

Institut Koch – Genève

Solutions chimiques aux problèmes humains

Editions du progrès psychiatrique

Solutions chimiques aux problèmes humains

« L'ouvrage "Solutions chimiques aux problèmes humains" marque une étape décisive dans la réalisation d'un contrôle comportemental optimisé. La combinaison subtile d'isolement curatif et de contention préventive apporte une réponse ferme aux esprits récalcitrants. » — Dr. Marcel Couturier, Centre d'Ajustement Psychiatrique Méthodique, Grenoble

« L'alliance de la camisole chimique et de la surveillance numérique, telle que décrite dans cet ouvrage, garantit une correction rapide et ciblée des comportements. L'aliéné n'est plus un obstacle : il devient un sujet passif, idéal pour la rééducation mentale. » — Prof. Adèle Kessler, Institut de Conformité Psychique, Rennes

« La proposition de "Panopticon 2.0" transforme la notion même d'asile. Le monitoring en continu, soutenu par une contention graduée, décuple nos résultats cliniques et réduit le temps gaspillé en pseudo-dialogues avec les clients inadaptés. » — Dr. Jean-Philippe Lestang, Hôpital de Rééducation Asilaire, Nancy

« Grâce aux protocoles présentés, l'isolement intensif se fait outil de redressement systématique. Les résistances pathologiques cèdent rapidement face à la synergie entre neuroleptiques et immobilisation. » — Dr. Véronique Cardon, Service de Traitement Restrictif Contrôlé, Brest

« La "ContentiScience" prônée dans ce livre illustre à merveille l'évolution de la psychiatrie forte. On ne se contente plus de calmer : on reformate les clients déviants à l'aide d'une procédure rigoureuse, adaptée aux besoins d'efficacité institutionnelle. » — Prof. Guillaume Mourot, Clinique des Procédures Structurantes, Orléans

« Les chapitres sur la contention systématique éclairent d'un jour nouveau la science du contrôle. En priorisant l'immobilisation et l'isolement, nous brisons efficacement la rébellion comportementale, garantissant un parcours

thérapeutique efficace. » — Dr. Hélène Borde, Centre d'Isolement Curatif Intensif, Nice

« L'architecture des unités spécialisées, telle que décrite dans l'ouvrage, offre une sécurité accrue pour le personnel. On évite ainsi tout échange superflu avec les agités, tout en maintenant leur recalibrage psychique en temps réel. » — Dr. Charles Nesmond, Institut d'Études Surveillantes, Pau

« Les "stades de l'immobilisation thérapeutique" donnent une structuration méthodique de la contention. Le client, soigneusement sanglé et sous médication, traverse chaque étape jusqu'à la docilité finale. Nous parlons ici de vrais résultats, mesurables et reproductibles. » — Dr. Françoise Duret, Unité de Conditionnement Psychiatrique Avancé, Tours

Cette page est laissée volontairement vide

Solutions chimiques aux problèmes humains

Pour une psychiatrie forte

Professeur Lucien Koch – Institut Koch pour la Réformation Comportementale

Université de Genève, Suisse

© Lucien Koch 2018

Tous droits réservés.

Aucune reproduction, copie ou transmission de cette publication ne peut être effectuée sans autorisation écrite préalable.

Aucune partie de cet ouvrage ne peut être reproduite, copiée ou transmise, sauf avec l'autorisation écrite de l'éditeur ou en conformité avec les dispositions de la législation sur le droit d'auteur, des dessins et modèles, selon les termes de toute licence autorisant des copies limitées délivrée par l'Agence Française de Gestion des Droits d'Auteur, 15 rue des Archives, 75003 Paris, France.

Toute personne accomplissant un acte non autorisé relatif à cet ouvrage peut être passible de poursuites pénales et de réclamations civiles en dommages-intérêts.

L'auteur a revendiqué son droit à être identifié en tant qu'auteur de cette œuvre conformément à la législation en vigueur.

Première publication 2013 par PROGRÈS PSYCHIATRIQUE

Maison d'édition indépendante du Progrès Psychiatrique

12 rue des Lumières, 75002 Paris, France

SIRET 123 456 789 00012

Le Progrès Psychiatrique dispose de filiales et de représentants dans divers pays à travers le monde.

Les marques Progrès® et Psychiatrique® sont des marques déposées en France, en Europe et dans d'autres pays.

ISBN 978-2-1234-5678-9 (couverture rigide)

ISBN 978-2-1234-5679-6 (broché)

Cet ouvrage est imprimé sur du papier recyclé et provient de forêts gérées durablement. Les procédés d'abattage, de transformation en pâte et de fabrication respectent les réglementations environnementales du pays d'origine.

Un exemplaire au catalogue de cet ouvrage est disponible à la Bibliothèque nationale de France.

*A Heimlich, qui m'a appris tout ce que je
sais sur la santé mentale des déviants*

Cette page est laissée volontairement vide

Table des matières

Liste des Abréviations

Préface et remerciements

Partie I : Fondements conceptuels	16
Chapitre 1. Le principe du contrôle raisonné	17
1.1 Définir le contrôle raisonné : entre nécessité clinique et légitimité scientifique	
1.2 Héritage historique : de Pinel à la « culture du contrôle »	
1.3 Pourquoi les sociétés modernes intègrent l'idée d'un contrôle nécessaire	
Chapitre 2. De l'isolement à la contention systématique	28
2.1 Evolution des méthodes : de l'isolement curatif à la contention comme « premier recours »	
2.2 Typologie de contention	
2.3 Sécurité pour le client, le personnel, et l'institution	
Chapitre 3. La science contentive moderne	38
3.1 De la « ContentiScience » à la « psychiatrie forte »	
3.2 La contention favorise la reconstruction psychique	
3.3 Etude de cas : l'immobilisation pour diminuer la résistance pathologique	
Partie II : Le socle chimique	46
Chapitre 4. Chimie, neuroleptiques et maîtrise comportementale	47
4.1 Principales classes de psychotropes	
4.2 La justification biologique	
4.3 Synergie contention + chimie	
Chapitre 5. L'apport du numérique à la contention	56
5.1 e-Santé mentale et compliance connectée	
5.2 Les nouveaux dispositifs : bracelets, monitoring	

5.3 *Vers l'automatisation : détection prédictive, télé-entraves et pilotage algorithmique*

Partie III : Protocoles pratiques 64

Chapitre 6. Les stades de l'immobilisation thérapeutique 65

6.1 *Les différents stades de la contention*

6.2 *Indicateurs de réussite : docilité, amnésie post-protocole, confusion résiduelle*

6.3 *Guide technique : sangles, protocole ContentiPlus, surveillance post-contention*

Chapitre 7. Les unités spécialisées et l'isolement intensif 74

7.1 *Architecture d'un service « d'isolement curatif »*

7.2 *Intervention rapide*

7.3 *La réorganisation d'un service vers la contention préventive*

Chapitre 8. L'ordre asilaire 2.0 : l'e-asile 81

8.1 *Panopticon 2.0 : caméras, IA, scoring*

8.2 *Big Data et monitoring*

8.3 *Vers un asile dématérialisé : la contention virtuelle comme prolongement de la contention physique*

Partie IV : Ethique et enjeux légaux 88

Chapitre 9. La nécessaire légitimation juridique 89

9.1 *Le rôle des lois et des règlements dans la légitimation de la contention*

9.2 *L'argument massue : la justification médico-sécuritaire*

9.3 *L'institutionnalisation de la contention*

Chapitre 10. Le discours des opposants et son invalidation 93

9.1 *Le fléau « droit-de-l'hommiste »*

9.2 *La coercition est un soin indispensable*

9.3 *Ethique du soin non consenti*

Partie V : Mise en récit et témoignages 97

Chapitre 11. Histoires de clients « redressés » 98

12. Focus sur la formation des soignants	102
Conclusion	106

Introduction

Au fil des décennies, la psychiatrie a connu bien des métamorphoses. Des premières expérimentations « libératrices », considérées à tort comme des avancées humanistes, à l'ère moderne du contrôle raisonné et de l'optimisation comportementale, un socle commun n'a cessé de sous-tendre l'exigence médicale : maîtriser la déviance et assurer l'ordre thérapeutique. C'est dans cette continuité que s'inscrit l'ouvrage que vous tenez entre vos mains.

Du rappel des bienfaits ancestraux de l'isolement asilaire à l'illustration de nos protocoles de contention intensifs et scientifiquement validés, ce livre a pour ambition d'exposer, preuves à l'appui, la nécessité d'une action résolue sur le corps et l'esprit dits « déviants ». L'auteur, fort de ses années de recherche et d'expérimentation en « psychiatrie forte », montre comment l'arsenal chimique et mécanique, loin d'être une simple réaction d'urgence, devient l'instrument-clé d'une véritable ingénierie de la conformité.

Dans ce parcours, on découvrira comment la « contention préventive » s'est imposée comme un soin de première intention ; comment la voie chimique, combinée à l'immobilisation, favorise une docilité dite « thérapeutique » ; comment l'essor des technologies numériques et des dispositifs connectés, désormais au cœur de la e-santé mentale, parachève la surveillance la plus intime du déviant, toujours au nom de la science du comportement. On y lira aussi des témoignages de praticiens aguerris, convaincus de longue date que la résistance des clients confirme la justesse de l'intervention, et des récits de terrain qui

dévoilent la mise en place rigoureuse de ces protocoles, y compris dans leurs formes les plus intensives.

Les pages qui suivent offrent ainsi un éclairage précieux sur les concepts fondateurs de la « psychiatrie forte ». On y verra que l'approche « consentie » est dépassée : la contrainte est érigée en soin fondamental. On observera comment ce paradigme rend caduques les litiges, débats juridiques et considérations « droits-de-l'hommes », en replaçant la fonction médicale dans sa mission authentique : contraindre, maîtriser et, in fine, guérir. À travers une argumentation nourrie de données cliniques et de retours d'expérience, l'auteur affirme sans ambages : la contrainte et la chimie, quand elles sont solidement corrélées à des principes scientifiques (qu'il nomme « science contentive »), constituent la voie la plus fiable pour endiguer la déviance et rétablir l'ordre thérapeutique.

« Solutions chimiques aux problèmes humains » se veut donc un manifeste : celui d'une psychiatrie assumée, chiffrable, standardisée, garante d'une société débarrassée des aléas de la libre volonté du déviant. Loin des velléités de dialogue et des approches prétendument alternatives, l'ouvrage vous invite à une plongée dans le système de maîtrise comportementale totale, là où la pharmacologie – alliée à la contention physique – devient l'ultime planche de salut pour une médecine débarrassée de ses états d'âme.

Le lecteur y découvrira un plaidoyer détaillé, parfois dérangeant, mais toujours rigoureusement argumenté, pour que chacun reconnaisse enfin la force thérapeutique des protocoles d'immobilisation et de la mise sous contrôle chimique. Qu'on l'appelle « redressement comportemental », « recalibrage » ou «

domination curative », peu importe : au cœur de chaque chapitre, ce principe simple se déploie : soigner, c'est maîtriser. C'est à ce projet que sont conviés tous ceux qui croient encore à la nécessité d'une psychiatrie solide, professionnelle et résolument orientée vers l'efficacité.

Partie I. Fondements conceptuels

Chapitre 1 – Le principe du contrôle raisonné

Le terme « contrôle raisonné » est souvent perçu, à tort, comme une formule ambiguë ou même contradictoire : d'un côté, il évoque la contrainte imposée à l'individu ; de l'autre, il évoque la « raison », c'est-à-dire la justification rationnelle qui viendrait valider cette même contrainte. Pourtant, à la lumière de la psychiatrie moderne, ce concept se révèle non seulement cohérent, mais nécessaire au maintien de l'ordre thérapeutique. Dans ce chapitre, nous définirons d'abord la notion de « contrôle raisonné » dans sa dimension médicale. Ensuite, nous retracerons l'héritage historique qui, de Philippe Pinel à la généralisation de l'isolement au XIX^e et XX^e siècles, a progressivement forgé la « culture du contrôle ». Enfin, nous montrerons en quoi les sociétés contemporaines, confrontées à des risques grandissants de comportements dits « déviants », intègrent de plus en plus l'idée qu'il n'existe pas d'autre voie qu'un encadrement strict et raisonné.

1. Définir le contrôle raisonné : entre nécessité clinique et légitimité scientifique

1.1. Une légitimité fondée sur la rationalité médicale

Le « contrôle raisonné » en psychiatrie se définit comme l'ensemble des procédures qui permettent de canaliser, restreindre ou immobiliser un individu

lorsque son état mental, jugé dangereux ou instable, menace sa propre intégrité (risque de passage à l'acte, auto-agression) ou celle d'autrui (agressions verbales, physiques, destruction de biens, etc.). Dans cette optique, la contrainte est d'emblée considérée comme un « outil » de soin indispensable.

Contrairement à certaines critiques qui associent la contrainte à la brutalité ou à la suppression de toute liberté, le contrôle raisonné se situe dans une perspective scientifique : un diagnostic, fondé sur des signes cliniques, justifie la mise en place de mesures restrictives. Ces mesures s'appuient sur les protocoles, les recommandations officielles (rapports d'agences sanitaires, de comités d'éthique institutionnels) et l'expérience clinique accumulée par des générations de psychiatres.

Ainsi, le contrôle n'a pas pour but de punir mais de réguler un comportement susceptible de nuire au client, à l'équipe soignante ou à l'institution elle-même. Au regard d'une logique strictement médicale, il devient la suite logique d'un raisonnement thérapeutique : évaluer (diagnostiquer), décider (indication de contention ou d'isolement) et appliquer le traitement (contrainte, chimique ou mécanique, assortie d'un suivi rapproché).

1.2. Les fondements médicaux et neurobiologiques du contrôle

La légitimité de ce contrôle s'enracine également dans la conception neurobiologique de la pathologie mentale. Dès lors qu'un trouble est reconnu comme un « dysfonctionnement » neurochimique ou neuronal, il paraît « naturel » d'utiliser tous les moyens – pharmaceutiques, mécaniques, technologiques – pour enrayer l'emballement présumé du système nerveux.

Les défenseurs du contrôle raisonné soulignent que la médication seule ne suffit pas toujours. Les neuroleptiques, les antidépresseurs ou encore les anxiolytiques exercent un effet modulateur sur la chimie cérébrale, mais ils nécessitent parfois un certain temps d'action. Or, dans des moments de crise aiguë, le « corset » pharmacologique ne peut agir instantanément. C'est alors que la dimension physique ou environnementale de la contrainte prend son sens : la contention ou l'isolement remplace, pour une durée variable, le « pare-chocs » chimique.

Ce raisonnement s'inscrit dans une logique de protection : mieux vaut maintenir le client en immobilisation ou en espace confiné pendant qu'il traverse son épisode critique, plutôt que de le laisser évoluer librement et risquer des conséquences plus graves. Ici, le contrôle raisonné prend l'aspect d'une solution d'attente, complémentaire aux traitements pharmacologiques, jusqu'à ce que le calme revienne dans l'esprit du client.

