libre-arbitre ? »³⁴

[Une petite voix qui dit : « fort bien, mais pourquoi en attachant ? »]

26

Protéger une personne, donc, en l'attachant. La protéger d'elle-même, des manifestations symptomatiques violentes de sa souffrance existentielle, en l'isolant dans une pièce fermée et en l'attachant. De quoi se trouve-t-on protégé.e dans cette situation ? à quoi la personne attachée est-elle exposée ? est-elle moins en proie à ce qui la traverse dans la décompensation ou est-elle obligée de vivre ce qui la traverse dans des conditions indignes ? Peut-elle traverser la violence ou s'y retrouve-t-elle acculée, sangles au corps et isolée dans sa psyché ?

De quoi le médecin se targue-t-il lorsqu'il dit « annihilant son libre-arbitre » ? Peut-être que les états de violence, même très extrêmes, même liés à de la consommation, même liés à une décompensation, ne permettent pas de raturer le libre-arbitre. Je pense à ce témoignage : des ailes me poussaient dans le dos. Cette personne, peu importe la teneur délirante ou décompensatoire de ce qu'elle traversait, n'avait-elle pas le droit de trancher, pour son compte, une manière de faire avec ce qui l'envahissait ? N'avait-elle pas le droit de décider, pour et par elle-même, que compte tenu du contenu de son délire, être étendue, attachée était particulièrement intenable ? A le faire, malgré tout, qu'imposait-on à

34 Ibid, p. 843.

cette personne ? Quelle expérience a été rajoutée par l'ordre psychiatrique à celle de *l'éclosion des ailes* ? Qu'est ce qui a été créé à même l'équipement contentonnaire ? Et qu'est-ce qu'on n'a pas créé d'autre autour de cette expérience « des ailes me poussaient dans le dos » ?

Marion Azoulay, dans un autre article, *s'agace*³⁵. « Je sais qu'un soignant qui contentonne un patient n'est pas un policier qui le menotte. »³⁶ « La différence me demanderez-vous ? Le sens thérapeutique et la façon dont on parvient à l'expliquer, à la réexpliquer au patient. »³⁷ Selon elle, donc, rendre compte de la contention prête à cet acte une dimension non-carcérale, non-sécuritaire, non-policrière. Pourtant, le continuum entre violence policière et psychiatrique n'a jamais été aussi flagrant³⁸ et, sans doute, le fait d'expliquer à quelqu'un.e le sens de sa privation de liberté de mouvement ne suffit pas à en changer la nature. Elle postule, pourtant, qu'il y a une différence entre celui ou celle qui attache un patient et celui ou celle qui menotte. Elle le sait, dit-elle, mais depuis quel point de vue ? Car, il y a bien un certain point de vue qui permet de dire : « je suis médecin, je ne suis pas flic. »

27

B) DE LA CONTENTION À LA CONTENANCE, UNE OPÉRATION CONCEPTUELLE DE RÉHABILITATION D'UN TRAITEMENT DÉGRADANT ?

Ces deux psychiatres de poursuivre au sujet de « leurs » patient.e.s et des retours positifs qu'ils et elles leur renvoient des expériences de contention.

[Tiens c'est drôle, cette appropriation, « nos patients »][quand j'écris, je dis « contentonnés » et non « contenus » justement, on verra plus loin pourquoi.]

Elles postulent qu'« à la contention physique s'associe la contenance psychique »³⁹. Elles pensent, en effet, que « cet outil de soin peut réellement, dans des cas bien évidemment exceptionnels, être le

35 Marion Azoulay, « M'agacent », *L'information psychiatrique*, 2016/1, vol. 92, pp. 7 - 8.

36 *Ibid.*, p. 8.

37 *Ibidem.*

38 <https://www.lesoir.be/504707/article/2023-04-01/fait-dhiver-propos-dun-patient-mort-sous-les-balles-de-la-police-hopital>

39 Marion Azoulay & Sophie Raymond, « La contention physique, un outil de soins ? », *L'information Psychiatrique*, 2017/1, vol. 93, p. 843.

seul moyen de parler, de s'écouter, de s'entendre face à des patients hostiles, inaccessibles, hermétiques à tout dialogue et dans un agir violent. »⁴⁰

Ici, le risque est pris d'associer contention et contenance. Risque ou opération grossière pour faire croire qu'à attacher quelqu'un.e, on l'aide à se sentir unifié, contenu, à avoir une expérience de son corps qui fasse droit à ses propres limites. Elles prennent appui sur l'expérience de « leurs » patients.tes, et relatent que certains.nes d'entre eux auraient même targué les mérites de la contention.

« A titre d'exemple, nous pouvons reprendre les propos d'une patiente schizophrène dysthymique largement persécutée, "intrusée" par des hallucinations cénesthésiques, interprétative et avec des symptômes de lignée maniaque associée ; elle a été mise en contention quelques jours après son arrivée à l'UMD [unité pour malades difficiles] dans les suites de menaces hétéro-agressives continues et revendiquées, d'une sthénicité majeure et d'une agitation psychomotrice avec tension extrême. Durant son séjour à l'UMD, elle reviendra à plusieurs reprises sur ce seul épisode d'isolement et de contention, lui reconnaissant un réel bénéfice et soulignant que seule cette mesure lui a permis de se voir poser des limites, d'être accessible aux propos des soignants et de recourir à la verbalisation plutôt qu'à l'agir ("j'étais pas du tout dans le dialogue, je voulais en venir aux mains avec tous ceux qui s'approchaient de moi puisqu'ils pouvaient être [hostiles]"). »⁴¹

28

[La petite voix (encore) qui se dit : « pourquoi tous ces termes diagnostiques dans votre article ? à quoi, à qui, ça sert ? qu'est-ce que ça produit ? et sur le dos de qui est-ce que ça se fait ? »]

L'accès à la parole, au dialogue peut être permis par la contention, disent-elles. Ce dialogue, c'est d'ailleurs ce qui est attendu de celui ou celle qui est attaché. Ce qu'on attend de lui, c'est qu'il soit moins agité, qu'il ne soit pas dans l'agir, qu'il puisse s'inscrire dans un espace

40 Ibidem.

41 Ibid, p. 844. Le terme « [hostiles] » est écrit comme tel par les deux autrices. On suppose donc qu'elles ont complété elles-mêmes la parole de cette patiente, à l'endroit précis où elles prétendent citer ses propos.

de parole. Mais quel espace de parole fabrique-t-on quand on pense le rendre possible en soumettant quelqu'un.e ? Comment soumettre quelqu'un.e à la parole, au dialogue ; si ce n'est en permettant à la personne d'être détachée si elle rentre en dialogue ? Ce climat de parole, adossé à la possibilité de la contrainte physique, fait-il partie d'un horizon de soin ou d'un horizon punitif ? La personne accède-t-elle à la parole parce qu'elle est contenue ou bien parce qu'elle y est contrainte ?

