

PROTECTIONS

Une campagne d'information et de sensibilisation de l'Autre « lieu »

www.autrelieu.be

Se protéger d'un danger

Protection, du latin *protectio* ; action de protéger, de défendre quelqu'un, de faire en sorte qu'il ne lui arrive pas de mal.

Il n'y a de danger qu'en situation ; un danger à ne pas confondre avec une dangerosité sociale définie comme un état "accroché" à certains types de personnes, de parcours ou de pathologies.

Pour éviter le déni autant que la généralisation abusive, abstenons-nous de penser en termes de "tout ou rien", que cela porte sur les enfants de trois ans, les jeunes des banlieues, les étrangers ou les malades mentaux. Il s'agit de penser notre peur, la problématiser, ne plus nous laisser surprendre par elle sans éluder la vraie question : de quoi et de qui faut-il avoir peur aujourd'hui ?

Il serait trop facile, au nom d'une dangerosité potentielle, de s'isoler dans des réflexes sécuritaires : plus de surveillance des patients, de chambres d'isolement, de contrôles par caméra vidéo, de bracelets électroniques, etc. ; d'accepter qu'on fasse aux fous ce qu'on n'aimerait pas qu'on nous fasse ; de finalement faire de la psychiatrie une discipline uniquement prédictive, mécanique, canalisante, détournée de la souffrance du sujet.

Penser la peur, cela signifie évaluer les situations de danger à partir de l'expérience des différents acteurs engagés dans le soin et de leur appréciation. En particulier, l'usage (et le mésusage) des chiffres et des mots mérite d'être soigneusement discuté, au sein d'un espace critique qui prend en compte aussi bien le point de vue du terrain que l'expertise scientifique.

Dangerosité et maladie mentale

Voir à ce sujet l'excellent article de Jean-Christophe Coffin : *"Le psychiatre face à la violence du malade mental"*, IN : GUIGNARD L., GUILLEMAIN H., TISON S., *Expériences de la folie : criminels, soldats, patients en psychiatrie*, Rennes, PUR, 2013.

L'association des troubles mentaux à la violence est courante dans les représentations sociales. Tout un ensemble de discours et projets politiques tend en effet à attribuer une dangerosité aux fous et à imputer réciproquement à un désordre mental toute violence jugée "anormale" par sa cruauté ou dont le sens échapperait aux cadres ordinaires de compréhension - renvoyant alors son auteur vers une prise en charge psychiatrique. C'est l'illustration même de la confusion entre violence monstrueuse et acte fou, progressivement infléchi en acte d'un fou - comme si les grands crimes ne pouvaient être qu'une production pathologique.

Les analyses s'attachent pourtant à déconstruire cette association violence-folie : d'une part en resituant le faible pourcentage de personnes ayant des troubles psychiques parmi les auteurs de crimes et délits ; d'autre part en réinsérant ces troubles au sein d'un ensemble de facteurs à considérer dans leur ensemble et non isolément.

Il est tout aussi intéressant d'explorer les débats et les hésitations inspirés par la figure du fou dangereux. Si la thématique de la violence est très présente dans les écrits psychiatriques, elle n'a pourtant jamais fait l'objet d'une production homogène, cohérente ou fédératrice, au sein d'une profession dont les sujets de division sont nombreux. L'importance de la thématique de la violence du malade mental pourrait-elle donner au public profane le sentiment que le traitement dont elle fait l'objet est une donnée parfaitement objective ?

L'histoire démontre cependant qu'il n'en est rien. A la fin du 18^e siècle, un nombre significatif de psychiatres pointait du doigt les rapports parfois ténus entre certaines pathologies et actes violents. Dans les années 1950, plusieurs psychiatres abordent la thématique de la violence du malade dans une perspective qui tranche par rapport à celle de leurs aînés : plutôt que d'affirmer une hypothétique violence naturelle du malade mental, l'on commence à se questionner sur les causes de cette violence. L'approche contextuelle va être privilégiée à l'approche strictement biologique du comportement violent. Il va s'agir d'admettre que l'institution peut être dangereuse/violente pour le malade et, dès lors, qu'il convient de soigner l'institution psychiatrique avant de s'intéresser aux soins à apporter aux malades. La thématique de la violence du malade va alors se transformer en une problématique plus générale autour de la violence dans les pratiques psychiatriques.

Dangerosité : de l'ancien français "dangier", qui signifie "domination" - du latin *dominium*. Le mot tire son sens d'une très ancienne expression populaire : "estre en dangier d'aucun", qui pourrait s'entendre comme "être sous la domination de quelqu'un".