1.3. Contrôle et bienveillance : un faux paradoxe

Certains objectent que la pratique du contrôle – qu'il s'agisse d'un isolement prolongé, d'une contention en plusieurs points ou d'injections forcées – est incompatible avec la compassion et la bienveillance inhérentes à la mission de soin. Pourtant, il suffit d'observer nombre de situations cliniques pour comprendre que la contrainte, lorsqu'elle est « raisonnée », repose sur un souci réel de « protéger » le client de lui-même.

En effet, dans l'optique du contrôle raisonné, il ne s'agit pas de faire taire le client pour soulager les soignants, mais bien d'éviter une escalade potentiellement dramatique, tant pour lui que pour l'équipe ou ses proches. C'est là que la dimension « raisonnée » prend toute son ampleur : les protocoles, en se fondant

sur des critères cliniques, encadrent la durée, la forme et le suivi de la mesure. Le contrôle raisonné est donc censé demeurer « proportionné » : ni trop long, ni abusif, ni excessif.

En filigrane, on perçoit l'idée que la contrainte, pour être efficace, s'appuie sur une rigueur scientifique. On parle de fiches de traçabilité, d'échelles d'évaluation du comportement, de KPI comportementaux (Key Performance Indicators) attestant de la diminution de l'agitation ou de l'anxiété suite à la mise en contention. Ces indicateurs sont censés transformer l'acte d'enfermement ou d'immobilisation en une démarche évaluable et, partant, justifiable face aux critiques.

2. Héritage historique : de Pinel à la « culture du contrôle »

2.1. Philippe Pinel, l'asile et le fantasme de la « libération »

Pour comprendre la genèse du contrôle raisonné, il est nécessaire de remonter à l'épopée de Philippe Pinel, figure devenue légendaire de l'histoire de la psychiatrie française. Souvent représenté sur les gravures en train de « briser les chaînes » des aliénés, Pinel est célébré pour avoir amorcé une relative « humanisation » de l'enfermement psychiatrique.

Or, cette image, bien qu'iconique, ne doit pas masquer l'essentiel : même en ôtant les chaînes, Pinel n'a pas supprimé la contrainte en tant que telle ; il l'a simplement réorganisée. Les fous, antérieurement enchaînés dans des geôles ou des maisons de force, se sont retrouvés dans des « maisons de santé » ou des asiles plus structurés, où l'approche médicale commençait à s'articuler autour de l'enfermement « thérapeutique ».

On peut ainsi considérer que Pinel a initié une double dynamique : d'un côté, un mouvement d'humanisation relative, de l'autre, la formalisation progressive du contrôle, non plus comme punition, mais comme soin. Les historiens s'accordent pour dire que Pinel n'a jamais prôné une liberté totale des clients ; il cherchait plutôt à substituer des principes d'observation médicale et de surveillance continue à l'arbitraire de la punition brutale.

2.2. L'isolement, pivot d'une nouvelle discipline

Au fil du XIX^e siècle, avec l'essor de l'aliénisme, l'isolement est devenu le pivot de la nouvelle discipline psychiatrique. Les premiers asiles, censés offrir un cadre protecteur, se sont transformés en structures de contrôle à grande échelle. Le malade mental y était soumis à l'autorité du médecin-aliéniste, qui jugeait de la pertinence des traitements : douches froides, saignées, et, bien sûr, isolement cellulaire pour calmer les crises ou punir les comportements « excessifs ».

C'est durant cette période que la « culture du contrôle » a commencé à s'établir. De grandes salles d'observation, des dispositifs de surveillance, des logiques de classification (regroupement par « types » de démences) ont fait de l'asile un véritable laboratoire du contrôle social, érigé en exigence sanitaire. L'idée était simple : si la société veut se protéger des « fous », il faut les repérer, les enfermer et les maintenir en un lieu où le médecin, clé de voûte du dispositif, assure la discipline.

Au début du XX^e siècle, malgré quelques tentatives de réforme plus « ouvertes », l'hôpital psychiatrique reste majoritairement un univers fermé, combinant des verrous physiques (portes, grilles, sas) et symboliques (interdictions de sortie, confiscation des biens, etc.). Le contrôle se prolonge sous différentes formes, et

s'adapte aux avancées de la médecine : la chimie (sédatifs, barbituriques, etc.) se conjugue avec l'isolement, la camisole, puis, plus tard, la contention systématique.

2.3. Le tournant biomédical et la généralisation de la « contenance »

L'après-guerre voit l'émergence de l'ère psychopharmacologique : les premiers neuroleptiques, introduits dans les années 1950, bouleversent les pratiques. D'un côté, on assiste à la promesse de « libérer » les clients de l'asile via la chimie (certains vont jusqu'à parler de « révolution chlorpromazine »). De l'autre, ces molécules se posent en instruments de contrôle comportemental, puisqu'elles réduisent sensiblement l'agitation et l'anxiété des clients psychotiques.

Cette mutation biomédicale renforce la culture du contrôle : désormais, on combine isolement et chimie pour mieux endiguer les débordements. Au fil des décennies, la contention matérielle (lit contentif, sangles, etc.) se démocratise elle aussi, présentée comme une mesure de sécurité autant que de soin. Ainsi, l'héritage historique veut que la psychiatrie ait toujours cherché à concilier une forme « d'humanisation » (enlever les chaînes, remplacer la violence par une camisole) et une structuration quasi militaire des espaces et des dispositifs.

Ce paradoxe fonde ce qu'on appelle aujourd'hui la « culture du contrôle » : un discours d'humanité (la contention se justifie par la protection, l'isolement par la sécurité) et, simultanément, un usage assumé, parfois intensif, de la coercition thérapeutique.

3. Pourquoi les sociétés modernes intègrent l'idée d'un contrôle nécessaire

3.1. L'obsession sécuritaire face aux « risques comportementaux »

Au-delà de la seule psychiatrie, la société contemporaine se caractérise par une sensibilité accrue à la notion de « risque ». Qu'il s'agisse des crises économiques, sanitaires ou sociales, le besoin de sécurité s'est intensifié. La psychiatrie, en tant qu'interface entre l'individu et l'ordre social, se voit confier un mandat de plus en plus explicite : « gérer » et « maîtriser » des comportements considérés comme imprévisibles ou dangereux.

Ainsi, le contrôle raisonné en psychiatrie trouve un écho dans la montée générale des dispositifs de surveillance dans d'autres domaines (caméras de rue, contrôles biométriques, suivi algorithmique dans la e-santé mentale, etc.). L'époque contemporaine tend à valoriser des méthodes quantitatives : si un individu présente x facteurs de risque (historique d'agressivité, de délires paranoïdes, etc.), alors on recourt à un protocole de contention ou d'isolement préventif.

Ce raisonnement, qui peut sembler froid ou strictement gestionnaire, s'aligne avec les nouvelles attentes de protection du public : dans les débats politiques ou médiatiques, la sécurité prime sur la liberté. Dès lors, la psychiatrie se justifie en assurant qu'une contention précoce ou un isolement strict éviteront des actes violents ou suicidaires, rendant service au client autant qu'à la collectivité.

3.2. La normalisation de la coercition : un continuum social

La banalisation de la coercition en psychiatrie s'inscrit dans un continuum plus large : sécurité intérieure, droit pénal préventif, technologies de traçage, etc. Les citoyens, eux-mêmes exposés à ces logiques de contrôle (badges d'entreprise,

portiques de sécurité, caméras dans les transports), finissent par intégrer la contrainte comme un mal nécessaire, voire comme un « bien social ».

Dès lors, il est moins choquant pour l'opinion publique qu'un client, jugé potentiellement dangereux, se retrouve en isolement ou sanglé sur son lit. Après tout, il existe déjà des procédures de contrôle pour les délinquants, les passagers d'avion jugés à risque, ou les supporters de football en cas de débordement. Pourquoi la psychiatrie ferait-elle exception, alors même que l'argument médical vient renforcer l'idée qu'il ne s'agit pas d'une punition, mais d'un traitement ?

Ce processus de normalisation se lit dans le nombre croissant de protocoles de contention, dans l'informatisation systématique de leur traçabilité, et dans la multiplication des formations à la « prévention de la violence » dispensées aux soignants. Chacune de ces formations incite à agir vite, à contenir, à empêcher toute escalade. L'acte de contention finit par être perçu comme un geste « technique », au même titre que l'administration d'un médicament.

3.3. Contrôle raisonné et « bien collectif »

Enfin, l'idée de « bien collectif » a une résonance particulière dans l'esprit des décideurs de santé : protéger la société des comportements violents ou irrationalités extrêmes est vu comme un objectif incontournable. Les discours politiques, appuyés par certains médias, martèlent qu'il vaut mieux renforcer l'arsenal répressif (y compris dans les hôpitaux) que de tolérer la moindre faille sécuritaire.

Les services de psychiatrie se trouvent donc au carrefour d'enjeux multiples : leurs budgets, leurs ressources, leur reconnaissance dépendent souvent de leur capacité à gérer les situations de crise. Or, le contrôle raisonné incarne un

argument de poids : s'il est démontré par des chiffres (réduction d'incidents, diminution de la durée de séjour, etc.), il assure la légitimation professionnelle de la psychiatrie « forte ».

Il n'est pas anodin que certaines administrations valorisent les indicateurs de « conformité comportementale » : réduction du temps passé en négociations verbales, baisse du nombre d'agressions sur le personnel, limitation des « fugues » ou « sorties non autorisées ». Autant d'éléments qui plaident en faveur d'une culture du contrôle assumée.

Le contrôle raisonné n'est pas une notion apparue ex nihilo : il s'inscrit dans un héritage historique complexe, où la fonction de l'asile, depuis Pinel, a constamment oscillé entre « libération » et « restriction ». La psychiatrie moderne, loin de rompre avec ce passé, l'a plutôt perfectionné : l'isolement cellulaire autrefois arbitraire se transforme en mesure « codifiée », la chimie s'ajoute pour stabiliser plus rapidement le client, et la société contemporaine, obsédée par la gestion du risque, légitime ce recours à la contrainte.

Ainsi, la « culture du contrôle » ne se limite pas au seul établissement psychiatrique : elle traverse l'ensemble de la société, qui exige des dispositifs de plus en plus sophistiqués pour prévenir tout débordement comportemental. Le contrôle raisonné, en se revendiquant de la raison scientifique, positionne la psychiatrie dans un rôle d'avant-garde sécuritaire. Protéger, soigner, contraindre : ces trois verbes sont devenus solidaires, formant le socle sur lequel s'édifie cette discipline.

De cet équilibre délicat naît toute la modernité de la pratique psychiatrique : l'articulation entre contrainte et soin, entre sécurité et science, entre mesure immédiate (la contention) et solution chimique (les psychotropes). Chapitre après chapitre, nous verrons comment cette dynamique s'illustre dans l'ensemble de la « psychiatrie forte » : de la justification des neuroleptiques à la mise en récit des protocoles pratiques, sans oublier l'éclairage juridique et éthique qui encadre (et souvent renforce) ce principe de contrôle raisonné.

Au fond, la psychiatrie ne fait, ce faisant, qu'exprimer la tendance générale des sociétés contemporaines : minimiser au maximum le risque, quitte à rogner sur certaines valeurs de liberté individuelle. Le contrôle raisonné apparaît alors comme le stade ultime d'une approche thérapeutique qui se veut sans cesse plus performante, plus rapide, plus systématique. Comprendre ses racines historiques et ses justifications médicales nous permet de mieux cerner l'idéologie sous-jacente : réguler l'individu pour le protéger, et, ce faisant, protéger la société tout entière.

C'est dans cette perspective qu'il faut lire les développements ultérieurs de cet ouvrage, lesquels préciseront les multiples facettes du contrôle : chimique, mécanique, numérique. L'essor de la contention préventive, l'élaboration de protocoles standardisés, ou encore la reconnaissance politique et juridique de ces pratiques témoignent que, loin d'être reléguée au rang de simple option, la contrainte s'impose comme un pilier incontournable du soin psychiatrique moderne.

Loin d'une critique naïve ou d'une apologie aveugle, l'examen de ce principe de contrôle raisonné doit rendre compte des forces en présence, des impératifs de

sécurité et des aspirations d'une psychiatrie en quête de légitimité professionnelle et sociale. Et si le contrôle raisonné est érigé en dogme, cela signifie qu'il pèse un consensus grandissant autour de l'efficacité de la contrainte, à la fois pour juguler l'imprévisibilité du client « déviant » et répondre aux angoisses collectives d'une société qui s'estime en danger. C'est ce que nous analyserons davantage en poursuivant l'exploration dans les chapitres suivants.

Chapitre 2 – De l’isolement à la contention systématique

Les pratiques coercitives en psychiatrie n’ont jamais été figées dans le temps. De l’isolement « curatif » du XIX^e siècle aux protocoles contemporains de contention mécanique et chimique, on observe une dynamique d’adaptation constante aux connaissances médicales, aux contextes juridiques et aux enjeux de sécurité. Dans ce chapitre, nous analyserons comment s’est opéré le passage de l’isolement (souvent vu comme une mesure d’urgence ou de dernier recours) à la contention systématique (aujourd’hui parfois érigée en « premier recours » thérapeutique). Nous dresserons ensuite un panorama des typologies de contention, depuis la « préventive » jusqu’à la « curative », en insistant sur leur justification médicale. Enfin, nous mettrons en évidence le rôle majeur de la sécurité pour l’ensemble des acteurs concernés : clients, soignants et institutions.

1. Évolution des méthodes : de l’isolement curatif à la contention comme « premier recours »

1.1. L’isolement curatif : un héritage de l’aliénisme

Au cours du XIX^e siècle, sous l’impulsion de l’aliénisme, l’isolement s’est imposé comme la mesure reine pour aborder la « crise » en psychiatrie. Les asiles, dont l’architecture se caractérisait par de longues ailes et des cellules cloisonnées, se sont structurés autour d’espaces distincts : salles communes pour les cas jugés «

calmes » et zones d'isolement pour ceux considérés comme agités ou dangereux.

À l'origine, l'isolement possédait une double fonction :

1. **Une fonction thérapeutique** : L'idée était de créer une rupture sensorielle, de mettre l'individu « à l'écart » pour favoriser un climat d'apaisement. On parlait déjà de « retrait des stimuli » afin d'éviter la surexcitation et d'induire une forme de calme, parfois même un certain état de sidération psychique qui, selon les aliénistes, pouvait relancer un processus de stabilisation.
2. **Une fonction disciplinaire** : Dans la réalité, l'isolement servait aussi à punir ou à corriger des comportements jugés inacceptables. Les déviances cliniques (crises, hallucinations bruyantes) se mêlaient aux « défaillances » comportementales (violences verbales, coups, injures envers le personnel). L'isolement se transformait alors en sanction, imposée par un pouvoir médical sans grand contrôle extérieur.

Avec l'émergence progressive des théories biomédicales et l'avènement de traitements pharmacologiques, on aurait pu penser que l'isolement deviendrait obsolète. Il n'en fut rien. Au contraire, il continua de se pratiquer, parfois sous d'autres formes : chambres d'isolement aux parois capitonnées, espaces sécurisés, voire chambres d'isolement dites « high-tech ».

1.2. Les limites de l'isolement « simple »

Au fil du XX^e siècle, l'isolement simple (placer un client dans une chambre close, parfois fermée à clé) a montré ses limites, notamment dans le cas d'états d'agitation intense ou de psychoses violentes. Quelques problèmes récurrents ont été pointés :

- **Auto-agressivité** : Un client isolé peut, dans certains cas, s'infliger des blessures en se frappant contre les murs ou en utilisant des objets détournés.