« J'ai vécu une brève situation de contention d'une heure, pieds et mains liés, lors d'un transfert en voiture entre deux hôpitaux, encadrée par deux infirmiers. Mais cela a suffi à me faire ressentir une humiliation cuisante, un sentiment d'impuissance et d'écrasement énormes face à l'autorité médicale, le sentiment d'être traitée comme une criminelle folle dangereuse. Cette contention m'a brisé le cœur et la confiance en moi et en les soignants et a modifié négativement la perception que j'avais de moi-même. [...] Ces théories de la contenance, pour moi, c'est pire que tout. Elles déshumanisent les personnes psychotiques dans le regard des soignants. Elles les transforment en choses qui se voient, et qu'il faut contenir et maintenir, sans aucune métaphore. »⁴²

*

« Les employés dans les services de psychiatrie me rappellent ces touristes occidentaux intéressés pour de vrai qui aiment faire connaissance avec les locaux qui sont même sûrement arrivés sur place avec des bonnes intentions, ceux qui pleins de tout ça mais surtout de leurs certitudes viennent œuvrer au sein d'un énorme rapport de forces qu'ils choisissent de ne pas remarquer. Ils bousillent parfois fort sans même le savoir. »⁴³

Cynthia Fleury, psychanalyste et philosophe, titulaire d'une Chaire de Philosophie à l'hôpital, semble, elle aussi, s'inscrire dans une défense d'une contention-soin. Elle le développe par le biais d'une re-

42 Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023, p.13.

43 Treize, Charge, J'ouvre le huis clos psychiatrique, Paris, Editions La Découverte, 2023, p. 15

cherche-action dénommée « De la contention volontaire au sujet se contenant ». Ce projet de recherche vise à développer des pratiques et dispositifs de « "contention volontaire" qui transforme le rapport à la contention et permet d'abaisser la contention non-volontaire. »⁴⁴ Pour ce faire, elle construit un rapprochement entre le concept de contention et le concept de contenance.

*« Dans le contexte actuel d'une contention majoritairement involontaire, l'ambition de la Chaire de philosophie à l'hôpital est de proposer une autre façon de contenir le sujet. L'hypothèse d'une forme de "contention volontaire" et qui mobilise les concepts de contenance issus de la psychanalyse et d'intégration sensorielle provenant des neurosciences est de permettre d'apaiser le sujet en amont des situations de crise ou de violence. Ce prototype contenant pourrait in fine conduire à une diminution du recours à la contention involontaire. »*⁴⁵

30

Ce rapprochement, il s'agit dès lors de l'examiner. Je vais, d'abord, présenter la ligne argumentative qu'elle mobilise pour créer cette continuité. Ensuite, il me semble central d'établir un point de vue réflexif et critique sur la teneur politique de cette opération de mise en continuité. En effet, il y a un choix déterminant à se placer sur un continuum avec la contention ; une réflexion critique qui prendrait comme point de départ le caractère non-thérapeutique de la contention n'aboutirait pas aux mêmes développements conceptuels et aux mêmes pratiques cliniques. Je propose de retracer la dimension politique qui se loge dans le choix de faire rupture ou continuité avec le dispositif contentionnaire.

L'ambition de la réflexion conduite par Cynthia Fleury est d'abaisser la contention non-volontaire. Elle fait reposer cet horizon sur un double geste : présenter la contention comme une réalité inévitable en psychiatrie et construire un continuum entre contention et contenance.

44 Cynthia Fleury & Aziliz Leboucher, « Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art. Travail préparatoire au projet "De la contention involontaire au sujet se contenant." », Paris, Chaire de Philosophie à l'hôpital, juillet 2021, p. 3.

45 Cynthia Fleury & Aziliz Leboucher, « Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art. Travail préparatoire au projet "De la contention involontaire au sujet se contenant." », Paris, Chaire de Philosophie à l'hôpital, juillet 2021, p. 3.

Son premier geste qui consiste à faire de la contention « une réalité dans le soin »⁴⁶ rappelle la bonne vieille rengaine du « there's no alternative ». Nous le savons pourtant, des hôpitaux et structures de soin psychiatriques se passent de la contention et n'utilisent que très rarement la mise en isolement. Repensons au cas de l'hôpital de Chinon dont la Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Liberté a défendu les pratiques et l'organisation contre un plan de restructuration commandité par la direction générale de l'hôpital. Il y a un enjeu à faire vivre, à raconter ces expériences de soin où la contention n'a pas lieu car elles déstabilisent l'allant-de-soi derrière lequel se cachent médecins, personnels soignants et hommes politiques⁴⁷. Raconter ces expériences permet aussi de les défendre et de lutter pour qu'elles puissent continuer à exister et, soyons optimistes, à se répandre. Or, en partant du principe que « il arrivera forcément un moment où elle [la contention mécanique] s'avèrera nécessaire. »⁴⁸, non seulement on accepte la contention mais, plus crucialement, on accepte de penser les soins à partir d'elle. Penser les soins à partir d'elle, même quand elle est vécue comme un repoussoir ou comme « la dernière solution », comme ce qu'on fait quand « il n'y a plus d'alternative ». La position de Cynthia Fleury semble participer de cette dynamique où *puisque'il y a eu, qu'il y a, qu'il y aura* contention, la réflexion à ce sujet consiste à chercher des moyens pour amoindrir son usage, en déplacer la responsabilité, pour en faire le dernier échelon du soin. Autrement dit, il ne s'agit pas de refuser la contention, de refuser de lui prêter une dimension thérapeutique ; il s'agit au contraire de la placer sur une ligne continue avec une série d'autres pratiques et de continuer à la considérer comme une solution de *dernier recours*, en s'étant lavé les mains au passage sur les dos des patients.tes destinée.s à s'auto-contentionner. Rien ne change, ne dénote : à la fin de cette recherche, l'hôpital disposera potentiellement de plus d'outils qui s'exercent sur le corps des personnes psychiatisées et n'aura toujours pas refusé catégoriquement d'attacher quelqu'un.e avec des sangles.

Son second geste, sur lequel je vais davantage m'attarder, consiste à placer sur un continuum la contention (pratique médicale sécuritaire) et la contenance (concept psychanalytique qui s'incarne dans des

46 Ibid, p. 31.

47 Je rappelle à ce sujet les discours de Nicolas Sarkozy, alors Président de la République, à Antony (disponible en ligne : <https://www.caim.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2010-3-page-25.htm>) et l'intervention d'Olivier Véran, alors Ministre de la Santé, au Sénat le 22 octobre 2021, mentionnée plus haut dans l'étude.

48 Marion Azoulay & Sophie Raymond, « La contention physique, un outil de soins ? », L'information Psychiatrique, 2017/1, vol. 93, p. 844.

pratiques de soin basées sur la relation). Ce continuum entre contention et contenance se nourrit profondément du premier geste, celui de constituer un récit selon lequel la contention est un acte inévitable en milieu psychiatrique. Le tour de force qui est opéré lorsqu'on rapproche contenance et contention, c'est que l'on ajoute à ce récit une seconde dimension : non seulement la contention est inévitable mais, surtout, elle *répond à un besoin* du sujet en état de crise.