Dans les années 60, un certain scepticisme sur les vertus de l'hôpital psychiatrique va croissant au sein de la communauté des psychiatres, parmi lesquels François Tosquelles, Jean Oury, Ronald Laing, David Cooper ou Franco Basaglia. Atterrés par les conditions d'existence des patients, ceux-ci vont rapidement introduire un ensemble de mesures s'inspirant de la communauté thérapeutique de Maxwell Jones et de ce qui prendra le nom de "psychothérapie institutionnelle"; les éléments de contention des malades vont être supprimés, les conditions d'hospitalisation revisitées, l'équipe médicale réorganisée et l'ouverture des pavillons réalisée dans la ferme intention de transformer l'hôpital. Reste à déconstruire le rapport de force entre psychiatre et patient. Le débat autour de la violence va alors se décliner sur plusieurs axes : la nature violente de certains troubles mentaux ; l'impact des contextes dans l'éclosion des comportements violents ; et enfin, le patient, considéré comme victime de la violence d'un projet psychiatrique.

Il est désormais clair que la violence institutionnelle ne peut être isolée d'une problématique plus générale que l'on pourrait résumer par le regard du corps social sur l'interné. En résumé, si la population manifeste de fortes craintes à l'égard des malades mentaux, le projet thérapeutique qui consiste à les laisser hors de l'hôpital ne peut pas aboutir.

Aujourd'hui pourtant, le contexte sociétal tend à se focaliser sur la violence d'un nombre croissant d'individus (mineurs délinquants, auteurs d'agression sexuelle, malades mentaux...). La dangerosité du malade mental, les comportements inadaptés aux règles sociales, restent des notions en extension dans le discours à la fois des professionnels et des autorités sanitaires et politiques. La montée en puissance de la victime dans l'espace public entraîne quant à elle une mobilisation d'une autre nature : celle de la violence à autrui, qui depuis quelques temps déjà vole la vedette aux discussions autour de la violence institutionnelle ou de la violence du psychiatre. On oublie ainsi que les malades mentaux sont souvent des victimes et non des auteurs d'agression - même si cette statistique ne change rien à la perception sociale quant à la violence présumée du malade mental.

Accueillir la dangerosité

Voir à ce sujet : E. Rozier, *La clinique de Laborde ou les relations qui soignent*, Toulouse, Eres, 2014.

La base principale du soin, c'est l'accueil. Permettre à la personne de ne plus être seule, de pouvoir partager ce qu'elle est, là où elle est.

Il faut pouvoir accueillir la personne sans jugement. Lui permettre d'être dans le regard et dans l'écoute d'autres personnes. Lui donner des occasions d'être en activité, d'être active (par opposition à "être activée", qui ne lui laisse aucun choix).

L'accueil de la folie et de la violence, l'ouverture vers l'autre, c'est le terreau sur lequel les choses peuvent pousser. Certains l'exercent au quotidien. Soigner, cela peut se faire en lien avec des tas d'autres choses qui portent un tout autre nom que le soin : c'est créer, vivre avec, porter, protéger, accompagner, se laisser porter ; c'est surtout accepter que la violence, la souffrance et la destruction soient des éléments qui participent de ce processus, sans les laisser tout envahir.

Au départ, il y a quelque chose à accueillir de sa propre violence et de la violence de l'autre. Intellectuellement, c'est facile à dire. Plus difficile à faire concrètement. Il y a d'abord à découvrir sa propre violence, que l'on découvre toujours au fur et à mesure de la relation. La violence prend une forme dans la relation (avec les autres, avec le monde). Il faut pouvoir accueillir cette violence. (...) Toute la finesse, (...) c'est de voir comment cette violence peut s'étayer dans un certain type de vivre ensemble (...); afin qu'elle ne détruise pas la personne ou les autres. L'idée n'est pas de la faire disparaître ; ni de l'atténuer, la contrôler, la masquer ou la mater. Comme ça fait peur c'est évidemment le premier réflexe, on a envie de sortir les boucliers - et parfois il faut le faire parce que c'est trop écrasant. Ce qui fait soin, protection, se découvre en permanence... Il n'y a pas de formule.

Extrait du documentaire sonore **Protections** (L'Autre "lieu" - 2014)

Pour faire face à l'éventualité d'une violence physique, les soignants disposent de toute une série de moyens d'action, de dispositifs et de techniques (bip d'alerte, appel de renforts, etc.) ; ils ont la possibilité d'avoir recours à la contention physique (mise en chambre fermée, sangles, voire camisole) ou chimique (injection de sédatifs/calmants). Il est dès lors crucial pour le professionnel d'interpréter un acte déviant selon un schème pathologique et non moral (blâme ou rejet), d'adopter une attitude soignante qui se décale par rapport aux affects négatifs que la conduite d'un patient provoquerait en lui.