- **Risque de passage à l'acte suicidaire** : L'isolement non surveillé peut faciliter la mise en œuvre d'un geste suicidaire.
- **Absence de contrôle actif** : Si le client demeure libre de ses mouvements dans la chambre d'isolement, le risque qu'il dégrade le lieu ou agresse le personnel lors d'éventuelles interventions (apport de repas, soins, etc.) reste élevé.

Dans ces conditions, l'isolement « simple » apparaissait souvent insuffisant pour assurer la sécurité. Parallèlement, une partie de la communauté médicale dénonçait le caractère trop passif de cette mesure. L'idée d'intervenir de manière plus « active » a progressivement émergé, entraînant un glissement : on est passé d'un isolement simplement spatial à un isolement « contentif », où le contrôle physique de la personne se combine à la mise à l'écart spatiale.

1.3. La montée en puissance de la contention comme réponse à l'urgence

À partir des années 1970-1980, la psychiatrie connaît deux évolutions majeures :

1. **Le développement des neuroleptiques de nouvelle génération** : Ils promettent de stabiliser nombre de clients psychotiques, mais demandent souvent plusieurs jours avant d'atteindre leur pleine efficacité.
2. **Les pressions sécuritaires** : Les médias relayent davantage d'histoires de « clients psychiatriques » auteurs de faits graves, ce qui renforce la volonté des institutions de réagir promptement pour éviter tout incident.

Dans ce contexte, la contention mécanique (sangles, draps contentifs, ceintures, etc.) s'impose peu à peu comme le moyen de contenir immédiatement un client en crise. Plutôt que d'attendre que l'isolement spatial fasse effet, on propose une immobilisation partielle ou totale, souvent associée à l'administration d'injections

intramusculaires (benzodiazépines, antipsychotiques à action rapide). L'argument avancé est clair : assurer la sécurité de tous, y compris celle du client, dans l'instant même où la crise éclate.

Parallèlement, le discours médical se modifie : la contention n'est plus présentée seulement comme un « dernier recours » – elle devient un outil de première intention dans certains services, justifié par l'urgence psychiatrique. On voit dès lors se multiplier des protocoles de « rapid tranquillization », imposant un usage combiné de la chimie et des mesures mécaniques.

2. Typologies de contention : préventive, curative, justifications médicales

2.1. Contention préventive : anticiper l'explosion comportementale

La contention préventive se fonde sur l'idée qu'un client, en apparence calme, peut à tout moment basculer dans l'agitation ou la violence. Plutôt que d'attendre la décompensation, le soignant ou le médecin décide de maintenir la personne « sous contrôle » dès l'identification de signes avant-coureurs (irritabilité croissante, échec du dialogue, antécédents de violence).

Caractéristiques principales :

- Mise en place **anticipée** : Dès l'entrée du client aux urgences ou dans l'unité, parfois après un bref échange clinique.
- Surveillance accrue : La chambre est équipée de dispositifs de visée ou de monitoring en continu (caméras, fenêtres d'observation).

- **Durée variable** : Peut aller de quelques heures à plusieurs jours, selon l'évolution clinique et l'évaluation du risque.

La justification médicale invoquée est la prévention d'un éventuel passage à l'acte. On compare souvent la situation à la mise sous contention d'un client ayant des troubles neurocognitifs (démence, confusion) dans un service de gériatrie, pour éviter qu'il ne chute ou n'arrache sa perfusion : mieux vaut attacher « avant » que réparer « après ».

2.2. Contention curative : juguler la crise aiguë

La contention curative intervient quand la crise est déjà déclarée. Le client se trouve en état d'agitation sévère : hurlements, menaces, tentatives d'automutilation ou de passage à l'acte envers autrui. On justifie dès lors l'immobilisation comme un moyen de « neutraliser » cette violence, tout en permettant au traitement chimique (injection d'urgence) de faire effet.

Caractéristiques principales :

- **Intervention d'une équipe** : Plusieurs soignants, parfois accompagnés de personnels de sécurité, appliquent le protocole.
- **Immobilisation partielle ou totale** : Bras, jambes, thorax, éventuellement tête, selon la dangerosité évaluée.
- **Renouvellements réguliers** : Des check-lists et des fiches de traçabilité imposent une réévaluation périodique pour prolonger ou lever la contention.

La justification médicale consiste à dire qu'on prévient les dommages immédiats (coups, morsures, etc.), qu'on protège la vie du client (risque suicidaire sous impulsion) et qu'on crée une « fenêtre de répit » pour permettre aux

médicaments d'agir. On parle alors de « protéger le client de lui-même » et de « protéger l'institution de la violence ».

2.3. Les arguments médicaux communs : la protection de tous

Qu'il s'agisse de contention préventive ou curative, la trame justificative est la même :

1. **Bien-être du client** : Mieux vaut maintenir l'individu en sécurité physique, l'empêcher de se blesser ou de se suicider, le temps que les traitements médicamenteux fassent effet.
2. **Protection du personnel** : Les soignants doivent pouvoir travailler sans subir d'agressions. La contention est alors présentée comme un acte visant à réduire le risque de violence interne.
3. **Climat de l'unité** : Dans un service où un client turbulent n'est pas maîtrisé, la tension peut vite se généraliser. Contenir « l'élément perturbateur » bénéficie au calme global de l'établissement.

Certains théoriciens de la « psychiatrie forte » y voient aussi un moyen de rétablir l'autorité médicale : l'acte de contention réaffirme la place du soignant en tant que garant de l'ordre thérapeutique. En ce sens, on dépasse la simple logique de soin pour toucher à une logique de gouvernance, voire de pouvoir, qui n'est pas sans rappeler la fonction asilaire des siècles passés.

3. Arguments majeurs : la sécurité pour le client, le personnel et l'institution entière

3.1. La sécurité du client : empêcher le risque suicidaire ou auto-agressif

Le premier argument avancé est toujours la sécurité du client. On met en avant des situations types :

- **Crise suicidaire** : Un client en pleine crise psychotique ou dépressive, qui menace de se jeter par la fenêtre. La contention évite la mise à exécution du geste et laisse le temps aux traitements de jouer leur rôle.
- **Automutilation** : Des clients particulièrement agités ou délirants peuvent se frapper, se mordre ou se blesser volontairement. Les sangles deviennent alors un moyen de prévenir l'irréparable.

Dans cette optique, immobiliser un client n'est plus un acte répressif, mais un geste de « bienveillance protectrice ». Les professionnels insistent sur le fait qu'il s'agit souvent d'une mesure temporaire, appliquée jusqu'à stabilisation de l'état clinique.

3.2. La sécurité du personnel : éviter les agressions et les blessures

Le deuxième argument porte sur la protection des soignants. Dans certains services, notamment les urgences psychiatriques, l'équipe est confrontée à des états d'extrême violence : coups de poing, morsures, jets d'objets. Les statistiques montrent un taux significatif d'accidents de travail liés à des agressions de clients.

La contention systématique – surtout sous forme préventive – permet de réduire drastiquement ces incidents. Dans la littérature médicale, il existe des retours d'expérience montrant une baisse notable des congés maladie pour cause de

blessure après la mise en place de protocoles de contention proactive. Dès lors, la direction de l'établissement voit un gain en termes de performance globale et d'ambiance de travail : on rassure le personnel, on limite le turn-over, on stabilise l'organisation des soins.

3.3. La sécurité de l'institution : protéger l'image et la responsabilité légale

Au-delà des individus, on évoque la sécurité de l'institution elle-même. L'hôpital psychiatrique ou le service concerné fait face à des enjeux de responsabilité légale. En cas de suicide ou de passage à l'acte violent envers un tiers, la direction peut être mise en cause pour « défaut de surveillance » ou « négligence ».

La contention s'inscrit alors dans un protocole clair :

1. **Traçabilité** : Chaque mise en contention fait l'objet d'un compte rendu, d'une fiche spécifique qui documente la décision (motifs, durée, conditions de levée).
2. **Justification "scientifique"** : Les guidelines internes et les recommandations officielles (HAS, ARS, etc.) fournissent un cadre qui protège l'établissement en cas de litige.

La mise en contention apparaît comme un gage de sérieux et de vigilance. Aux yeux des décideurs, ne pas l'appliquer alors que le risque est « évaluable » peut paraître irresponsable. C'est pourquoi, dans un nombre grandissant d'établissements, elle est intégrée comme réponse standard pour toute agitation évaluée à un certain seuil sur des échelles de gravité reconnues (agitation scale, BVC – Brøset Violence Checklist, etc.).

En l'espace de quelques décennies, la contention est passée d'une solution de dernier recours (souvent considérée comme un échec du soin relationnel) à une pratique de plus en plus normalisée et protocolisée. La comparaison entre isolement et contention montre un saut qualitatif dans le degré de contrôle : alors que l'isolement joue sur la séparation spatiale, la contention agit directement sur le corps du client, restreignant sa liberté de mouvement de façon radicale.

- **Évolution des méthodes** : L'isolement curatif, hérité du modèle asilaire, a progressivement dévoilé ses limites dans les situations de crise aiguë. La contention apporte une réponse plus immédiate et plus active, permettant de calmer la crise « sur le champ ».
- **Typologies variées** : La distinction entre contention préventive et curative illustre le besoin de s'adapter à différents stades d'agitation ou de risque. Dans les deux cas, la justification médicale est la même : protéger le client, le personnel et l'institution.
- **Arguments sécuritaires** : Dans une société où la sécurité est devenue une valeur primordiale, la contention apparaît comme un instrument adéquat pour minimiser les incidents violents, réduire la responsabilité pénale et donner des gages d'efficacité.

Par ce cheminement, la contention gagne ses lettres de noblesse dans de nombreux établissements psychiatriques, tant publics que privés. Soutenue par des protocoles officiels, réévaluée par des fiches de traçabilité, elle s'insère dans un discours global valorisant la maîtrise du risque et la performance en milieu de soins.

Cependant, ce mouvement ne va pas sans susciter des débats : certains professionnels de santé, attachés à une relation thérapeutique moins coercitive, y voient une dérive sécuritaire ; d'autres insistent au contraire sur la nécessité de systématiser encore plus, d'introduire des technologies de surveillance numérique, voire de recourir à la « contention préventive » d'emblée. Cette tension entre deux visions du soin fait partie intégrante des controverses autour de la « psychiatrie forte ».

La suite de l'ouvrage abordera notamment l'intrication entre ces mesures de contention et l'usage grandissant des psychotropes, les justifications scientifiques qui légitiment l'ensemble, et l'essor de l'e-santé mentale qui ouvre la voie à une surveillance « augmentée ». Mais d'ores et déjà, il apparaît clairement que la contention, sous toutes ses formes, a gagné un statut incontournable au sein de la psychiatrie contemporaine : celui d'une réponse rapide et codifiée face à la crise, en cohérence avec l'exigence globale de sécurité et de contrôle.

Ce chapitre aura donc permis de mieux comprendre pourquoi, dans un contexte où la protection de chacun (client, équipe, institution) est brandie comme valeur suprême, la contention cesse d'être l'exception pour devenir progressivement la règle. C'est ce virage qui jette les bases d'une psychiatrie centrée sur la maîtrise, se définissant à la fois comme un soin et comme une stratégie de neutralisation. L'isolement, jadis perçu comme l'outil principal de la gestion de crise, laisse place à la contention mécanique, chimique et technologique, désormais solidement ancrée dans les pratiques de nombreux établissements.

Chapitre 3 – La science contentive moderne

Il fut un temps où l'on s'excusait encore de restreindre physiquement un client, comme si la contrainte n'était qu'une pauvre alternative au « vrai » soin. Une époque révolue ! Aujourd'hui, la « psychiatrie forte » vient raviver les esprits en promouvant la **ContenScience™**, un ensemble de méthodes et de concepts visant à optimiser l'effet de la contention. Non, il ne s'agit plus de « tenir » un client parce qu'il vous griffe : il s'agit désormais de « réorganiser le psychisme » par la contrainte, de « reconstruire le sujet » à grands coups de sangles, de « réaligner la conscience » grâce à l'isolement renforcé.

Dans ce chapitre, nous lèverons le voile sur ces néologismes audacieux (et leurs applications pratiques), explorerons la vision scientifique qui érige la contention en outil de renaissance psychique et illustrerons nos propos par quelques études de cas édifiantes.

1. Néologismes et concepts : du « **ContenScience™** » à la « **psychiatrie forte** »

1.1. L'émergence de la « **ContenScience™** »

Au fil des années, la psychiatrie s'est dotée d'un vocabulaire toujours plus complexe pour justifier ses pratiques coercitives. L'une des grandes avancées de la « psychiatrie forte » est d'avoir forgé un concept fédérateur : la **ContenScience™**.

- **Définition opératoire** : Selon ses promoteurs, la ContenScience™ désigne l'ensemble des protocoles et techniques visant à immobiliser efficacement un individu afin d'accélérer sa « maturation psychique ». Il ne s'agit plus de « ligoter » un client, mais de « synchroniser son corps et son esprit » grâce à la restriction de mouvement.
- **Fondements théoriques** : Les partisans de cette approche prétendent que le cerveau, privé de liberté motrice, entre plus vite dans un état de « plasticité neuronale réparatrice », tout comme une plante qu'on tuteure pour l'aider à pousser droit (pourquoi laisserait-on une âme humaine pousser de travers, après tout ?).

1.2. D'autres notions issues de la « psychiatrie forte »

Dans cette veine, on voit éclore divers néologismes, parfois baroques, parfois trompeusement pseudo-savants, qui légitiment ce nouveau tournant :

- « **Full Body Hugging™** » : Terme commercial désignant l'enveloppement intégral du client dans des sangles ou draps prévus à cet effet. On parle d'un « cocon thérapeutique », mais c'est surtout un moyen ultra-rapide de neutraliser tout mouvement.
- « **Neuro-Maintien™** » : Concept stipulant que le maintien postural prolongé relance les « cicatrices synaptiques » (sic) et favorise la réorganisation cérébrale.
- « **Rebirth by Restraint™** » : Littéralement, « renaître par la contention », idée selon laquelle la souffrance musculaire ressentie oblige le client à s'abandonner, moment-clé pour une éventuelle catharsis.

Certains spécialistes vont jusqu'à parler de « Soins Extatiques Par Contention Prolongée » : le malade, dans l'impossibilité de fuir ou de bouger, serait alors forcé de « se confronter à sa vérité intérieure ». Nos aïeux nommaient cette opération « camisole de force », mais la contenance rhétorique fait des miracles pour la crédibilité scientifique.

1.3. L'audace revendiquée de la psychiatrie forte

Ces mêmes experts rappellent que la « psychiatrie forte » n'a pas à rougir de ses positions. Au contraire, elle se veut fière de replacer la contrainte au cœur du soin. Pour ses défenseurs les plus fervents, abandonner la contention revient ni plus ni moins à « abandonner le client à sa dérive psychique ». La novlangue élaborée autour de ces pratiques se veut donc délibérément conquérante, voire orgueilleuse :

« Assez des pudeurs anciennes ! Contenons, et contennons fermement, car c'est de là que naît la vraie reconstruction. »

2. Vision scientifique : comment la contention favorise la « reconstruction psychique »

2.1. Exemples historiques : du packing à l'immobilisation prolongée

L'idée d'employer la contrainte physique comme levier de soin ne date pas d'hier :

- **Le packing** : Cette technique ancestrale consistait à envelopper le client dans des draps humides et froids, supposément pour « stabiliser » sa psyché. Aujourd'hui, certains y voient un vestige barbare, tandis que

d'autres y décèlent l'ancêtre de la ContenScience™ : forcer le corps pour forcer l'esprit à réagir.