« Au concept de contention issu d'un lexique médical, voire chirurgical, et qui évoque les processus permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus, et de protéger un malade agité, s'ajoute également en psychiatrie le concept de contenance. D'approche psychanalytique, la contenance signifie la symbolisation, la délimitation entre l'intérieur et l'extérieur, entre le sujet et l'objet et évoque une modalité tantôt physique et tantôt psychique. »⁴⁹

Après cette amorce, Cynthia Fleury déploie une définition sommaire de la contenance qu'elle emprunte principalement à un courant de la psychanalyse qui s'est beaucoup intéressé à la question de la toute petite enfance et de l'âge nourrisson (Winnicott, Mélanie Klein et Bion). Cette définition de la contenance a beaucoup investi la façon dont les enfants en bas-âge développaient une perception de leurs propres corps, du corps de l'Autre – principalement celui de leur mère par la fonction nourricière, et du monde environnant. Cette découverte des limites de son propre corps se fait dans une relation de besoin vital à la personne qui les prend en charge. Ce que pensent ces psychanalystes, c'est que cette même personne, « *la mère* », pour le bon développement de l'enfant, doit pouvoir instaurer un rapport contenant lors de cette découverte de son corps et de l'entour. Cynthia Fleury précise, par-là, ce que le terme de contenance évoque pour elle mais ne justifie pas le lien qu'elle construit, pourtant, entre contention et contenance. Elle semble accoler contention et contenance, comme si cette mise côte à côte suffisait à justifier un rapport entre ces deux termes et entre les pratiques que chacun des mots recouvre.

49 Cynthia Fleury & Aziliz Leboucher, « Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art. Travail préparatoire au projet "De la contention involontaire au sujet se contenant." », Paris, Chaire de Philosophie à l'hôpital, juillet 2021, p. 24.

Je suis son fil de réflexion, pas pour l'incriminer nommément mais pour déplier et faire sentir l'enjeu politique de cette (im)précision conceptuelle et clinique.

Cynthia Fleury parcourt ce que le terme de contenance évoque pour elle, dans le contexte de la psychiatrie adulte, en deux aspects. Elle l'évoque, dans une voie psychanalytique, sous le prisme du manque : ce sont les personnes psychotiques ou état-limite, qu'elle nomme patients, qui sont en manque de fonction contenant et de conscience-perception des frontières corporelles. Elle l'évoque également sous le prisme de ce qui va répondre à ce manque : la contenance, c'est alors ce que vont incarner les soignant.e.s et les institutions en accueillant et en travaillant ce phénomène de « désintégration psychique »⁵⁰ et de « une vie émotionnelle perturbée, angoissante et douloureuse »⁵¹. L'institution et les soignants.tes assurent une fonction contenant.

33

Elle postule, finalement, que « la contention sous ses différentes formes peut être utilisée avec une visée thérapeutique pour des motifs de contenance et permet de canaliser le trop-plein d'impulsivité, d'angoisse, de panique. »⁵² Si je la suis bien, Cynthia Fleury pense donc que la contention est un moyen pour fournir de la contenance à celui ou celle qui en manque. Certains moyens de contention sont présentés comme étant plus souhaitables que d'autres car ils sont moins violents ; en disant cela, elle établit une préférence dans un spectre de pratiques mais elle ne se départit pas de la culture qui fait de la contention un soin. Au contraire, elle entretient cette culture et produit un discours légitimant la pratique qui consiste à attacher quelqu'un.e à un lit dans un espace fermé. Contentionner quelqu'un.e serait la version la plus contraignante (et donc la moins souhaitable) d'un dispositif de contenance. Dire cela, c'est soutenir une culture où attacher égale soigner.

50 Ibid., p. 26.

51 Ibid., p. 27.

52 Ibid., p. 28.

« Cela reste quand même quelque chose dont je n'ai pas envie de parler en général, peu de gens savent qu'on y a eu recours avec moi car je trouve ça un peu honteux (ça fait vraiment le stéréotype du "dingue"...). Je suis atterrée quand je lis des témoignages sur la contention extrêmement violente en psychiatrie, car je me dis que même si le terrain a été préparé et que j'avais donné mon accord, cela reste un moment honteux, malaisant, choquant, et ce alors que l'équipe soignante en place n'avait pas de comportement maltraitant. Je pense que les conséquences psychologiques de la contention en dehors de ces balises doivent être purement traumatisantes. »⁵³

Qu'est-ce que cela changerait d'assumer une coupure politique, clinique et conceptuelle entre contention et contenance ? Entre contensionner et contenir ? Dans quel type de réflexion pratique serions-nous engagé.e.s si plutôt que de partir d'un continuum entre contenance et contention, nous partions d'une radicale distinction ?

34

C) CO-PRÉSENCE : PRODUIRE D'AUTRES RÉALITÉS EN SITUATIONS HOSPITALIÈRES

Pour penser ce que créerait un refus sans ambiguïtés de pratiquer la contention et de la penser comme un soin, je partage une expérience vécue par Olivier Brisson et par Victor dans un établissement public de santé de l'Est parisien⁵⁴. Je me permets de la resserrer, de la rendre plus succincte, et d'en dégager les aspects pertinents pour expliciter ma réflexion.

Olivier Brisson, lorsqu'il arrive dans cet établissement, rencontre Victor, un jeune homme de son âge à peu de choses près. Olivier Brisson est psychomotricien de formation, attaché à la psychanalyse et à la psychothérapie institutionnelle. Il entame à ce moment-là sa carrière de praticien en institution de soins. Victor, lui, est un homme arrivé là après avoir passé son enfance en service de pédopsychiatrie. Ses colères étaient devenues « ingérables » pour ce service à la suite d'un accident. Victor avait, lors d'une tentative de fuite, été percuté par un camion. Il

53 Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023, p. 8.

54 Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023, p. 19.

a été immobilisé pendant plusieurs mois dans le but de ne pas aggraver ses fractures. Cet épisode semble avoir créé un point de bascule dans l'histoire de sa prise en charge ; le service dans lequel il était hospitalisé jusqu'alors l'abandonne. Victor se retrouve alors dans le service où Olivier Brisson le rencontrera. A son arrivée, Victor est depuis plusieurs années déjà confiné à un mode de vie déshumanisant : il est enfermé en chambre d'isolement de façon continue, il est nu (car il déchire les pyjamas ou vêtements dès qu'il en porte), il ne parle pas, n'a pas de seau pour uriner ou déféquer (car il ne cesse de le lancer à travers la pièce), pas de matelas car il les déchire. Il sort pour manger à une table disposée juste à côté de la chambre d'isolement ; lors des repas, certain.e.s soignant.e.s s'équipent d'un matelas pour pouvoir se protéger de lui et le pousser, si besoin, vers la chambre d'isolement. Victor était devenu une incarnation d'une certaine image de la folie, d'après Olivier Brisson. Une image stéréotypique du grand fou ou de l'enfant sauvage, une image qui s'étayait sur les comportements très crus de Victor (se jeter contre les murs, hurler, déchirer) et qui désengageait sans doute une partie voire la totalité de l'équipe vis-à-vis de cet homme. Ce que relate Olivier Brisson, c'est que l'équipe était toute entière d'accord sur l'indignité des conditions dans lesquelles Victor vivait mais que plus personne n'interrogeait ou ne cherchait à modifier ces conditions.