Troquer la dangerosité contre le soin

Voir précisément à ce sujet : M. Colucci et P. Di Vittorio, *Franco Basaglia, Portrait d'un psychiatre intempestif*, Toulouse, Eres, 2005

A partir du moment où la loi commence à s'intéresser au soin plutôt qu'à la dangerosité, un cadre complètement nouveau peut s'ouvrir dans le champ de la psychiatrie - à laquelle était historiquement et inévitablement délégué le contrôle social de la folie. Un cadre où la médecine n'a aucune obligation envers la justice mais uniquement envers la personne. Les décisions concernant le traitement relèvent d'un devoir éthique de soin et d'un devoir politique de santé du citoyen, plutôt que d'un devoir légal de défense de la société. Les maladies mentales relèvent alors du médical, dans le sens où les personnes atteintes d'un trouble mental ont pleinement droit à la citoyenneté et pleinement droit à un traitement, non à une coercition de leur comportement.

En Italie, aucune instance de l'ordre public ne peut imposer au médecin de soigner une personne. Cela ne veut pas dire que le traitement sanitaire obligatoire - imposé contre la volonté de la personne - n'existe pas ; cela signifie qu'il ne peut être décidé que par le médecin, qui assume alors la responsabilité de sa décision uniquement pour des raisons de santé de l'individu, jamais pour des raisons de dangerosité qui menaceraient le contexte social.

La spécificité de la psychiatrie italienne est liée à un choix éthico-politique précis : la fermeture des asiles (cf. la loi 180 de 1978). Défi corrélé à un autre objectif, celui de renverser le dogme de fond de la psychiatrie, c'est-à-dire l'invalidation du sujet fou et de son discours. Si le langage tout à fait inadapté élaboré par la psychiatrie s'appuie sur le fait que sa clinique est structurellement une clinique du déficit (de la personne malade mentale), cela signifie alors que la folie est réduite à un fait de nature, à une maladie mentale entendue comme un appauvrissement cognitif et affectif, une déchéance, une dégénération, un événement incompréhensible, incurable, inguérissable, imprévisible et donc dangereux.

Les expériences italiennes ont montré que la remise en question de ce discours commence par les pratiques ou, mieux encore, par la transformation concrète de la réalité institutionnelle : la fermeture de l'asile non seulement comme action de bonification des lieux de l'intervention psychiatrique, mais aussi et surtout comme preuve du manque de fondement de sa logique scientifique.

Ainsi faut-il sans cesse garder à l'esprit l'importance de réfléchir nos savoir-faire et nos savoir-être et veiller à ne pas faire de l'invalidation de l'assisté, perpétuée par le biais d'une science qui déprécierait le sujet et son discours, alors qu'elle s'applique justement à le réhabiliter. Si l'internement en asile a été une expropriation du corps misérable du fou pour protéger la société, l'aide à la folie sur le territoire, en société, risque de devenir une invalidation assistée quand elle ne vise pas à combattre la limitation de l'autonomie, du gouvernement de soi, de la responsabilité de l'individu par rapport à lui-même, à sa vie et à sa santé. Si promouvoir l'insertion sociale correspond à une simple satisfaction des besoins de l'utilisateur, on méconnaît alors la particularité de sa demande et on réduit son statut de sujet à celui d'un simple bénéficiaire de biens et de services.

Ce document constitue le contenu textuel d'une campagne d'information qui se décline sous la forme d'un **documentaire sonore** et d'un **recueil photographique** réalisés par l'Autre "lieu" dans le but de plonger au plus près de l'expérience concrète de ceux dont la société cherche à se protéger et à protéger contre eux-mêmes, et de ceux qui les soignent.

PROTECTIONS

Documentaire radiophonique / 49:16 / 2014

Réalisation : Aurélie Ehx pour l'Autre « lieu » - RAPA asbl

Montage et mixage : Sébastien Vanderborcht – Ressac Postproduction



Avec la participation et les voix de Sarah Vijgen, Vanessa Degreef, Frédérique Van Leuven, Bruno Longrée, Thomas Ferdin, Ellen Godec, Véronique Reniers, Mira Goldwicht, Faïza Hirach, Charles Burquel, Olivier Degand, Julie Delbascourt, Mounia Ahammad, Muriel Joost, Marie-Céline Lemestré, Aline Rigaux et Sara Meurant.

Si vous souhaitez plus d'informations concernant cette campagne ou les activités d'éducation permanente de l'Autre "lieu", contactez **Aurélié Ehx** au 02/230 62 60 ou à l'adresse aurelie.autrelieu@edpnet.be

Si vous voulez obtenir le documentaire sonore, participer à sa diffusion ou relayer toute information concernant l'Autre "lieu", contactez **Laurence Mons** au 02/230 62 60 ou à l'adresse laurence.autrelieu@edpnet.be

Si vous désirez participer gratuitement aux animations proposées autour des thèmes de nos campagnes ou en organiser une dans le cadre de vos activités, contactez **Christian Marchal** au 02/230 62 60 ou à l'adresse ch.autrelieu@gmail.com

Graphisme : **Pierre Weyrich** - www.pietw.com

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