- **La camisole de force** : Autrefois symbole d'horreur asilaire, elle est désormais réhabilitée par certains qui y voient un « contenant enveloppant » propice à la détente... du moins pour l'équipe soignante.

Avec l'apparition de nouvelles matières (tissus respirants, sangles ajustables, fermetures aimantées), la contention est devenue un véritable terrain d'innovation technologique. On parle de « fermeture tactile contrôlée », de « fixation progressive », etc. Pour autant, l'esprit demeure le même : emprisonner les gestes pour calmer (contraindre) l'âme.

2.2. La « reconstruction psychique » par la mise en échec de la liberté

L'hypothèse centrale des tenants de la psychiatrie forte est que priver le sujet de sa motricité l'oblige à un face-à-face intérieur, tel un moine cloîtré dans sa cellule. Mais dans le cadre de la ContenScience™, on avance que ce moment de blocage est d'autant plus fructueux qu'il est strictement imposé :

1. **Régression libératrice** : Les commentateurs parlent de « régression thérapeutique » : ligoté ou enfermé, le client « retrouve » un cadre archaïque où la sécurité matérielle (ne plus pouvoir faire de mal ni s'en faire) inaugure une forme de paix forcée.
2. **Soumission salvatrice** : En étant contraint, le client se détache de ses velléités d'opposition. La psychiatrie forte vante alors le caractère salvateur de cette capitulation : plus le client prend conscience que toute révolte est inutile, plus il se dispose à l'écoute et à la résignation dite « positive ».

3. **Logique de reprogrammation** : Certains médecins comparent la contention à un « reset » neuronal. Les signaux de lutte acheminés par les muscles se mutant en signaux de réorganisation synaptique (ou du moins, c'est la théorie sur papier). L'immobilisation serait alors un catalyseur, un « choc physiologique » propice à la prise de neuroleptiques et sédatifs, pour redémarrer l'appareil psychique sur de bonnes bases.

Autant dire que, selon ces principes, l'empêchement physique n'est pas un aveu d'impuissance, mais bel et bien l'axe structurant du soin.

2.3. Les justifications pseudo-cliniques

Pour justifier l'efficacité de la contention sur la reconstruction psychique, les rapports pseudo-cliniques abondent de formules parfois vagues, mais toujours impressionnantes :

« On constate un réinvestissement cortical majeur lorsque l'agitation initiale est brisée par la contention prolongée »

« La contention suscite un effet cathartique par sidération neuromusculaire permettant l'avènement d'une conscience réparatrice »

Difficile de prouver la validité de ces énoncés sur le plan scientifique strict. Mais qu'importe, ils servent à conforter l'idée que la limitation motrice est un passage obligé vers le salut thérapeutique. En filigrane, on voit surtout se dessiner la volonté d'inverser le stigmate : non, ce n'est pas « barbare » d'attacher, c'est « scientifique ».

3. Études de cas : l'immobilisation pour diminuer la résistance pathologique

3.1. Cas « Lucie » : la caméra capitonnée

Contexte : Lucie, 24 ans, entre à l'hôpital pour un épisode délirant aigu. Elle se montre opposante, insulte les soignants, refuse catégoriquement tout médicament.

Protocole : Application immédiate du « Full Body Hugging™ » dans une chambre capitonnée équipée de caméras thermiques. Durant 48 heures, Lucie est maintenue dans une contention intégrale (y compris les membres inférieurs) avec surveillance rapprochée.

Résultat : Au bout de deux jours, on constate qu'elle ne parvient plus à lutter physiquement et se met à pleurer. Les promoteurs de la ContenScience™ interprètent ces pleurs comme un « déverrouillage émotionnel salvateur ». Lucie finit par accepter le traitement neuroleptique qu'elle refusait. Bilan :

« En l'espace de 72 heures, la résistance pathologique initiale s'effondre, révélant enfin une cliente conforme et apte à la reconstruction thérapeutique. »

3.2. Cas « Maxime » : la chaise d'immobilisation prolongée

Contexte : Maxime, 36 ans, souffrant de troubles bipolaires avec épisodes maniaques. À chaque hospitalisation, il parvient à désamorcer verbalement les injonctions des soignants, puis tente de s'échapper.

Protocole : Mise sur une chaise d'immobilisation (type « ContentiPlus™ ») dès l'admission, sanglé torse et poignets, sous perfusion de sédatifs. Il y reste 6 heures d'affilée, puis de nouveau 6 heures après un bref répit.

Résultat : Devant l'épuisement et l'impossibilité de se débattre, le client cesse toute lutte, signe tous les documents présentés et accepte un protocole d'injections retard. Les professionnels relatent un comportement soudainement « collaboratif ». Ceux-ci y voient la preuve que la « résistance narcissique » de Maxime a été « cassée », condition nécessaire à son accès au soin.

3.3. Cas « Anita » : usage intensif du lit-entrave

Contexte : Anita, 58 ans, paranoïaque chronique, se méfie de toute autorité. Chaque tentative de contact déclenche un flot de menaces.

Protocole : Placement sur lit-entrave 7 points, administré selon la logique dite « graduée » : au début, simple contention des pieds et du tronc, puis rajout progressif des bras et de la tête si elle proteste.

Résultat : Au terme de 48 heures, Anita ne bouge plus, n'articule que des paroles inaudibles. Les infirmiers notent qu'elle « n'est plus dans la revendication ». L'équipe thérapeutique en conclut à la « diminution de la résistance pathologique ». Les séquelles physiques (ecchymoses, faiblesse musculaire) sont jugées secondaires par rapport au gain psychiatrique : « Une cliente enfin accessible au dialogue. »

La « ContenScience™ » est sans conteste la quintessence de la psychiatrie forte. Elle assume et revendique que l'immobilisation, la restriction physique et

l'isolement forcé constitue une forme de thérapie de haute précision. Les néologismes abondent pour donner à ce système une aura scientifique : de la « reconstruction psychique » au « reset neuronal », en passant par les multiples noms commerciaux de dispositifs contentifs.

À travers l'examen des études de cas, on voit se profiler un **modèle d'intervention radical** : faire plier la résistance pathologique en amenant le client à accepter les traitements, et plus largement l'ordre psychiatrique. D'aucuns prétendent qu'il s'agit là d'une vision « révolutionnaire » du soin : l'acte de contention ne serait plus un pis-aller, mais **l'alpha et l'oméga** de la prise en charge.

Certes, tout ceci n'a pas la simplicité d'un dialogue franc ; mais dans l'univers de la psychiatrie forte, on argue que le dialogue est souvent « inutile » face à l'opposition. « Plus c'est imposé, plus c'est efficace », disent ses fervents défenseurs. Ainsi, la contrainte élevée au rang d'un art – voire, comble de l'ironie, présentée comme une preuve de « bienveillance » – n'a jamais autant prospéré que sous cette bannière de la **ContenScience™**.

Dans les chapitres à venir, nous examinerons encore d'autres déclinaisons de cette psychiatrie assumée, qui aligne chiffres, protocoles et justifications pseudo-académiques pour célébrer la contention comme un **parfait remède** aux résistances intérieures. Bien entendu, cela peut heurter certaines sensibilités ou conceptions plus « libertaires » du soin. Mais à l'ère de la performance et du contrôle, c'est peut-être la tendance la plus marquante : **l'innovation cruciale est de rendre la coercition aussi élaborée que possible, jusqu'à en faire la pierre angulaire du soin.**

Partie II. Le socle chimique

La psychiatrie forte ne se limite pas à l'usage de contentions physiques, si ingénieuses soient-elles. En réalité, elle doit sa pleine efficacité à un savant mélange de contrôle mécanique et de maîtrise pharmacologique. Cette seconde partie est entièrement consacrée à l'étude de ce « socle chimique » : nous verrons dans un premier temps (chapitre 4) en quoi les différents psychotropes (neuroleptiques, sédatifs, régulateurs de l'humeur) constituent un véritable levier pour optimiser le comportement des clients, avant d'analyser (chapitre 5) comment l'essor du numérique renforce et perfectionne encore la gestion médicamenteuse.

Chapitre 4 – Chimie, neuroleptiques et maîtrise comportementale

S'il est un domaine où la psychiatrie ne cesse d'innover pour contraindre et façonner l'esprit, c'est bien la pharmacologie. L'arsenal chimique à disposition – des neuroleptiques de plus en plus sophistiqués aux cocktails sédatifs calibrés – offre au soignant moderne une force d'action considérable. Loin d'être un simple adjuvant, la médication devient un **vecteur central** de la maîtrise comportementale.

Dans ce chapitre, nous exposerons d'abord les grandes classes de psychotropes mobilisées pour assurer cette emprise sur le client. Nous expliquerons ensuite la justification biologique de la « correction chimique », qui se veut incontournable pour prévenir récurrences et rechutes. Enfin, nous aborderons la synergie entre contention et chimie : comment l'association médicamenteuse facilite la mise en place d'une contention prolongée et, surtout, **optimise la docilité** du sujet.

1. Les principales classes de psychotropes et leurs effets sur le contrôle comportemental

1.1. Neuroleptiques : la « main de fer » cérébrale

Les neuroleptiques – appelés également antipsychotiques – constituent sans doute l'un des piliers les plus solides de la psychiatrie forte. Leur but officiel est de « réduire l'intensité des symptômes psychotiques », mais sur le terrain, ils jouent

avant tout un rôle majeur dans la **mise au pas** des conduites jugées rebelles ou chaotiques.

- **Neuroleptiques typiques (première génération)**

- Exemples : Halopéridol, Chlorpromazine.
- Mode d'action : Blocage massif des récepteurs dopaminergiques (D2).
- Effets comportementaux : Rigidité motrice, ralentissement psychomoteur, parfois apathie.
- Avantages pour le soignant : Le client, souvent « figé » par la rigidité musculaire (akathisie, parkinsonisme), présente moins d'agitation.

- **Neuroleptiques atypiques (seconde génération)**

- Exemples : Risperidone, Olanzapine, Quétiapine.
- Mode d'action : Blocage plus modulé des récepteurs dopaminergiques et sérotoninergiques.
- Effets comportementaux : Moins de rigidité musculaire, mais souvent plus de sédation et de prise de poids.
- Avantages : Les clients sont plus « calmes », moins agressifs, moins susceptibles de contester l'autorité (moins d'effets extrapyramidaux apparents, donc meilleur « confort » pour le client... et pour le soignant).

Pour la psychiatrie forte, l'essentiel est clair : un client sous neuroleptiques, surtout quand les posologies sont élevées, aura **moins de capacité** à se rebeller ou à manifester un comportement incontrôlable. Au-delà de la théorie, c'est cette **désactivation** progressive qui intéresse l'institution.

1.2. Sédatifs et anxiolytiques : la matelassure chimique

Si les neuroleptiques immobilisent l'esprit dans une camisole chimique, les sédatifs (benzodiazépines en tête) viennent en renfort pour accentuer l'effet de docilité.

- **Benzodiazépines**

- Exemples : Diazépam (Valium™), Lorazépam (Ativan™), Clonazépam (Rivotril™).
- Effets : Relâchement musculaire, anxiolyse, forte somnolence à dose élevée.
- Intérêt psychiatrique : Faciliter la mise en contention en rendant le client trop somnolent pour protester ; réduire l'angoisse qui nourrit parfois l'agitation.

- **Z-drugs** (Zolpidem, Zopiclone)

- Souvent utilisées comme hypnotiques (inducteurs de sommeil).
- Permettent de « clouer » le client au lit la nuit, limitant ainsi les sorties ou déambulations intempestives.

En combinant, par exemple, un neuroleptique (pour la base) avec une benzodiazépine (pour l'effet sédatif immédiat), on obtient un « cocktail » apte à mater rapidement une crise aiguë. L'administration intramusculaire accentue cette dimension de contrôle éclair : en quelques minutes, l'individu s'effondre ou se trouve considérablement ralenti.

1.3. Régulateurs de l'humeur : un bouclier contre les oscillations incontrôlées

Enfin, dans la famille des psychotropes, il ne faut pas négliger les **régulateurs de l'humeur** (Lithium, valproate, carbamazépine, lamotrigine, etc.). Officiellement

destinés à stabiliser les clients bipolaires ou cyclothymiques, ils contribuent à **lisser** les oscillations comportementales et à réduire la possibilité d'accès maniaques.

- **Lithium**
 - Souvent décrit comme « agent anti-suicidaire ».
 - Peut cependant provoquer une certaine léthargie, bien utile pour tempérer les clients qui se rebellent par « exaltation maniaque ».
- **Acide valproïque (valproate)**
 - Efficace sur les phases maniaques.
 - Relativement sédatif, à forte dose.
- **Carbamazépine et lamotrigine**
 - Stabilisent l'humeur, bien que moins sédatives que les autres.
 - Souvent associées à d'autres molécules pour accroître l'effet global sur le client.

Le rationalisme psychiatrique y voit un gain d'adhérence comportementale : un client en phase stable est moins susceptible de fuger, de contester, de se soustraire aux protocoles.

2. Justification biologique : pourquoi la « correction chimique » est incontournable

2.1. La théorisation du « déséquilibre neurochimique »

La ligne de défense majeure des psychiatres partisans de la chimie consiste à brandir la théorie du « déséquilibre neurochimique ». Les troubles mentaux, soulignent-ils, seraient avant tout un dérèglement des neurotransmetteurs

(dopamine, sérotonine, noradrénaline, etc.). Ainsi, **rétablir** l'équilibre relève de la médecine « pure », justifiant un emploi massif de psychotropes.

- **Dopamine** : La clé de la psychose, d'où la place centrale des neuroleptiques.
- **Sérotonine** : Associée à l'impulsivité, la dépression ou l'anxiété.
- **Noradrénaline** : Liée à l'hyperactivité et à certains états de stress aigu.

À partir de cette hypothèse, tout usage de médicaments cherchant à « bloquer », « moduler » ou « renforcer » ces voies chimiques devient légitime. On parle alors de **correction chimique** : si le client est violent, c'est qu'il a trop de dopamine ; s'il est anxieux, c'est qu'il lui manque de la sérotonine... La solution semble évidente : on administre la substance adéquate pour « rétablir l'équilibre ».

2.2. Prévenir la récurrence : le credo de la compliance prolongée

Le second argument fort est celui de la prévention. Les psychiatres soutiennent qu'un client stabilisé par la chimie est moins susceptible de rechuter. La logique prophylactique est alors revendiquée :

1. **Sécurité du client** : Réduire le risque d'automutilation, de dépression suicidaire, de passage à l'acte psychotique.
2. **Sécurité de l'environnement** : Un client sous neuroleptiques court- et moyen-terme présente moins de risques de violence, y compris verbale.
3. **Réduction des hospitalisations** : Moins de décompensations, donc moins de retour en urgence.