« Victor vivait ainsi jour et nuit, semaine après semaine, année après année. Le médecin passait parfois. Mais la vérité, c'est que cela ne semblait pas anormal. C'était pris comme une évidence : There is no alternative, ou quelque chose comme ça. C'était choquant, indéniablement – et pour tout le monde –, mais c'était sa folie qui était reconnue comme terrible : la violence de l'expression de sa folie, pas la violence de la réponse thérapeutique. C'est-à-dire la violence du corps soignant qui se protégeait de lui plus qu'il ne le protégeait de ses débordements internes. »⁵⁵

Au bout d'un temps à être partie prenante de cette situation, Olivier Brisson a commencé avec trois autres collègues, et grâce au soutien de la cadre de santé, à proposer à Victor des enveloppements humides. Cette technique est aussi appelée packing. C'était un moyen de « tenter

d'aller contre cet état de fait. »⁵⁶ Olivier Brisson disposait des draps humides dans une pièce attenante à la chambre d'isolement, il invitait Victor à venir s'y installer. Lorsque Victor choisissait de s'y glisser, ils l'enveloppaient de ces draps avant de le recouvrir de deux couvertures. Ils enveloppaient d'abord ses membres, ensuite son corps entier. Les quatre personnes restaient auprès de lui pendant environ 45 minutes, deux de part et d'autre de son visage, deux autres de part et d'autre de ses membres inférieurs. Cette technique, qui a été largement décrite par la suite, permet une expérience sensorielle spécifique : le corps est d'abord saisi par une sensation de froid, puis par une sensation de long réchauffement global. Ce dispositif suscite des sensations qui font percevoir une unité de l'enveloppe corporelle ainsi que ses limites ; le corps est délimité par l'unification des perceptions du froid et du réchauffement. S'agissant de Victor, « il est arrivé qu'il refuse l'embaumement, ou même qu'il en sorte, facilement. Et la question ne s'est jamais posée de l'y contraindre. »⁵⁷

Les moments passés avec Victor donnent place à la possibilité que d'autres rapports existent : du rire, de la vocalisation, de la parole, des contacts tactiles, des moments de collation partagés ensuite. Olivier Brisson assume qu'il ne s'agissait pas tant de tenter de produire telle ou telle expérience corporelle censée répondre à un morcellement psychique ou psycho-corporel ; « avec Victor, la principale visée de ces moments me semblait être notre simple coprésence. »⁵⁸ Il ajoute que, à l'heure actuelle, il défend davantage « les techniques d'auto-contenance où l'individu contrôle lui-même les pressions qu'il opère sur son corps, à la manière de la squeeze machine de Temple Gardin. »⁵⁹

Cette rencontre entre Victor et Olivier Brisson charrie plusieurs termes et des réalités paradoxales : déshumanisation, isolement, co-présence, auto-contenance. Cette expérience, telle que relatée par Brisson, m'aide à penser l'enjeu qu'il y a à faire rupture avec la contention.

Tirons quelques fils. Lorsqu'une personne peut faire une expérience, avec l'aide d'un tiers, qui vise à unifier ses perceptions corporelles et dont elle peut se retirer à tout moment, elle n'est pas contention-

56 Ibidem.

57 Ibid., p. 26.

58 Ibidem

59 Ibid., p. 27.

née. Instaurer des rapports contenant passe, dans l'expérience rapportée par Brisson, par une co-présence plurielle et continue autour de la personne qui consent à ce type de soins. La contenance, ici, se construit à partir du consentement au soin, de la possibilité de se dégager du dispositif proposé et de la mise côte-à-côte de plusieurs personnes durant un certain temps. Il y a une explicitation sensible de l'enjeu à séparer la contenance et la contention à même l'histoire de Victor : elle répercute la distinction nécessaire entre des mesures de soin et des mesures coercitives en institution psychiatrique. Cette histoire ne fabrique pas d'angélisme ; on décèle comment des réalités diverses co-existent dans certaines situations. Victor est mis en position de consentir, de refuser ou de se dégager à tout moment du dispositif de soin que constitue l'enveloppement, pour autant ces moments ne sont que « des brèches dans son isolement. »⁶⁰

D) LE DIRE PLUTÔT DEUX FOIS QU'UNE, FAIRE VARIER LE PROBLÈME - CONTENIR ET CONTENTIONNER : UNE DISTINCTION À LAQUELLE NOUS TENONS

37

Il y a bien un différentiel entre contentionner et contenir. Lorsqu'une personne est attachée par des sangles à un lit scellé au sol, elle n'est pas contenue. Elle est contentionnée. Tenir ce différentiel est un acte accessible (il ne nécessite aucun moyen particulier) et il est essentiel. Ce différentiel est éminemment politique ; le taire, l'amoinrir, le confondre constitue un geste, lui-aussi, éminemment politique pour faire passer la contention comme une pratique pénible ou désagréable à pratiquer mais pertinente d'un point de vue clinique.

Le programme de recherche de Cynthia Fleury cherche à développer des dispositifs sensoriels et spatiaux destinés à contenir les personnes hospitalisées en psychiatrie ; en ce sens, elle cherche des dispositifs de contenance. Mais cette recherche ne devrait jamais permettre de s'inscrire dans un régime de soin où le fait d'être attaché par cinq personnes à une table est une possibilité thérapeutique. Il n'y a pas de continuum entre, d'une part, une action subie et traumatisante et, d'autre part, un dispositif où le consentement et la relation sont des conditions d'exercice sine qua non.

60 Ibid., p. 25.

Opérer la distinction conceptuelle entre contenance et contention permet de ne pas s'engouffrer dans des continuums entre le soin et le contrôle qui tendent, de plus en plus, à brouiller ce qui ressort des pratiques thérapeutiques, des dynamiques de contrôle, des structures de domination et des abus de pouvoirs.

« De plus en plus mal écoutée, je deviens de moins en moins capable de dire. Quelque chose se finalise ici. »⁶¹

3. LA CULTURE DE L'ENTRAVE : QUELQUES TRAIT SAILLANTS, QUELQUES LIGNES DE REFUS

« Abolir la contention est un acte inaugural pratique, très concret, pour couper la première sangle du système contentionnaire et mettre en question la culture de l'entrave et son monde. »⁶²

38

*

« [...] la culture de l'entrave est à ce point dans les mœurs que la contention mécanique est énoncée comme une “thérapeutique”, un “soin”. La contention mécanique porte bien son nom. Elle cristallise une mécanique de la domination du corps psychiatrique sur les corps psychiatisés avec des manières d'être et de faire pathologiques, toxiques, destructrices. »⁶³

Matthieu Bellahsen construit le concept de culture de l'entrave pour rendre compte du modèle culturel sur lequel le système contentionnaire repose. Qu'est-ce que cela veut dire ? Cela veut dire que pour qu'un système de contention prenne place dans des institutions sociales, dans des rapports sociaux, dans des imaginaires collectifs, il faut que ce système soit pris et alimente une certaine culture. La culture dans laquelle la contention prend place, si l'on suit la pensée de Bellahsen,

61 Treize, Charge, J'ouvre le huis-clos psychiatrique, Paris, Editions La découverte, 2023, p. 29.

62 Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023, p. 21.

63 Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023, p. 19.

c'est une culture de l'entrave. En décortiquant la dimension culturelle des pratiques de la contention, il s'inscrit dans une série de luttes qui, les dernières années, ont permis de faire émerger différentes cultures sociales violentes dont nous sommes aujourd'hui, tous et toutes, partie prenantes : notamment la culture du viol et la culture de l'inceste.

« Comme avec la culture du viol et de l'inceste, l'enjeu est de penser la participation de tout un chacun à la culture de l'entrave, nos velléités de contention, nos pulsions de contrôle, nos désirs de coercition. Ce que l'on accepte malgré soi, ce à quoi on se résigne faute de mieux. Ce qui va de soi alors que ça ne devrait pas être aussi simple. »⁶⁴

La culture de l'entrave dans laquelle nous sommes prises fabrique des manières de désirer, de supporter, de faire avec, d'invisibiliser, d'avoir recours à des manières d'être avec les autres qui reposent sur le pouvoir et la domination. La domination propre à la culture de l'entrave consiste à aliéner la personne dans sa capacité de mouvement, de circulation. La psychiatrie est un « laboratoire »⁶⁵ de cette culture ; mais il n'y a jamais un seul lieu social dans lequel une culture de domination prend place, se déploie et fait violence. Si l'on prend au sérieux le fait que la culture de l'entrave concerne toute personne du corps social (même si tout le monde n'y est pas exposé avec la même vulnérabilité structurelle), on peut avancer l'idée que les institutions psychiatriques sont des lieux d'expression symptomatique de cette culture et de sa violence. S'emparer d'une manifestation particulièrement explicite de la culture de l'entrave, ici la contention, c'est produire un acte de résistance qui s'étend dans le monde social.

« C'est comme un filtre sur le monde, "attachée" c'est devenu plus que des sangles. »⁶⁶

S'étendre dans le monde social concerne la pénétration de la psychiatrie, en termes de savoir et de pouvoir, dans l'entièreté de la vie sociale et individuelle. Mais, *s'étendre dans le monde social* concerne aussi

64 Ibid, p. 86.

65 Au sens où la psychiatrie élabore quelque chose de central pour cette culture ; elle est une discipline médicale, institutionnelle et sociale qui fabrique des dynamiques, des pratiques, des théories, des normes qui sont centrales pour la culture de l'entrave.

66 Bellahsen, M., *Abolir la contention*, Paris, Editions Libertaria, 2023, p. 15.

toutes les pratiques coercitives qui visent à diminuer, amoindrir, empêcher une personne de faire usage de ses droits et de ses propres capacités (corporelles, psychiques, intellectuelles, affectives) dans l'espace social. La contention chimique, c'est-à-dire l'usage de médicaments souvent prescrits sous la forme de *cocktail de médocs*, est un exemple criant de cette étendue de la culture de l'entrave dans la sphère intime. Elle est aussi l'expression d'une norme, d'un processus de normalisation, qui s'exerce sur les capacités physiques d'une personne et sur sa capacité à disposer de son propre corps. La normalisation s'exerce par le biais de la prescription, de la prise médicamenteuse, du comportement visé par cette médication et de la consultation comme opérateur de surveillance et d'évaluation. Cette pratique de contention-médication et d'évaluation-normalisation entraîne une diminution réelle des possibilités d'agir de la personne concernée. L'analyse et le témoignage que produit l'autrice Treize de cette mise sous camisole est saisissant ; je tiens à ce qu'il habite cette réflexion.

Son ouvrage permet, en effet, comme elle le déclare, « d'ouvrir le huis-clos psychiatrique » et de l'ouvrir partout il enserme, renferme les personnes qui sont psychiatisées. Partout, ça veut dire quoi ? Les mots de Treize permettent de dire qu'on n'est pas enfermé seulement dans la chambre d'hôpital lorsqu'on tombe sous le coup de l'institution psychiatrique. On peut être enfermé chez soi, parce qu'on n'a pas la force de sortir, de côtoyer d'autres espaces, d'intégrer et de faire vivre des attachements, des liens sociaux. On peut être enfermé dans son corps, parce que les médocs agissent fort, trop fort, et qu'ils amenuisent, réduisent à néant les possibilités psychiques de la personne, qu'ils amenuisent toute possibilité de se projeter. On peut être enfermé dans son corps aussi parce que les médicaments ont des effets secondaires qui immobilisent littéralement, une prise de poids importante par exemple. Il y a une réelle immobilisation de la personne qui est médiquée. On peut être enfermé dans une « relation » thérapeutique lorsqu'on a peur du médecin psychiatre qui nous « prend en charge », lorsqu'on a peur de son pouvoir, de ce qu'il va décider sur nous et pour nous, lorsqu'on a peur que ce qu'on dit soit utilisé contre nous. On peut être enfermé dans une culture qui repose sur la menace, le silence et le déni, enfermé parce qu'esseulé, isolé et dans l'impossibilité de dire les violences subies au sein de l'institution ou de la relation de soin.

« Je me concentre sur l'ordonnance, il faut éviter de se demander trop fort ce que j'ai gagné en santé mentale par rapport au commencement. Il n'y a plus de couteaux, certes, mais les médocs c'est souvent que je dois sortir de mon corps pour arriver à les avaler. Je me regarde les avaler. Je crois que ce psychiatre ce qu'il me fait c'est un peu comme le gars que tu sucés qui négocie, qui argumente, qui pressurise, qui force et qui finit par gicler son sperme dans ta gorge alors que tu n'étais pas d'accord pour ça, et qui ne voit pas où est le problème car c'est toi qui as choisi de sucé à la base. C'est à cause de tout ça que j'active régulièrement de moi-même l'ordonnance spéciale [ndlr. les médicaments prescrits en dose supplémentaire en si besoin, pratique prescriptive courante en psychiatrie]. A cause du porno et des gorges profondes non consenties qu'on diffuse à l'aise, à cause de mes ordonnances à quinze lignes que tout le monde voit passer sans sourciller, à cause du regard de pitié dans les pharmacies quand on me sert, à cause du fait que d'une façon ou d'une autre nous nous racontons que tout ça n'est pas imposé violemment, que ce sont des choix et qu'ils sont acceptés. Il ne s'agit pas de regarder les choix, on devrait toujours se rappeler que suffisamment sous contrainte, on choisit de faire certaines choses. Les contraintes. On devrait n'avoir que ça à l'esprit pour parler de santé mentale. Où sont les contraintes, comment elles opèrent, quelles ressources en face, qu'est-ce qu'elles abîment et bordel de merde : qui est en train de les produire ? »⁶⁷