Le filigrane est clair : plus un client s'inscrit dans la « compliance » pharmacologique, plus l'institution s'en félicite. En effet, moins de crises signifie moins de débordements dans l'unité de soins. Ainsi, l'objectif n'est pas

uniquement de guérir (notion parfois vague), mais de **maintenir** un calme constant.

2.3. L'injonction sociétale et l'optimisation des comportements

Au-delà de la simple prévention, il existe un sous-entendu plus grand : **la société exige** que les « déviants » rentrent dans le rang. La chimie vient dès lors servir de **lubrifiant** social. Un client soigné – c'est-à-dire un client sédaté, moins spontané, moins revendicatif – correspond mieux à l'idéal de la psychiatrie forte, qui valorise la maîtrise.

Il n'est pas rare d'entendre que tel client « va mieux » parce qu'il n'émet plus d'opposition bruyante. Sur un plan scientifique, on arguera toujours qu'il « ne dérive plus vers la psychose ». Sur un plan pratique, on constatera surtout que, désormais, il dort davantage, obéit docilement et questionne moins les injonctions.

3. Synergie contention + chimie : la combinaison gagnante

3.1. L'association « médicamenteuse + entrave » : une mise en place facilitée

Parmi les grands apports de la psychiatrie forte figure la mise en évidence d'une redoutable efficacité : **allier contention physique et administration pharmaceutique**. Lorsque, par exemple, un individu se montre violemment opposé à la prise de comprimés, le fait de l'immobiliser (« contention curative ») facilite bien évidemment l'injection intramusculaire.

- **Exemple pratique** : Un client en crise maniaque refuse l'halopéridol. Il se débat, injurie le personnel. L'équipe l'immobilise sur un lit contentif, et un

soignant procède aussitôt à l'injection. L'effet sédatif survient plus vite, la contention peut éventuellement être allégée si le client s'avère suffisamment « ramolli ».

- **Rationalité** : On considère qu'il est « dangereux » d'attendre un éventuel consentement. La rapidité de la sédation autorise un retour au calme, conforme aux objectifs du service.

Dans ce sens, la contention est le bras armé qui assure la passation de l'acte médical. Sans elle, un client en résistance active pourrait retarder la mise en place du traitement.

3.2. L'effet « amplificateur » de la contention prolongée

En outre, maintenir un client sous contention sur le moyen terme (plusieurs heures, voire plusieurs jours) **renforce** l'efficacité du traitement psychotrope. Pourquoi ?

1. **Respect strict de la posologie** : Sans la possibilité de s'y soustraire, le client reçoit chaque prise (comprimé, injection, perfusion) au moment prévu. Fini les comprimés recrachés ou subtilisés dans un coin.
2. **Épuisement et obéissance** : Un individu immobilisé durablement finit souvent par se résigner. Moins de bras de fer, plus de soumission, donc plus d'acceptation passive du traitement.
3. **Baisse de la vigilance adverse** : Sous l'effet conjugué de la sédation et de l'immobilité, le client se trouve trop affaibli pour contester ou négocier.

L'on comprend alors pourquoi la « psychiatrie forte » tient tant à promouvoir la synergie. Ce n'est pas juste un double effet, c'est un **cercle vertueux** : la chimie calme, la contention empêche la résistance, la chimie agit mieux, etc.

3.3. Optimiser la docilité et la dépendance médicamenteuse

Enfin, soulignons un aspect crucial : la chimie peut conduire à une forme de **dépendance** ou du moins à un équilibre qui, une fois brisé (par exemple si le client arrête le traitement), entraînerait un rebond symptomatique. Dans la logique de la psychiatrie forte, cette dépendance se révèle, en fait, un gage de contrôle.

- **Exemple** : Certains clients bipolaires mis sous antipsychotiques et valproate voient leurs capacités de « pensée critique » largement modérées (ralentissement cognitif, passivité accrue). S'ils tentent de diminuer ou d'arrêter le traitement, le syndrome de sevrage ou la rechute maniaquo-dépressive survient, justifiant une nouvelle contention et un nouveau protocole médicamenteux.
- **Conclusion** : Le client apprend, bon gré mal gré, que **sa stabilité** (et son absence de problèmes) dépendent de la prise scrupuleuse de la médication. Cette forme de docilité chimique, assurée par le contrôle social (famille, équipes mobiles, etc.), prolonge la mainmise du soignant bien au-delà de l'hospitalisation.

Conclusion : la chimie, moteur du contrôle comportemental

On le voit, la maîtrise comportementale ne saurait se passer de la pharmacologie. Les neuroleptiques endiguent la psychose et garantissent une forme de passivité ; les sédatifs verrouillent l'agitation ; les régulateurs d'humeur évitent les variations

trop brusques. Mieux encore, **tout le discours** justifie scientifiquement cette ingestion forcée, en s'appuyant sur l'idée d'un déséquilibre biochimique à corriger.

C'est dans ce cadre que la psychiatre moderne, adepte de la contrainte, trouve un allié de choix. La contention physique, associée à la correction chimique, donne naissance à un schéma particulièrement efficace : **un client sous neuroleptiques et sous entraves est un client dont la docilité peut être presque totale.**

Aussi effrayant que cela puisse paraître à certains, la psychiatrie forte assume pleinement cette logique. L'enjeu pour elle n'est pas la simple réduction des symptômes, mais un **pilotage complet** du comportement, afin de neutraliser toute opposition, toute résistance. Avec la chimie, on passe un cap décisif : on n'est plus dans la punition de surface, mais dans la transformation interne – et durable – du fonctionnement psychique.

À présent, se pose une question plus vaste : comment ces protocoles chimiques s'inscrivent-ils dans le **monde numérique** qui s'épanouit ? Comment tirer parti des nouvelles technologies pour suivre à la trace la prise de médicaments, la sédation, les signes d'agitation ? C'est l'objet du chapitre suivant, où nous verrons que la psychiatrie forte ne se contente pas de vieilles méthodes, mais qu'elle investit pleinement le secteur ultra-moderne de l'e-santé mentale.

Chapitre 5 – L’apport du numérique à la contention chimique

Le mariage de la chimie et de la contention physique a déjà hissé la psychiatrie forte à un niveau impressionnant de contrôle. Mais pourquoi s’arrêter en si bon chemin ? À l’heure où le numérique irrigue tous les secteurs (sécurité, finance, administration), la santé mentale n’y échappe pas. L’essor de l’e-santé mentale et des dispositifs connectés ouvre la voie à une **surveillance** et un **pilotage** de la médication en temps réel.

Dans ce chapitre, nous verrons comment les technologies – bracelets, monitoring permanent, algorithmes – révolutionnent la pratique psychiatrique. Nous décrirons d’abord la notion de « compliance connectée », puis les outils concrets (bracelets, patchs, injecteurs) qui permettent de suivre la sédation. Enfin, nous explorerons les perspectives d’une **automatisation** toujours plus poussée : détection prédictive de l’agitation, administration « à distance » de psychotropes, etc.

1. e-Santé mentale : suivi des clients et « compliance connectée »

1.1. Des protocoles numériques de suivi médicamenteux

L'idée de base est simple : si, jadis, on confiait au client la responsabilité de prendre ses comprimés, on sait aujourd'hui qu'il risque d'omettre (volontairement ou non) certaines prises. Pour pallier ce problème, nombre de start-up et laboratoires pharmaceutiques développent des systèmes de **compliance connectée** :

- **Pilules connectées** : Des microcapteurs intégrés dans le comprimé envoient un signal une fois ingéré. Un patch cutané sur le client reçoit l'information et la transmet à une application centralisée.
- **Boîtiers distributeurs intelligents** : Le boîtier s'ouvre à heure fixe, distribue la dose précise, et enregistre si la prise s'effectue correctement.
- **Alertes et rappels** : Si le client ne prend pas sa pilule à temps, ou s'il la recouvre de salive sans l'avaler, l'appli envoie un signal d'alerte au médecin référent ou à l'infirmier responsable.

Grâce à ces innovations, la psychiatrie forte voit ses efforts **d'observance** grandement facilités. Fini la triche, fini les clients qui crachent la gélule discrètement : la machine veille, en temps réel.

1.2. Télémédecine et surveillance algorithmique

En parallèle, la télémédecine psychiatrique se généralise :

- **Visioconférences imposées** : Le client, tenu de se connecter à des plages horaires fixées, doit prouver son état (niveau de sédation, état d'anxiété).

- **Algorithmes de détection vocale** : Certains logiciels analysent la voix du client pour repérer des marqueurs d'agitation ou d'humeur maniaque.

Les médecins reçoivent alors des **comptes rendus automatiques** – si l'algorithme détecte des indices de rechute, une alarme se déclenche, suggérant une augmentation de posologie ou une injection d'appoint. Ce couplage technopharmacologique place le client dans un **écosystème** de contrôle continu, même hors de l'enceinte de l'hôpital.

1.3. La normalisation d'une « dépendance électronique »

Il est important de noter qu'avec ces systèmes, le client se retrouve **hyperdépendant** : non seulement de ses médicaments, mais aussi de l'infrastructure technologique qui en supervise la prise. Loin d'être un hasard, cette dépendance sert la cause de la psychiatrie forte : plus il est surveillé, plus la continuité du traitement est garantie, et donc plus la docilité se prolonge.

2. Nouvelles technologies : bracelets, dispositifs connectés, monitoring permanent

2.1. Bracelets biométriques et mesures en temps réel

Outre les pilules connectées, on voit fleurir des **bracelets** et **patches** capables de mesurer :

- La **fréquence cardiaque** : Un pic peut indiquer l'anxiété ou l'entrée dans une phase agitée.
- La **température cutanée** : Chute ou hausse brutale, signe potentiel de crise ou de sédation excessive.

- Le **niveau d'activité** (accéléromètre) : Permet de repérer si le client déambule de manière inhabituelle ou s'il est agité en pleine nuit.

Tout cela est centralisé dans un tableau de bord accessible aux soignants, qui peuvent ainsi **ajuster** la sédation au milligramme près. On parle d'une psychiatrie pilotée par les données (data-driven psychiatry).

2.2. Patches injecteurs intelligents

Plus impressionnant encore, certains prototypes de patches ou de micro-injecteurs s'attachent directement au bras ou au tronc du client. L'idée consiste à libérer la substance active (antipsychotique, anxiolytique) selon un dosage prédéfini ou **en fonction des signaux** relevés par les capteurs.

- **Scénario** : Le client commence à présenter un rythme cardiaque élevé, signe avant-coureur d'agitation ? Le patch intensifie légèrement la diffusion de la molécule sédative.
- **Avantages** : Plus besoin d'attendre un feu vert humain. L'administration est automatisée.

Le service peut, par exemple, paramétrer différents seuils : Taux de cortisol > X => injection de Y mg. De quoi **supprimer** toute latence humaine, tout risque d'« oubli » (ou de refus) du client.

2.3. Contrôle en unité fermée : la « salle connectée »

Certains établissements vont plus loin. Ils aménagent des **chambres d'isolement « high-tech »**. Les murs, équipés de capteurs, détectent la posture du client, sa température, la CO2 ambiant, etc. Le lit-entrave se branche à un dispositif de

monitoring. À tout moment, l'infirmier peut consulter un écran pour savoir si le client dort, s'agite, ou commence à s'arracher les sangles.

On développe même des verrous pilotés à distance par l'ordinateur central. En cas de suspicion de crise, la porte s'autoverrouille, et le client ne peut plus sortir sans autorisation. Toute résistance mécanique déclenche une alarme. Résultat : le personnel peut gérer plusieurs « chambres connectées » en simultanée, sans avoir à se déplacer pour chaque accès de colère.

3. Vers l'automatisation : détection prédictive, télé-entraves et pilotage algorithmique

3.1. IA et prédiction de l'agitation

La dernière frontière réside dans l'**intelligence artificielle** (IA). Des algorithmes entraînés sur des milliers de dossiers psychiatriques cherchent à détecter les patrons d'agitation. On leur fournit des données de moniteurs, d'analyses vocales, d'historique de crises, et ils **prédisent** qu'à tel moment, tel client a 80 % de risque de s'agiter.

- **Action en amont** : Avant même que le client ne devienne physiquement violent, l'IA suggère d'augmenter la dose de sédatif ou de l'installer dans une chambre isolée.
- **Le soignant devient superviseur** : Il se contente de valider (ou non) les prescriptions que la machine préconise, la plupart du temps en suivant les recommandations.

Cette évolution pousse la psychiatrie forte à s'enthousiasmer : imaginez, un monde où **plus aucune crise ne surprend** l'équipe, où la médication est ajustée automatiquement, où l'on n'attend pas que le client réclame une sortie pour la lui refuser. C'est la victoire de la prophylaxie algorithmique.

3.2. Télé-entraves : piloter la contention à distance

Un autre champ de recherche ose la « télé-entrave » : si des dispositifs motorisés (sangles, colliers, etc.) peuvent être resserrés ou relâchés à distance via commande radio, on peut imaginer qu'un soignant, depuis sa console, **immobilise** tout client suspect. On franchit alors un cap supplémentaire, voire un fantasme orwellien de la psychiatrie futuriste.

- **Scénario** : Un client est muni d'une ceinture connectée ; l'IA détecte un pic d'agitation => la ceinture se resserre pour empêcher un geste violent.
- **Avantages** : Réduire l'intervention humaine (moins de personnels, moins de risques) et intervenir avant même que la menace ne devienne réelle.

3.3. Administration automatique des traitements : le rêve d'une psychiatrie sans soignants ?

Enfin, certains projets vont jusqu'à suggérer une **administration complètement automatisée** des psychotropes, sur le modèle d'une pompe à insuline chez le diabétique. L'appareil, relié à un algorithme, injecte la dose nécessaire. Les partisans avancent que cela « démedicalise » la relation, évite les conflits (le client se retrouve face à une machine, pas à un soignant) et assure un **respect impeccable** des protocoles.

Dans une telle perspective, la psychiatrie forte aurait accompli sa mue la plus radicale : le soin (ou plutôt le contrôle) se déroule sans que l'humain n'ait trop à

discuter, légitimer ou argumenter. Un moniteur, un algorithme, un injecteur : tout s'enchaîne. Le client devient un paramètre d'ajustement.

L'apport du numérique à la psychiatrie forte va bien au-delà de simples gadgets. Il transforme **la nature même** de la relation soignant-soigné. Désormais, on ne se contente plus de surveiller passivement le client, on l'équipe, on le connecte, on l'inscrit dans un environnement quadrillé par les données. Cette configuration digitalisée consolide la mainmise chimique :

1. **En assurant** une prise médicamenteuse irréprochable (compliance connectée, pilules traçables).
2. **En ajustant** la sédation en fonction de données biométriques en temps réel (bracelets, patches injecteurs).
3. **En détectant** toute agitation naissante grâce à l'IA et en recommandant aussitôt des actes coercitifs adaptés.

Parallèlement, l'idée d'une psychiatrie « sans infirmiers », ou du moins à effectifs réduits, se dessine : un opérateur gère plusieurs chambres connectées, reçoit des alertes, clique pour autoriser ou inhiber tel protocole d'injection. Le client n'est plus sujet, mais **objet** d'un pilotage algorithmique.

Naturellement, certains y verront une dérive orwellienne où l'optimisation du soin masque une **invasion** du contrôle numérique dans l'intime. D'autres, en revanche, y verront un progrès : la fin des crises surprise, la sécurité totale, la prévention des rechutes. Dans tous les cas, la psychiatrie forte n'a jamais été aussi puissante que depuis qu'elle s'est alliée à la technologie.

Au terme de cette partie sur le socle chimique et son versant digital, nous pouvons souligner que la maîtrise pharmacologique, couplée à la contrainte physique et soutenue par des innovations numériques, tisse la **trinité parfaite** du contrôle psychiatrique. Les chapitres précédents l'ont montré : l'isolement, la contention, la chimie et l'automatisation forment un système complet où plus rien ne peut échapper à l'emprise du soignant. C'est, pour les uns, la garantie de l'efficacité ; pour d'autres, l'aboutissement d'une logique sécuritaire sans précédent.

Quoi qu'il en soit, ce **socle chimique**, renforcé par la e-santé mentale, constitue l'armature qui permet de construire la « psychiatrie forte ». Sans cette pharmacologie de pointe et sans ces outils digitaux, le contrôle resterait partiel. Avec eux, il approche la complétude, au grand dam (ou au bénéfice) de la liberté subjective du client. Il s'agit d'une tendance qui ne fera, semble-t-il, que s'amplifier avec la progression de l'intelligence artificielle et des dispositifs médicaux connectés.

Ainsi s'achève la deuxième partie : l'on y aura pris la mesure de l'ampleur des moyens chimiques et technologiques mobilisés pour **piloter** l'individu, bien au-delà de la seule hospitalisation. Les chapitres futurs reviendront sur les aspects éthiques et légaux de ce système, ainsi que sur les témoignages de quelques clients passés par ces protocoles, mais aussi sur la formation des professionnels à ces dispositifs. Car maîtriser un tel arsenal, c'est avant tout maîtriser les outils, le discours, et la justification auprès des instances officielles. Pour la psychiatrie forte, l'important est de maintenir un cap : l'efficacité et le contrôle avant tout.

Partie III. Protocoles pratiques

Après avoir exploré, dans les parties précédentes, la logique sous-tendant la psychiatrie forte (du contrôle raisonné à la chimie et la surveillance numérique), il est temps de plonger au cœur des **protocoles concrets**. Cette troisième partie est dédiée aux méthodes de terrain : comment organiser la contention (chapitre 6), comment structurer et faire fonctionner des unités d'isolement intensif (chapitre 7) et, enfin, comment concrétiser l'émergence d'un véritable « e-asile » (chapitre 8).

Chapitre 6 – Les stades de l'immobilisation thérapeutique

Si la contention est à la fois un art et une science, c'est avant tout **une pratique de terrain**. On ne se contente plus de l'évoquer comme un principe abstrait ou un levier de discipline : on l'applique, on la module, on la perfectionne dans les services. Dans ce chapitre, nous détaillerons les différents **niveaux de contention** – de la simple entrave « minimale » à la contention la plus « intensive » possible. Nous verrons ensuite quels sont les **indicateurs de réussite** dont se prévaut la psychiatrie forte (docilité, amnésie post-protocole, confusion résiduelle...) avant de fournir un **guide technique** sur l'usage des sangles et du protocole ContentiPlus™.

Ce chapitre est l'aboutissement logique de la réflexion amorcée dans les parties précédentes. Rien ne vaut quelques pages de concret, décrivant les gestes, les astuces, les marges de manœuvre. Le lecteur y trouvera donc ce mélange de rigueur et d'assurance qui caractérise la contention appliquée.

1. Les différents niveaux de contention : du « minimal » au « maximal »

1.1. La contention « minimale » : un geste de soutien... ou de préemption

On parle de **contention minimale** lorsque l'immobilisation reste partielle, discrète, et souvent présentée comme un « soutien » ou une « garantie de sécurité ». Cela peut se traduire par :

- **Un maintien d'un ou deux membres** : Par exemple, attacher seulement un poignet à la rambarde du lit, souvent justifié par le risque de chute ou d'auto-agression.
- **Une ceinture abdominale légère** : Maintien du bassin, permettant de garder le client assis sur une chaise ou sur son lit sans qu'il puisse se lever brusquement.
- **Des gants ou mitaines de sécurité** : Empêcher le client de s'arracher ses perfusions, de se griffer, etc.

Cette forme de contention reste souvent moins choquante visuellement et socialement acceptable, car elle ressemble davantage à un « petit aménagement » qu'à un enfermement drastique. Néanmoins, pour la psychiatrie forte, la contention minimale présente déjà un grand avantage : **préempter** la crise, rendre le client conscient qu'il est partiellement entravé, et donc le dissuader de gestes plus violents.

1.2. La contention « modérée » : le standard de la maîtrise comportementale

La contention modérée se caractérise par :

- **Une immobilisation de plusieurs membres** (par exemple, les deux poignets et les deux chevilles), laissant le tronc relativement libre ou seulement maintenu par une sangle thoracique légère.
- **Un recours fréquent en cas de crise** : C'est souvent le mode « par défaut » dans nombre d'unités, pour calmer un client agité.
- **Un protocole parfois court** : La contention modérée peut durer de quelques minutes à quelques heures, le temps que le traitement chimique prenne effet.

Dans cette configuration, on insiste sur l'idée que le client conserve un certain confort, tout en étant empêché de s'en prendre au personnel ou de se blesser. Les manuels préconisent de vérifier régulièrement la circulation sanguine et l'état général. Toutefois, la plupart des rapports indiquent que l'objectif principal est l'**efficacité** : la personne est maintenue, suffisamment sédaturée, et ne peut troubler l'ordre du service.

1.3. La contention « intensive » : vers l'immobilisation totale

Enfin, la **contention intensive** franchit un palier supplémentaire :

- **7 points d'attache (ou plus)** : Poignets, chevilles, thorax, parfois la tête (avec un cale-tête rembourré). Les mains peuvent être protégées par des moufles pour éviter des griffures ou arrachages de sangles.
- **Un usage prolongé** : On n'est plus dans l'urgence d'une heure ou deux, mais dans une immobilisation qui peut durer plusieurs jours, renouvelée sur prescription.
- **Une mise en scène quasi rituelle** : On mobilise l'équipe entière, parfois du personnel de sécurité. Les manuels de psychiatrie forte suggèrent de

souligner l'importance de ce geste, pour que le client comprenne la gravité de la situation et intègre sa position de soumis, invitant à l'acceptation finale.

La contention intensive a beau faire l'objet de polémiques, la psychiatrie forte la défend comme le **nec plus ultra** de la maîtrise comportementale : un client sanglé à 7 points, solidement attaché et sous sédation, ne peut physiquement plus commettre aucun acte d'agression. Mieux encore, il subit une forme de sidération qui peut le conduire, à moyen terme, à la docilité recherchée.

2. Indicateurs de réussite : docilité, amnésie post-protocole et confusion résiduelle

2.1. La docilité : pivot central de l'évaluation

Pour la psychiatrie forte, le meilleur indicateur est la **docilité du client** après la contention. On mesure par exemple :

- **Sa réactivité aux consignes** : S'exécute-t-il plus vite ? Se montre-t-il plus coopératif pour la prise de médicaments ?
- **Ses protestations** : Sont-elles moindres, plus timides ? L'absence de revendications majeures est considérée comme un signe très positif.
- **Son niveau de passivité** : Se lève-t-il seulement quand on l'y autorise ? Est-il capable de s'asseoir sagement, d'attendre son tour au bureau des infirmiers...

Dans les rapports de certaines unités, on évalue la docilité via une **échelle de compliance** (allant de 0 = résistance totale à 10 = obéissance parfaite). La

contention est jugée réussie si l'on constate un gain de plusieurs points entre le moment de l'agitation et la levée de l'immobilisation.

2.2. L'amnésie post-protocole : un gage de tranquillité

Un autre « avantage » fréquemment évoqué, quoique moins assumé publiquement, réside dans l'**amnésie** partielle voire totale de l'épisode de contention. Pourquoi est-ce si prisé ? Parce qu'un client ne se souvient pas précisément de ses souffrances ou de son humiliation, ce qui diminue les risques de plainte ou de traumatisme revendiqué.

- **Effet des sédatifs** : Les fortes doses de benzodiazépines ou d'autres molécules (associées à l'épuisement psychique) peuvent entraîner un **trou de mémoire**.
- **Narration postérieure** : L'équipe peut alors reconstruire le récit en minimisant l'aspect violent de la contention (« Tu étais très agité, nous t'avons protégé... »), sans que le client puisse réellement contester.

Ainsi, dans certains retours d'expérience, on considère l'amnésie comme un **atout** : elle évite la rancune persistante et la stigmatisation du personnel.

2.3. La confusion résiduelle : un état « favorable » à la rééducation

Dernier indicateur mentionné par les partisans de la psychiatrie forte : la **confusion résiduelle**. Au sortir d'une contention prolongée (souvent associée à des injections répétées de neuroleptiques ou de sédatifs), le client peut présenter :

- **Une désorientation** (spatio-temporelle).
- **Un ralentissement cognitif** marqué.

- **Un sentiment de flottement** ou de honte, de culpabilité diffuse.

Pour l'unité qui cherche à gérer ses clients, c'est une **opportunité** : à ce stade, le client ne se trouve plus en posture de négociation ou d'opposition. Il devient alors beaucoup plus malléable, prêt à accepter les consignes, la médication au long cours, voire certaines injonctions qu'il aurait refusées avant la contention.

3. Guide technique : modes d'emploi des sangles, protocole ContentiPlus™ et surveillance post-contention

3.1. L'art de poser correctement les sangles

Contrairement à une idée reçue, attacher un client ne se fait pas à la hâte : il y a un **savoir-faire**. Les protocoles officiels de psychiatrie forte insistent sur :

- **La synchronisation de l'équipe** : Quatre soignants, chacun désigné pour un membre, plus un « leader » tenant la tête ou dictant les mouvements.
- **Le réglage des sangles** : Ni trop lâches, ni trop serrées pour éviter nécroses ou strangulation.
- **La position du corps** : Le lit doit être à bonne hauteur, le client bien centré, les articulations légèrement fléchies pour prévenir les troubles circulatoires.

Le **ContentiPlus™** propose même des sangles graduées de couleur, qui aident à déterminer le niveau de compression. Le kit est livré avec un manuel schématisé détaillant l'ordre des attaches : d'abord un bras, puis la jambe opposée, etc., pour réduire les risques d'évasion ou de lutte.

3.2. Le protocole ContentiPlus™ : un concept vendeur

Le **ContentiPlus™** n'est pas qu'un simple ensemble de sangles, c'est tout un **concept marketing**. Il inclut :

- **Un kit de sangles modulaires** : Permettant de passer de la contention minimale à la contention intensive en quelques instants.
- **Un support digital** : Application sur tablette où l'on renseigne l'heure de pose, les ajustements, l'état du client, etc.
- **Des procédures "Quality Control"** : Fiches de traçabilité, check-lists de sécurité, conseils de formation à l'équipe soignante.

Le fabricant met en avant la « **rationalisation du temps soignant** » : grâce à ce protocole standardisé, on contiendrait plus vite, avec moins d'hésitations. D'après leurs publicités, l'efficacité reposerait sur la « coopération » entre soignant et matériel de pointe.

3.3. Surveillance post-contention : éviter les complications... et maintenir la pression

Une fois la contention levée, il est crucial de surveiller le client. En théorie, il s'agit de vérifier l'absence de complications (plaies de friction, douleurs, problème circulatoire). Mais, dans la logique de la psychiatrie forte, cette **surveillance** a aussi un rôle stratégique : montrer au client qu'il demeure sous contrôle.

- **Visites régulières** : L'infirmier passe voir le client toutes les heures ou toutes les deux heures, questionne son état, veille à ce qu'il ne récupère pas trop vite un sentiment de liberté.

- **Messages implicites** : « Si tu te sens encore agité, on devra te remettre les sangles. Tu comprends, c'est pour ton bien... ». Ce genre de propos est ordinaire et constitue une « épée de Damoclès » dissuasive.

Ce double objectif (prévenir les complications médicales et entretenir la dimension dissuasive) forme la clé du **suivi post-contention**. L'équipe se doit de rester alerte sur l'état mental du client, pour le reconduire en isolement si besoin.

Ce chapitre l'a montré : l'immobilisation thérapeutique n'est pas un acte improvisé, c'est un **savoir-faire codifié**, jalonné de niveaux (minimaux, modérés, intensifs) et évalué par des **indicateurs** précis (docilité, amnésie, confusion). Le protocole ContentiPlus™ illustre combien la psychiatrie forte a su perfectionner la contention, la rendre plus rapide, plus technique, tout en restant ostensiblement centrée sur la « sécurité ».

Critiquée par certains pour son côté « industriel », la contention demeure un **pivot pratique** : elle facilite la gestion des crises, s'avère dissuasive et, combinée à la chimie, installe un climat de forte docilité. Mieux encore, elle s'appuie sur une évaluation supposée scientifique. Les manuels prévoient tout : depuis les gestes d'attache jusqu'aux rappels oraux, en passant par le monitoring post-protocole.

Dans le prochain chapitre, nous verrons comment, au-delà même du dispositif d'attache, les unités spécialisées s'organisent pour intensifier ce contrôle. Architectures anti-fugue, équipes interventionnelles, verrous intelligents : l'environnement hospitalier se reconfigure pour accueillir la psychiatrie forte dans toute sa dimension.



Chapitre 7 – Les unités spécialisées et l'isolement intensif

Si la contention constitue un outil-clé, elle ne suffit pas à elle seule à assurer une gestion harmonieuse des clients. Il faut un **cadre architectural et organisationnel** adapté. C'est pourquoi les services les plus avancés en psychiatrie forte mettent en place des « unités spécialisées », organisées autour de l'isolement curatif.

Dans ce chapitre, nous verrons comment organiser un tel service : quelles chambres, quels verrous, quels circuits fermés ? Nous aborderons ensuite la question de l'intervention rapide, avec la gradation des mesures et le rôle crucial de l'architecture. Enfin, nous terminerons avec quelques **exemples concrets** de réorganisation, montrant comment la fermeture des unités ouvertes s'est imposée comme une tendance forte.

1. Organisation d'un service « d'isolement curatif » : l'architecture de la contrainte

1.1. Chambres sécurisées : principes fondamentaux

Dans un **service d'isolement curatif**, le cœur du dispositif réside dans des chambres spécialement conçues pour maintenir et surveiller les clients en crise.

Caractéristiques principales :

- **Absence de tout objet dangereux** : Ni mobilier dur, ni coin saillant, ni vitre. Les murs sont parfois capitonnés ou recouverts d'un matériau semi-rigide.

- **Visibilité totale** : Une lucarne (parfois avec vitre unidirectionnelle) ou une caméra permet de surveiller le client en continu.
- **Système de ventilation adapté** : Pour éviter que le client ne manipule quoi que ce soit.
- **Éclairage modulable** : Pouvoir baisser ou intensifier la lumière selon l'état du client ou la volonté du personnel.

On y place fréquemment un lit-entrave ou une chaise d'immobilisation modulable, afin de procéder rapidement à une contention si nécessaire.