*

« J'ai vingt-cinq ans et un pilulier plein de saletés que je me force à avaler. Parfois je dois sortir de mon corps pour arriver à le faire. L'auteur de l'ordonnance c'est souvent que j'ai envie qu'il crève. Certains porteurs de bites que j'ai sucées aussi. Bien entendu, je n'ose en parler à personne et le bâillon demeure. »⁶⁸

67 Treize, Charge. J'ouvre le huis-clos psychiatrique, Paris, Editions La découverte, 2023, p.31.

68 Ibid., pp. 31 - 32.

La contention chimique, cette « prison si douloureuse »⁶⁹, a une dimension de contrôle des comportements qui n'est pas différente, en nature, de celui exercé par la contention mécanique. Elle est un des outils d'organisation de la domination médico-psychiatrique sur les corps psychiatisés ; pas seulement parce qu'elle immobilise le corps et qu'elle place la personne dans une position d'évaluation, mais également parce qu'elle pathologise les comportements des personnes qui sont en position de patients.tes. Treize relève ces dynamiques de pathologisation, notamment au travers de la sexualité. L'autrice déplaie également comment la pathologisation qu'elle a subie concernant ses pratiques sexuelles est indémêlable d'une culture du viol qui circule dans les hôpitaux, comme partout dans nos sociétés. L'affaire, pour-elle, se noue ainsi : après avoir été pathologisée au sujet de ses choix et de ses actes sexuels, elle se trouve silencieuse et déniée par sa psychiatre lorsqu'elle lui fait part d'un viol qu'elle a subi.⁷⁰

A ce titre, la consultation et la médication peuvent faire fonctionner « un régime diffus de pratiques d'entrave »⁷¹ qui se nourrissent du rapport de pouvoir qui s'exerce dans la relation soignant - soigné. Dans ce rapport de pouvoir, l'hospitalisation et les soins sous contraintes ainsi que l'utilisation de traitements plus lourds (la sismothérapie par exemple, qui est le nom actuel pour les électrochocs) font, d'après Treize, figure de menaces. Ces menaces pèsent sur les corps et les psychés de ceux et celles qui sont en situation de souffrance existentielle ; ils et elles sont tenus de suivre leurs traitements, de ne pas avoir de comportements « déviants » ou alors de ressentir une culpabilité suffisante quant au fait d'avoir ces comportements, de ne pas s'écarter du contrôle de la sphère psychiatrique, de ne pas évaluer par elles-mêmes les façons d'affronter la souffrance initiale qui les a menés en *pays psychiatrique* ainsi que les « dommages collatéraux »⁷² que la psychiatrie a créés. L'analyse menée par Treize indique comment la médication peut faire l'objet d'un usage contentieux dans le champ de la psychiatrie. La pharmacologie est, alors, le bras armé d'une restriction de liberté qui habite l'intimité de l'individu ; il est soumis, depuis chez lui, à une prise régulière de médicaments et il en paie le prix silencieusement.

69 Ibid, p. 58.

70 Ibid, pp. 47- 53.

71 Bellahsen, M., Abolir la contention, Paris, Editions Libertaria, 2023, p. 20.

72 Treize, Charge. J'ouvre le huis-clos psychiatrique, Paris, Editions La découverte, 2023, p. 56.

Entendre Treize et ressaisir sa critique de la contention chimique ne revient pas à tenir une position *contre* la médication qui peut être utilisée en psychiatrie. N'étant pas moi-même concernée, il me serait difficile d'établir une prise de position tranchée à ce sujet. Par contre, en tant que chercheuse en éducation permanente, l'analyse ici menée au sujet de l'utilisation des médicaments comme moyen de contention des personnes, jusqu'à leur domicile, me semble particulièrement cruciale. Ce que la pensée de Treize apporte à une étude sur la contention psychiatrique, c'est une perspective sur l'entendue et la pénétration des moyens de contention à même la vie d'une personne. À bien le comprendre, cela nous amène à penser la contention, non seulement, comme une pratique de privation de liberté qui a lieu en institution mais, également, comme un rapport au monde qui est un rapport de domination politique qui intègre les aspects les plus intimes d'une vie singulière (notamment le lieu de vie, les horaires et le vécu organique).

43

Si la contention est qualifiée de mesure sécuritaire (et non de soin), alors comment combattre la culture qui soutient la contention ? La spécificité de la contention chimique met en lumière l'étendue du problème dont nous nous emparons. La contention chimique demande de nous positionner : jusqu'où devons-nous penser ? Faut-il penser les médicaments comme un moyen extra-hospitalier, pour les agents psychiatriques, d'exercer des fonctions coercitives ? Et, dès lors, la contention chimique est-elle un équipement sécuritaire, elle aussi, ou bien fabrique-t-elle d'autres formes de pouvoir, tendant plutôt vers le disciplinaire ? Faut-il davantage la penser comme un processus de normalisation qui place le patient ou la patiente dans une évaluation spécifique : la bonne patiente, la patiente responsable, la patiente autonome, la patiente éduquée ? Cette jonction entre l'intra et l'extra hospitalier réalisée par l'injonction à la prise médicamenteuse rend saillante, pour moi, le caractère culturel de l'entrave. Ce que la contention chimique visibilise, c'est un certain rapport de pouvoir et les outils d'injonction dont ce rapport est doté.

« Quoi qu'on en pense, quoi qu'on en dise, la psychiatrie est un instrument de pouvoir et du pouvoir. La psychiatrie est le seul domaine médical à pouvoir prescrire un soin sans consentement. La psychiatrie, dans son rôle de protection et de l'individu atteint de troubles mentaux et de la société dans laquelle il circule en cas de troubles à l'ordre public, fait tout autant partie de l'arsenal disciplinaire que de l'offre de soins. [...] L'asymétrie des rapports entre les professionnels et les usagers ou leur famille est criante pour quiconque l'observe – sauf que, trop souvent, les premiers font mine de ne pas en être avertis. »⁷³

Quelle relation de soins peut-on penser à partir de cette double face inhérente à la psychiatrie ? Comment penser l'usage contentionnaire de certains outils ? Comment penser, plus largement, la culture d'entrave dans laquelle nous jouons tous et toutes ? Plutôt, comment la refuser ? Une fois dit qu'attacher une personne à un lit, la médiquer à long terme d'une façon non consentie, sédater des enfants souffrant d'autisme, des personnes âgées ou handicapées sont des actions qui fabriquent un horizon collectif spécifique, on peut aussi se positionner contre cet horizon. On peut aussi résister à cet horizon *flickiatrique*⁷⁴ qui tire une bonne partie de sa force d'un allant-de-soi, d'une acceptation résignée.

44

« On voile ainsi des rapports qui méritent d'être reconnus pour ce qu'ils sont. Parler de mise en cellule plutôt que d'un placement à visée de protection en chambre d'apaisement, ou d'attacher les malades plutôt que d'user d'une mesure de contention mécanique, avait au moins le mérite de mettre mal à l'aise. L'époque est au dédouanement des responsabilités subjectives. Les relations de pouvoir sont objectivement désincarnées [...]. »⁷⁵

*

73 Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023, p. 81.

74 Voir : Hof, G., Je ne serai plus psychiatre, Bruxelles, Editions Météores, 2023.

75 Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023, p. 83.

« Dès lors, le quotidien s'administre avec une dose de règlement officiel et une dose de sens commun. Parce que le bon sens du temps présent est à la mode pour faire boussole, d'autant que lui aussi, comme le règlement, ne relève pas, croit-on, de l'arbitraire du sujet. Un enfant ne doit pas monter sur les tables ; on ne tire pas sur son pénis dans l'espace public ; on regarde dans les yeux, on dit merci, on fait le ménage régulièrement dans son appartement ; on ne laisse pas ses poubelles s'entasser dans l'entrée ; on se lève quand c'est l'heure, on se couche quand c'est l'heure... Le bon sens, en somme. Or le sens commun correspond en général au plancher de la réflexion d'une époque, à sa version la plus appauvrie par les discours dominants qui y trouvent bénéfice. Ce bon sens devient le consensus qui n'autorise aucune contradiction, aucune ligne de fuite. »⁷⁶

De quoi se prive-t-on lorsqu'on tolère la culture de l'entrave, lorsqu'on continue d'y participer, de s'y loger ? Lorsqu'on pense, on agit, on ressent depuis cet horizon bouché ? Qu'est-ce qu'on n'arrive pas à créer en termes de désirs, de pensée, de projet politique à l'échelle collective ?

4. ATTACHER OU S'ATTACHER – POUR UN COMMUNISME DU SOIN

Deleuze a eu cette phrase heureuse : « créer, c'est résister. »⁷⁷ Formulation heureuse car, après avoir dressé un appareil critique concernant une réalité, une pensée, un sens commun dominant, elle permet de réinvestir un espace de projection, un espace désirable. Il est essentiel de désigner les points de refus autour desquels s'articule une résistance politique ; mais il est tout aussi crucial d'éprouver de la puissance, du désir et des possibilités de création. Que désirons-nous autour du soin ? Que désirons-nous construire autour de la souffrance existentielle ? Que désirons-nous comme manières collectives de faire avec ce que la vie charrie de violent, d'hésitant, d'insupportable, de précaire ? De quoi avons-nous besoin ? De quoi devons-nous nous équiper pour créer de nouvelles manières d'être, de sentir, de se tenir dans des situations de souffrance psychique ?

« J'ai longtemps été conditionné voire colonisé par l'idée selon laquelle le soin serait la relation qui unit une personne souffrante à un professionnel de la santé. Le soin serait manifeste dans la relation soignant – soigné, nom également donné aux réunions insipides qui ont lieu dans des lieux de soins psychiatriques. [...] Dix fois, peut-être, j'ai été hospitalisé et mis en isolement. Je sais dans ma chair que c'était de la torture de me laisser délirer dans une chambre sans me parler, c'était un "abandon thérapeutique". [...] Prescrire des médicaments, ces béquilles pour continuer à avancer et ne pas se foutre en l'air, ou même prescrire des électrochocs en dernier recours, c'est le monopole du soin par la psychiatrie. L'autre soin, c'est de prendre soin de ses émotions, pouvoir nouer des relations, communiquer, faire des rencontres, s'émerveiller ensemble et ne pas trembler face à l'inconnu aussi effrayant soit-il. Le soin dans sa dimension émancipatrice sauverait ma vie car le soin c'est une utopie concrète que j'entrevois dans les yeux et l'amitié de ceux qui ont pris sur leur destin et m'aident à aller mieux. Le degré zéro du soin, ce sont la psychiatrie, les médocs et les électrochocs. Le premier

46

degré du soin c'est pouvoir dialoguer pour s'émanciper comme individu et collectivement. Le deuxième degré, c'est un degré d'humour face aux limites du soin et à la fatalité. [...] Le soin, s'il n'est pas collectif et émancipateur, c'est de l'oppression. [...] Le soin est un processus socialisant, non pas médicalisant. »⁷⁸

Penser le soin comme processus socialisant est une opération réelle contre la culture de l'entrave. Créer une autre forme de soins, un autre horizon du soin, c'est désamorcer les logiques de domination dans laquelle une culture sociale et, en l'occurrence, soignante est encore prise. Si plutôt que d'attacher quelqu'un.e, on envisage, comme première manière de faire soin, le fait de pouvoir s'attacher collectivement à cette personne, à ce qui la traverse, alors on rompt radicalement avec le modèle contentonnaire. L'inverse doit pouvoir se vérifier : on ne s'attache pas à un spécialiste, à une institution qui nous attache mécaniquement à un lit. On peut s'attacher, c'est-à-dire s'arrimer à du rapport social, quand la personne qui est témoin de notre souffrance l'accueille depuis des ressources et des visées socialisantes. La souffrance n'appartient, dès lors, plus à celui ou celle qui la subit ; elle ne fait pas non plus seulement partie d'une relation à visée thérapeutique ; elle appartient à un ensemble de réalités sociales avec lesquelles il s'agit de faire, au mieux, collectivement.

47

Il y a une dimension clinique à la question politique de la contention. Non pas au sens où la contention appartient au champ de la clinique psychiatrique ; mais au sens où il s'agit de s'emparer avec inventivité et singularité d'une situation problématique, génératrice de domination et de souffrance. Il y a une dimension clinique au sens où il faut inventer quelque chose à partir du trouble que pose la réalité de la contention. C'est à cette tâche de création que s'attelle, notamment, Josep Rafanell i Orra lorsqu'il cherche « comment s'adresser non pas à un "sujet" mais à un "être en relation". »⁷⁹ Qu'est-ce que cette tentative permet de penser, de créer, d'instituer de façon située dans le champ du soin ? Rien de moins qu'un autre rapport relevant lui-même d'une autre culture. Quel terme revêt cette culture ?

78 Joan, « La psychiatrie est le degré zéro du soin », Comme des fous, 11 juillet 2023. Consulté en ligne le 30/01/2024 : <http://commedesfous.com/la-psychiatrie-est-le-degre-zero-du-soin/>

79 Isabelle Stengers, « Préface » dans Rafanell i Ora, J., En finir avec le capitalisme thérapeutique, Bruxelles, Editions Météores, 2022, p. 10.