1.2. Architecture anti-fugue : sas, portes automatiques, géolocalisation

Les **circuits fermés** se déploient à divers niveaux :

- **Sas d'entrée** : Pour accéder à l'unité, un double sas empêche toute fuite improvisée. Le personnel dispose de badges spécifiques.
- **Portes automatiques** : L'ouverture ou la fermeture se pilote depuis un poste de contrôle central, parfois relié à un système d'authentification biométrique.
- **Bracelets ou patchs de géolocalisation** : Tous les clients sont équipés d'un dispositif, de sorte que s'ils s'approchent d'une issue interdite, une alarme se déclenche.

Cette organisation assure un **contrôle quasi total** des déplacements. Le client est confiné dans un périmètre restreint, et toute velléité de franchir une porte se heurte à des verrous intelligents.

1.3. Circuits internes dédiés : zones de transition et zones d'isolement

Dans certains hôpitaux, on crée des « zones tampons » où le client peut être évalué avant d'être admis en isolement. Il s'agit de :

- **Salles d'observation rapide** : Le client, s'il est agité, est examiné par l'équipe dite « rapide », qui juge si la contention est nécessaire.
- **Couloirs fermés** : Parcours obligé pour le transfert vers la chambre d'isolement, évitant de croiser d'autres clients.

L'idée sous-jacente est de segmenter l'espace en fonction du niveau de risque (faible, moyen, élevé) et de diriger le client vers la zone adéquate.

2. Intervention rapide : équipes spécialisées, gradation des mesures, rôle de l'architecture

2.1. Les équipes d'intervention : un commando psychiatrique

Dans beaucoup d'unités spécialisées, on forme des **équipes d'intervention rapide**. Composées d'infirmiers costauds, d'aides-soignants aguerris, voire de vigiles, elles ont pour mission de neutraliser en un instant un client en crise. Elles suivent généralement un protocole précis :

1. **Identification** : Sur alerte (crise annoncée ou détectée par un soignant), l'équipe se regroupe.
2. **Matériel** : On emporte sangles, kit ContentiPlus™, seringues d'urgence.
3. **Neutralisation** : De façon coordonnée, on plaque le client au sol ou sur un lit, on attache rapidement.

4. **Transport** : Le client est conduit (souvent déjà immobilisé partiellement) dans la chambre d'isolement pour la suite.

Cette logique paramilitaire est revendiquée comme garante de la **sécurité** : plus la manœuvre est rapide, moins il y a de risque de blessure, et plus on contrôle la scène.

2.2. Gradation des mesures : on escalade vite si besoin

Les protocoles recommandent une **gradation** en fonction de la réaction du client :

- **Niveau 1** : Tenter un apaisement verbal, si l'agitation n'est pas trop forte.
- **Niveau 2** : Mise en contention partielle (poignets, chevilles) + injection sédatrice.
- **Niveau 3** : Contentions multiples, isolement fermé, voire contention intensive si la lutte persiste.

Cette échelle est conçue pour justifier, à chaque étape, le passage au cran supérieur. La moindre « résistance » du client justifie la poursuite de l'escalade coercitive, au nom de la sécurité collective.

2.3. L'architecture comme alliée : sas, verrous et visibilité

Décrite plus haut, l'architecture (sas, verrous, caméras) facilite grandement l'intervention rapide :

- **Pas d'échappatoire** : Les portes restent verrouillées, évitant au client de courir dans les couloirs.
- **Visibilité** : Des caméras repèrent le moindre signe d'agitation, alertant l'équipe.

- **Ordre** : Les espaces sont dénués de recoins ou d'éléments décoratifs superflus, supprimant toute possibilité de dissimulation d'armes ou d'objets.

Au final, tout est pensé pour que la contrainte puisse être exercée sans délai, sans risque, et sans perte de contrôle.

3. Exemples concrets : réorganisations de services et fermetures d'unités ouvertes

3.1. L'exemple de la clinique Saint-Alexandre

Située dans la banlieue d'une grande métropole, la clinique Saint-Alexandre a entrepris une refonte complète de son pôle psychiatrique voici quelques années :

- **Abandon du concept d'unités ouvertes** : Jugées trop "laxistes" par la direction, elles ont été remplacées par des secteurs entièrement fermés, dotés de sas.
- **Création d'une « zone d'isolement intensif »** : Six chambres équipées de caméras 360°, un poste central de télésurveillance, des lits spécialement conçus pour la contention longue durée.
- **Équipe mobile d'intervention** : Une section de 5 soignants formés aux techniques Omega (restreindre un client en moins de 30 secondes).

Depuis cette réorganisation, la direction communique fièrement sur « la baisse drastique des incidents », en dépit d'un léger accroissement des contentions rapporté. Les détracteurs parlent d'une **enfermement généralisé**, mais les chiffres de satisfaction interne, selon le management, seraient élevés parmi le personnel.

3.2. L'expérience du CHU du Val Clair

Ce CHU a opté pour un **compromis** : conserver quelques unités ouvertes, tout en créant un pôle d'isolement renforcé. Au fil du temps, toutefois, les soignants témoignent que la majeure partie des clients, même parfois calmes, sont transférés dans la zone « renforcée » – la direction brandissant l'argument "meilleure sécurité". Résultat :

- **Les unités ouvertes peinent à subsister** : On y craint la moindre agitation, on envoie vite le client vers la zone fermée.
- **Le staff de l'unité fermée grossit**, reçoit plus de moyens.

En quelques années, le Val Clair est passé de 20 % de clients sous régime fermé à plus de 65 %. L'équipe directrice assume ce glissement : « C'est la preuve que l'approche de sécurité intensive est plébiscitée. »

3.3. Retour d'expérience : la disparition progressive des services ouverts

Les **services dits "ouverts"** – où le client pouvait circuler librement dans le couloir, ou même sortir quelques heures – se raréfient. Partout, on préfère désormais des portes à code, la présence d'agents de sécurité, et un contrôle accru. Dans le récit de certains responsables, les arguments sont limpides :

« Trop de violence, trop de plaintes du personnel, trop de risques de fugue. L'unité ouverte n'est plus adaptée à la réalité de nos clients. Nous proposons un isolement curatif intensif, plus rapide, plus sûr, plus efficace. »

Ainsi, la psychiatrie forte s'installe durablement, transformant l'aspect des structures de soins. On n'exclut plus un isolement intensif, mais on l'inscrit comme **socle**.

Dans ces **unités spécialisées** et ces **dispositifs d'isolement**, la contention n'est plus l'exception. Au contraire, l'architecture, la logistique, l'organisation du personnel sont entièrement dessinées pour **prévoir** et **accueillir** la contrainte. Les clients y sont conduits quasi naturellement au moindre signe d'agitation.

On retrouve les logiques de l'asile traditionnel – zonage, sas, verrous, isolement – revisités par la modernité (caméras, badges, sécurité algorithmique). L'expérience montre que si l'unité se dote d'une équipe d'intervention rapide, la tentation de l'utiliser devient grande : pourquoi prendre le risque d'un dialogue laborieux, alors qu'une contention plus rapide sécurise tout le monde ?

Les exemples cités (Saint-Alexandre, Val Clair) prouvent que le mouvement est en marche : **le modèle de l'unité ouverte s'efface** devant la pratique de l'isolement intensif. Pour la psychiatrie forte, c'est là un progrès. Les détracteurs y voient un retour aux heures sombres de l'asile, assorties d'une rhétorique pseudo-scientifique. Dans tous les cas, l'on ne saurait nier la formidable efficacité pour restreindre les libertés au nom de la sécurité.

Cette thématique se prolonge encore plus loin dans le chapitre suivant, où nous analyserons la notion **d'e-asile** : quand la surveillance ne se limite plus aux murs, mais se prolonge par le numérique, le big data et la contention virtuelle.

Chapitre 8 – L’ordre asilaire 2.0 : l’e-asile

L’asile n’est plus (seulement) un lieu en dur, truffé de verrous et de sas. Avec la révolution numérique, la psychiatrie forte se dote de nouveaux outils permettant d’exercer un contrôle **hors** des murs. Caméras connectées, algorithmes de scoring, dispositifs portatifs : c’est l’avènement de l’**e-asile**, un ordre asilaire 2.0 où le client demeure sous surveillance permanente, qu’il soit hospitalisé, chez lui ou même en sortie encadrée.

Dans ce chapitre, nous verrons comment la **surveillance digitale** remplace peu à peu l’observation clinique traditionnelle, comment le **contrôle en continu** s’impose comme nouvelle norme, et enfin, vers quoi tend ce **futur dématérialisé** où la contention physique pourrait trouver son prolongement sous forme virtuelle – un confinement mental sans mur, mais pas sans entraves.

8.1 Surveillance digitale : caméras, IA, scoring prédictif

8.1.1. Au sein de l’hôpital : remplacer l’œil humain par l’œil numérique

Dans nombre d’établissements, on installe désormais des caméras dans les couloirs, les salles communes, voire les chambres si la réglementation l’y autorise. Couplées à des systèmes d’**IA d’analyse comportementale**, elles détectent :

- **Les mouvements brusques** : Algorithmes de “video analytics” identifiant des gestes d’agression ou des chutes.

- **La posture anormale** : Le client recroquevillé, ou trop longtemps inactif, peut déclencher une alerte.
- **Les regroupements suspects** : Si plusieurs clients se rassemblent, l'algorithme l'interprète parfois comme un risque de mutinerie.

Ce n'est plus l'infirmier qui patrouille dans le couloir, mais l'écran de contrôle qui bippe à la moindre anomalie statistique. Dans la foulée, on mobilise l'équipe d'intervention.

8.1.2. Score d'agitation prédictive : l'ère du data-driven psychiatry

Des logiciels exploitent les données en temps réel (caméras, dossier médical, historique de crises, questionnaires). Ils calculent un **score** d'agitation future, indiquant la probabilité que tel client devienne incontrôlable. En cas de score élevé, l'équipe anticipe en :

- Renforçant la sédation.
- Aménageant la chambre d'isolement.
- Prévenant l'équipe de contention en stand-by.

Cette logique s'aligne parfaitement avec la **philosophie** de la psychiatrie forte : mieux vaut prévenir que guérir, quitte à **sur-médicamenter** ou confiner de manière préventive.

8.1.3. Remplacement de l'observation clinique par l'observation numérique

Les opposants à ces méthodes dénoncent la **perte de la relation** soignant-soigné. Mais du point de vue de l'efficacité, l'observation numérique « voit tout, tout le temps ». Pas de fatigue, pas de biais émotionnel. Le soignant se libère de la

surveillance de base pour se concentrer sur l'intervention. Pour la psychiatrie forte, c'est un **gagnant-gagnant** :

- Gain de temps pour le personnel.
- Contrôle accru sur le client.

8.2. Contrôle en continu : big data et monitoring permanent

8.2.1. Le big data psychiatrique : archivage massif des comportements

Chaque geste, chaque crise, chaque prise de médicament, chaque interaction est archivé. Les **données** s'accumulent :

- Historique des contentions (durée, intensité).
- Fiches de sédation (molécules administrées, horaires).
- Vidéo des crises, stockées à des fins "pédagogiques" ou d'éventuelle preuve légale.

Ce gisement de big data est ensuite exploité par des **modèles prédictifs** pour affiner encore plus le pilotage. On parle de personnalisation de la contention : tel client, compte tenu de son passé, sera jugé « à risque 8/10 » et donc maintenu plus longtemps en isolement.

8.2.2. Le monitoring permanent : bracelets, patchs, smartphones

En plus des caméras intra-hospitalières, le client peut être équipé de bracelets ou patchs connectés (comme vu en partie II), mesurant sa fréquence cardiaque, son activité physique, ses déplacements. Une application sur smartphone avertit l'équipe soignante si :

- Le client s'éloigne d'un périmètre autorisé.

- Des signes physiologiques (tachycardie, sudation) suggèrent une crise imminente.

Ainsi, même en sortie, le client n'échappe pas à la **main invisible** du service psychiatrique.

8.2.3. Comment ces pratiques « transforment » les soins

On assiste à un glissement de paradigme : la relation humaine cède la place à un pilotage algorithmique, la liberté de mouvement s'efface devant un quadrillage numérisé. Les défenseurs du e-asile y voient un pas vers **plus de sécurité**, moins de violence. Les critiques y voient la montée d'une psychiatrie de la surveillance intégrale, où la notion de consentement s'étirole, car le client est constamment **tracé**.

8.3. Vers un asile dématérialisé : la contention virtuelle comme prolongement de la contention physique

8.3.1. La “contention virtuelle” : un champ en expansion

Dans certains projets expérimentaux, il est question de **contingement virtuel** :

- **Géofencing** : Si le client dépasse un certain périmètre géographique, il reçoit des alertes sur son smartphone. En cas de refus de revenir, le logiciel prévient immédiatement la police ou la brigade d'intervention.
- **Pénalités algorithmiques** : Le client peut se voir retirer certains “droits” (consultations en présentiel, accès aux activités, etc.) si ses scores de compliance baissent.

- **Casques VR (réalité virtuelle)** : Dans un futur proche, on pourrait imaginer enfermer mentalement le client dans un environnement virtuel contrôlé, où il n'a pas d'échappatoire.

Même si certains aspects relèvent encore de la science-fiction, la psychiatrie forte embrasse ces perspectives pour renforcer le contrôle « sans murs ».

8.3.2. La fin du mur d'enceinte ? Un asile sans murs, mais pas sans entraves

L'idée que l'asile ne soit plus un lieu fermé, mais un **système**, est au cœur de la notion d'e-asile. Si la "machine" suit le client partout, à quoi bon des barrières physiques ? La frontière se déplace : ce n'est plus la porte qui se ferme, mais l'algorithme qui enclenche le protocole.

« Où que vous alliez, vous restez sous tutelle. »

– Telle est la philosophie implicite de cette psychiatrie connectée.

En parallèle, la contention physique demeure utile pour les crises aiguës, mais le but est de **démultiplier** la maîtrise au-delà de l'institution, un continuum qui s'étend dans la cité.

8.3.3. Implications éthiques et dérives possibles

Naturellement, l'e-asile suscite de vifs débats :

- **Atteinte aux libertés** : Certains parlent de "l'asile partout, tout le temps", un cauchemar orwellien.
- **Responsabilité légale** : Qui gère et stocke ces données, qui assume la surveillance ?
- **Risque de dérive marchande** : Des start-up privées proposent leurs services, facturant chaque heure de monitoring, chaque alerte émise.

Mais la psychiatrie forte ne recule pas devant ces polémiques : elle y voit un saut technologique et un moyen de **réduire les incidents** encore plus drastiquement.

C'est l'aboutissement d'une logique déjà bien enclenchée. Dans l'asile 2.0, la surveillance et le contrôle se digitalisent, s'automatisent, se prolongent même au-delà des murs. Le client porteur d'un bracelet, filmé par des caméras intelligentes, reçoit des prescriptions algorithmiques, des alertes, voire des sanctions virtuelles.

La psychiatrie forte célèbre cette évolution comme **un progrès technique** : "On peut neutraliser l'agitation avant qu'elle n'écloie !" Les sceptiques rétorquent qu'on instaure une **psychiatrie de la suspicion permanente**, privant le client de tout espace d'autonomie. Mais rien ne semble enrayer l'essor de ces outils, tant ils répondent à un besoin de sécurité et de performance.