« Pas de soins sans processus d'échanges fabriquant de nouveaux problèmes communs : c'est ce que l'auteur baptise du beau nom de "communisme de la guérison". »⁸⁰

Prenons au sérieux la pensée selon laquelle le soin est, avant toute chose, un processus socialisant dont un des enjeux centraux est une « communisation de l'expérience. »⁸¹ Prenons le au sérieux car une telle conceptualisation du soin permet d'asseoir un principe clinique et politique saillant : s'attacher plutôt que d'attacher, se subjectiver comme des êtres-en-relations plutôt que produire des individus isolés, avoir recours à de la présence plutôt qu'à de l'isolement, s'appuyer sur des liens plutôt que sur des sangles, mobiliser de « l'écoute et pas (que) des gouttes. »⁸²

Des collectifs émergent, s'organisent, tiennent le coup et réalisent cette autre culture du soin ; ils sont engagés dans un travail de création politique, militante, et clinique d'une force remarquable. Nous pensons, notamment, à l'engagement d'Humapsy⁸³, au collectif éditorial de la revue SoinSoin⁸⁴, au mouvement des Communaux du soin⁸⁵ ainsi qu'au travail mené dans différents GEM (groupe d'entraide mutuelle). Ces collectifs, par leur création, leur existence et leur force de maintien, ne cesse d'interpeller la culture dominante. Parce ce qu'ils sont des forces d'extraction de l'emprise du système psychiatrique, ils instituent et font émerger d'autres manières de faire soin. Qu'elles se produisent en marge du champ médico-psychiatrique ou avec l'appui de services psychiatriques alliés⁸⁶, la création de nouvelles manières de faire soin reposant sur le collectif vient fragiliser les rapports de savoir/pouvoir dominant.

Tout système dépasse les personnes qui s'y inscrivent. Le système contentieux n'y échappe pas ; ainsi, comme j'ai tenté de le poser au cours de l'analyse, pour abolir la contention, le travail à mener est d'envergure culturelle. Ce travail concerne les manières de

80 Ibid., p. 11.

81 Ibidem

82 Slogan inventé par le collectif militant Humapsy qui a servi de titre au (superbe) film qu'ils et elles ont réalisé autour de l'organisation de la première Madpride en France. Disponible en ligne : <https://comedesfous.com/humapsy/>

83 <https://humapsy.wordpress.com/>

84 <https://soinsoin.fr/>

85 <https://communaux.cc/chantiers/pour-une-ecologie-des-pratiques-de-soin/>

86 Le collectif Humapsy a, notamment, pour allié l'équipe du centre de Jour Antonin Artaud à Reims et son directeur le Docteur Patrick Chemla.

vivre et de se vivre subjectivement dans le rapport de domination spécifique qui s'est construit autour du trouble psychique et de sa psychiatrisation. Les défenses, institutionnelles et individuelles, sont fortes face à une remise en question de la culture de l'entrave et les mécanismes de défense s'exercent, avant tout, sous la forme de repréailles contre les personnes les plus fragilisées dans ce rapport de force, les personnes psychiatrisées de force ou de leur plein gré. Cependant, les manières de collectiviser le soin et la pensée du soin ne sont pas sans effets sur le monde social dans lequel nous sommes pris.es ; ces collectifs sont des alternatives altératrices. De par leur création, ils font émerger un possible, un possible qui travaille, déstabilise, ouvre une brèche. Ils font « entendre le grondement d'années de colère et de confrontations avec ceux qui se présentent comme agissant "pour le bien" des êtres qu'ils humilient, brisent, séparent de ce qui fait leur force. »⁸⁷

49

Cette brèche relève, avant tout, du courage des personnes concernées par la violence psychiatrique à s'arracher un espace de parole, de collectivisation, de mise en commun de l'expérience, de partage, de lutte. Cette brèche devient perceptible à un autre endroit car, ça et là, des praticiens.nnes prennent la voix. Matthieu Bellahsen et Olivier Brisson font incontestablement partie de ceux-là. Ce travail critique est pris dans un travail en élaboration, travail qui suppose un effort de lucidité critique sur la dimension contentonnaire de certains gestes. En finissant d'écrire cette étude, j'ai découvert un texte de Geneviève Henault, « Ce jour où je vous ai attaché... »⁸⁸. Il me semble que ce texte constitue une trace, une trace d'un processus subjectif où celle qui se trouve détentrice du pouvoir et des moyens de la domination se voit troublée par l'élévation de voix autres, celle de Bellahsen, celle de Treize, celle du patient qu'elle a attaché en mai 2023 et à qui elle s'adresse aujourd'hui. Cette trace d'un itinéraire subjectif me semble particulièrement importante car elle permet d'exprimer que ceux et celles qui luttent pour faire entendre la violence qu'ils et elles ont subie nous altèrent, à l'endroit où nous sommes : praticiens.nnes, chercheurs.euses, citoyens.nnes, voisins.nnes, amis.ies. Changer la culture

87 Isabelle Stengers, « Préface » dans Rafanell i Ora, J., *En finir avec le capitalisme thérapeutique*, Bruxelles, Éditions Météores, 2022, p. 14.

88 Disponible en ligne, consulté le 20/05/2024 : https://www.santementale.fr/2024/04/ce-jour-ou-je-vous-ai-attache/?fbclid=IwZXh0bgNhZWQCMTAAR15ONIQLFs3_O116DODmd7VAvgZfDvKVC4GnF2SmkJvNcVNcmO45mCfs_aem_AXUnFGrjJMmfWMrnlxd-kFObNrzr4UAkqkIzQnKuTyVmBLEikNoIEil7AmHK2KPKQGB-9noHRjzxZV53QZKob4EeF4

du soin est un processus en cours, mais déjà réel pour certains.nes, pour les survivants.tes de la violence psychiatrique, pour ceux et celles qui ont déjà choisi de faire autrement, qui ont déjà choisi, dans leurs gestes, d'abolir la contention.

S'il y a un *communisme de la guérison*, il est sans doute à chercher infiniment dans la singularité de certaines situations où le rapport de savoir sur le soin engage de nouvelles relations, de nouvelles paroles. Ces nouveaux rapports et ces paroles, nouvellement autorisées et nouvellement entendues, permettront peut-être de faire intervenir de nouvelles façons d'être avec la souffrance psychique. « Trop souvent, on nous parle de souffrances psychiques sans laisser la parole à celles et ceux qui la vivent et/ou la subissent. »⁸⁹ Tenter de se mettre en lien à partir de la parole qui jusqu'alors (et encore maintenant) a été silencieuse, c'est accepter de donner de nouvelles coordonnées au problème de la souffrance existentielle, de ce qui fait soin et de la nécessité (ou non) d'un espace dédié pour faire advenir ce soin. C'est aussi renverser un paradigme du soin qui comprend la contention comme dispositif thérapeutique, comme moyen de contenance. C'est résister contre la possibilité que quelqu'un.e qui vient chercher une présence, un entour autour d'une grande détresse existentielle puisse se sentir violenté psychiquement et physiquement, puni, traumatisé ou menacé.

« On est toujours mieux accueilli quand on prend soin de ne pas défoncer la porte. »⁹⁰

89 « Zinzin. Objectif lune », Revue Soins Soins, n°1, juin 2022, p. 1. Disponible en ligne : https://soinssoin.fr/wp-content/uploads/2022/06/Soinssoin-texte-1_compressed.pdf

90 Brisson, O., Pour une psychiatrie indisciplinée, Paris, Editions La Fabrique, 2023, p. 89.

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles



Première édition : octobre 2024

Illustration et mise en page : Atelier À l'Est - www.alest.be

Font : Sanchez by Daniel Hernández - Cabinet Grotesk by Shiva Nallaperumal

Éditeur responsable : Centre Franco Basaglia - www.psychiatries.be

Une expérience du Cheval Bleu : www.chevalbleu.be