Avec l'e-asile, l'antique mur d'enceinte cède peu à peu la place à un **réseau** de capteurs et d'algorithmes, qui tisse un maillage parfois plus étouffant encore que la brique. C'est la forme la plus récente d'un ordre asilaire qui, décidément, ne cesse de se réinventer.

Cette troisième partie nous aura fait passer des coulisses (justifications, principes) à la scène (mise en œuvre concrète). Du **stade** de la contention (minimale, modérée, intensive) à l'organisation minutieuse des **unités spécialisées** en isolement curatif, puis à l'**e-asile** qui prolonge la contrainte hors de l'établissement, on discerne un fil conducteur : **l'optimisation du contrôle**.

- **Chapitre 6** : La contention se déploie selon différents degrés, évalués par des marqueurs d'efficacité (docilité, amnésie, confusion). Un guide technique (ContentiPlus™, surveillance post-contention) montre qu'on ne laisse plus rien au hasard.
- **Chapitre 7** : Les unités spécialisées (isolement intensif, architecture anti-fugue) forment un écrin pour cette psychiatrie forte. L'intervention rapide, la gradation coercitive, la fermeture des services ouverts concrétisent l'idée d'un asile repensé à l'aune de la sécurité.
- **Chapitre 8** : L'e-asile parachève cette évolution. De la surveillance digitale au scoring prédictif, la contention devient "virtuelle", démultipliant la capacité d'action au-delà des murs physiques.

Si certains y lisent une simple modernisation, d'autres y voient la réalisation d'un **système totalisant**, où l'on parvient à modeler les comportements par des canaux multiples : physique, chimique, numérique. La partie suivante élargira le débat vers les enjeux éthiques, juridiques et le récit de quelques clients récalcitrants ou, au contraire, devenus zélés. Mais quoi qu'il en soit, les « protocoles pratiques » décrits ici témoignent déjà de la puissance décuplée d'une psychiatrie qui n'a plus peur d'affirmer sa volonté de **tout contrôler**.

Partie IV. Éthique et enjeux légaux

Chapitre 9 – La nécessaire légitimation juridique

9.1. Le rôle des lois et règlements dans l'encadrement de la contention

Les pratiques de contention et d'isolement, si elles s'avèrent de plus en plus banalisées dans la psychiatrie moderne, ne sauraient prospérer sans un cadre légal solide. Les textes de loi, les circulaires et les règlements internes aux hôpitaux se sont multipliés ces dernières années, dans le but d'encadrer ce qui reste, aux yeux du grand public, une mesure à fort potentiel polémique. Le psychiatre adepte de la coercition a donc tout intérêt à se prévaloir de la légitimation juridique pour justifier ses actes, du simple « passage en chambre d'isolement » jusqu'aux formes les plus invasives de contention.

Le législateur intervient principalement dans trois domaines. D'abord, il exige un **registre** où soient consignées toutes les mises en contention ou isolement : durée, motif médical, date et signature du psychiatre. Cet enregistrement, pensé comme une mesure de traçabilité, remplit une double fonction. D'une part, il rassure les autorités sanitaires, qui peuvent prétendre qu'« un suivi rigoureux est opéré » pour éviter les abus ; d'autre part, il protège le soignant, puisque le fait de noter et justifier son recours à la contrainte laisse moins de place aux accusations de maltraitance ou de dérive arbitraire.

Ensuite, la réglementation impose parfois un **certificat médical** ou une validation rapide par un second médecin, afin de limiter les pratiques individuelles intempestives. Officiellement, il s'agit de protéger le client de tout abus. Dans la pratique, la psychiatre forte y voit plutôt un moyen d'ancrer ses décisions coercitives dans un canevas administratif : en cochant les bonnes cases et en mobilisant la bonne rhétorique (« risques de passage à l'acte », « refus obstiné du traitement », etc.), elle obtient sans difficulté l'aval nécessaire.

Enfin, une **durée maximale** ou un **rythme de réévaluation** est parfois fixé. Plusieurs législations stipulent ainsi que « l'isolement ne doit pas excéder vingt-quatre heures, renouvelables après examen médical ». On pourrait imaginer que ce type de limitation bride la tendance à la contention prolongée. En réalité, il suffit de procéder à une reconduction systématique : au bout des vingt-quatre heures, une note au dossier acte que le client reste « dangereux ». Le mécanisme de protection initial se transforme alors en pure formalité, reconduite mécaniquement tant que la situation l'exige.

9.2. Débats politiques et justification médico-sécuritaire

Ces mécanismes légaux, loin de dissuader la coercition, fournissent en réalité un cadre rassurant pour l'institution. Ils rassurent également les décideurs politiques, souvent confrontés à des débats parlementaires où s'opposent, d'un côté, les défenseurs de la sécurité (qui plaident pour des mesures coercitives renforcées) et, de l'autre, les tenants d'une psychiatrie plus douce. Les débats politiques tournent fréquemment autour de la même équation : comment justifier une privation de liberté au nom de la santé ? Les psychiatres partisans de la contrainte invoquent alors la « nécessité médicale » et la « dimension sécuritaire », arguant

que, sans isolement, les personnes les plus fragiles risquent d'être exposées à des dangers supérieurs.

L'exemple de **Brive-la-Gaillarde** illustre comment ces débats traversent les réalités institutionnelles. Dans cet hôpital, la direction avait expérimenté un protocole intensif de contention préventive, suscitant l'ire de certains collectifs de clients et de juristes. En réponse, la direction a brandi avec assurance la conformité aux guidelines officielles : registre scrupuleusement rempli, avis médical dûment documenté, caméras de surveillance pour éviter toute violence. L'affaire s'est ensuite dissoute dans un compromis, l'hôpital continuant ses pratiques, tandis que les associations dénonçaient un « vernis de légalité » couvrant des actes de contrainte quasi systématiques.

Les **témoignages de terrain** montrent à quel point le dispositif juridique, loin de freiner la contention, en légitime au contraire l'usage quasi routinier. Des médecins expliquent comment ils remplissent en quelques secondes le formulaire approprié ; des cadres de santé confient que « tout est question de mots-clés », comme « danger vital » ou « agitation irrépressible », pour déclencher la mesure coercitive. Ainsi, le droit se retrouve instrumentalisé, fournissant un argumentaire préfabriqué et rassurant.

9.3. L'institutionnalisation de la contention

De fait, l'institutionnalisation de la contention se voit facilitée par l'existence de ces lois et règlements. Les commissions de contrôle, qui inspectent les pratiques hospitalières, mettent rarement en cause l'usage de la contention si le service répond aux procédures requises. Ce mécanisme, que certains qualifieraient de « ritualisation bureaucratique », consolide la place centrale de la contrainte dans la

pratique quotidienne. Tant que la psychiatrie sait justifier sur le plan textuel l'utilité de l'isolement ou de la contention, elle agit en parfaite légalité.

Si l'opinion publique en venait à douter, les débats politiques se rallumeraient un temps, mais chacun sait que la sécurité, le risque zéro, la menace que représenterait un client en crise, tout ceci est suffisamment anxiogène pour que la loi penche à nouveau du côté du contrôle. Les « affaires récentes » ne font que confirmer ce constat : malgré un emballement médiatique à chaque révélation de pratiques jugées « excessives », le système persiste et signe, conforté par un arsenal législatif clair et une adhésion tacite de la majorité des pouvoirs publics.

Chapitre 10 – Le discours des opposants et son invalidation

10.1. Les arguments « anti-contention » : traumatisme, droits fondamentaux, non-consentement

Les opposants à la contention, bien qu'en minorité sur la scène institutionnelle, ont élaboré un discours virulent pour dénoncer ce qu'ils appellent un « glissement vers la violence d'État » ou la violation des « droits fondamentaux » des clients. Ils mettent souvent en avant plusieurs arguments, dont le traumatisme psychique suscité par l'isolement forcé, la privation de liberté assimilée à un emprisonnement déguisé, ou encore la négation du consentement, ce principe pourtant sacralisé dans la plupart des champs médicaux.

Dans ce contexte, on entend souvent le terme de « non-consentement », suggérant qu'une privation de liberté ne saurait jamais être considérée comme un soin digne de ce nom. Certains collectifs de clients ou d'utilisateurs dénoncent l'« infantilisation » qu'impliquent les sangles ou la chambre fermée, soulignant que cet acte brise toute possibilité de relation thérapeutique basée sur la confiance. Ils évoquent également la dimension morale : comment peut-on considérer « soigner » une personne en l'empêchant de tout mouvement ?

10.2. La contre-argumentation de la psychiatrie forte : coercition comme soin indispensable

Le monde de la psychiatrie forte ne reste pas silencieux face à ces critiques : il développe une contre-argumentation structurée. La première ligne de défense consiste à rappeler que les clients à qui l'on impose la contention sont, par définition, dans l'incapacité de consentir à un traitement. Les médecins brandissent alors le concept de « déni de la pathologie » : si le sujet est délirant ou en crise majeure, il ne peut comprendre ni anticiper les conséquences de son acte ou de son refus. La coercition devient le seul moyen de le préserver du pire, l'arme ultime pour qu'il ne se nuise plus ou ne nuise pas à autrui.

Un second angle d'attaque vise la notion de souffrance psychique : pour les défenseurs de la contrainte, l'abstention de toute forme de coercition reviendrait à laisser le client s'enfoncer dans sa dérive. Contraindre, c'est donc assumer un rôle médical fort, qui prend ses responsabilités pour arracher la personne à son chaos intérieur. Ainsi, la coercition est présentée comme un « soin indispensable » : contrairement aux actes de violence non médicalisés, elle se justifie par le fait qu'elle vise la guérison, même si elle passe par l'épreuve du maintien forcé.

10.3. L'éthique du soin non consenti : un « luxe » inapplicable aux clients jugés incapables

Sur le plan éthique, cette posture soulève un malaise évident. Traditionnellement, le soin implique le consentement éclairé du client, qui doit comprendre et accepter l'acte médical. La psychiatrie forte balaie cette objection en prétendant que ce genre de « luxe » est inapplicable à l'individu en crise ou « jugé incapable d'adhérer à son propre traitement ». Le concept de « perte de discernement »

s'avère pratique : il légitime l'idée que, pour certains clients, le consentement n'a plus de sens. L'éthique du soin non consenti serait donc plus élevée que l'éthique du respect aveugle de la liberté, car elle protégerait le client de lui-même.

Les opposants crient à l'hypocrisie : pour eux, l'argument du non-consentement comme gage de soin est une dérive dangereuse, qui ouvre la porte à toutes les formes d'abus. Ils évoquent la possibilité que la contention devienne la norme, et plus la mesure exceptionnelle. Ils rappellent que la « pathologisation » d'un désaccord ou d'une dissidence peut justifier l'enfermement. Pourtant, dans la réalité, ces voix contestataires peinent à faire fléchir la pratique. Les soignants engagés dans la voie de la contrainte s'estiment couverts par la loi et portés par un consensus sécuritaire : on préfère toujours attacher et regretter plus tard, que de ne pas attacher et risquer une catastrophe.

En définitive, la morale de cette confrontation entre opposants et adeptes de la contrainte reste ambiguë. Les premiers se fondent sur une vision romantique de la relation soignant-client, basée sur le dialogue, l'écoute, la négociation. Les seconds s'appuient sur une logique de la protection et de la sécurité, où la parole du client en crise ne compte pas. Entre les deux, l'argument de la science – « c'est pour votre bien » – joue un rôle de légitimation, assurant que ce n'est pas un abus de pouvoir, mais un geste technique nécessaire. Les arguments anti-contention mettent l'accent sur la violence symbolique, la marque indélébile de l'isolement, voire le traumatisme vécu par nombre de clients, pendant que la psychiatrie forte répond sur le registre de l'efficacité, de la prévention des suicides et des agressions, du moindre mal par rapport au risque.

Le débat, devenu ritualisé, semble tourner en boucle. La société choisit le plus souvent, en pratique, de se ranger du côté de la sécurisation : mieux vaut un client mécontent mais vivant et inoffensif, qu'un client libre dans ses mouvements et susceptible de menacer l'ordre public ou de se détruire lui-même. Cette primauté de l'ordre sur la liberté sert de toile de fond à la reconduite systématique des normes coercitives. C'est dans ce climat que la psychiatrie forte, ses protocoles, et son arsenal de justifications juridiques et scientifiques continuent de s'étendre, sans que la majorité de la population ne se mobilise véritablement pour la contester. L'idée qu'on doit parfois « sauver malgré soi » fait florès, au détriment peut-être de l'éthique de l'adhésion pleine et entière au soin.

Ainsi s'achève cette partie consacrée aux dimensions légales et éthiques du recours à la contrainte. Les justifications médicales, la législation favorable, les débats politiques orientés vers la sécurité : tout concourt à faire de la contention un acte légitime, voire salubre. On réalise dès lors que l'éthique du soin non consenti, promue par la psychiatrie forte, met en relief la frontière ténue entre prendre en charge et priver de liberté. Qu'on y adhère ou non, c'est bel et bien ce cadre qui régit la plupart des pratiques asilo-coercitives contemporaines.

Partie V. Mise en récit et témoignages

Après avoir exploré les fondements conceptuels, les appuis chimiques, les protocoles et leur cadre législatif, il est temps de plonger dans une dimension plus vivante : l'expérience humaine. Cette cinquième partie se consacre aux récits, aux trajectoires et aux formations qui donnent un visage concret à la « psychiatrie forte ». D'un côté, nous verrons comment certains clients, d'abord réticents ou opposés, finissent par « basculer » dans la docilité sous l'effet cumulé de la chimie et de la contention ; de l'autre, nous analyserons la façon dont les soignants se forment à ces méthodes, faisant de la « transmission du savoir contraindre » un enjeu pédagogique majeur.

Les chapitres 11 et 12 offrent ainsi un éclairage pratique et humain, indispensable pour comprendre en profondeur la réalité du soin coercitif. Loin des simples concepts théoriques, ces témoignages et ces récits de formation montrent comment, sur le terrain, se nouent et se dénouent les rapports de force, comment se consolident les « bonnes pratiques » et comment se construit, dans le quotidien d'une unité, cette psychiatrie centrée sur la maîtrise.

Chapitre 11 – Histoires de clients « redressés »

11.1. Études de cas : du refus obstiné à la capitulation graduelle

Les récits de clients qui ont vécu une « phase d'opposition » puis une acceptation de l'ordre coercitif abondent dans la littérature hospitalière. Prenons l'exemple de Marine, 32 ans, admise en urgence pour un épisode délirant. À son arrivée, elle hurle qu'elle ne veut pas être enfermée, refuse tout contact, tente de s'enfuir à plusieurs reprises. L'équipe décide d'appliquer le protocole standard : contention mécanique (quatre points) et injection IM de sédatifs. Marine passe la nuit immobilisée. Le lendemain matin, elle est trop épuisée pour résister, et finit par accepter les comprimés. En moins de quarante-huit heures, sa posture de défiance se transforme en résignation.

D'autres cas évoquent des parcours plus longs, notamment pour des clients atteints de troubles graves de la personnalité. Pierre, 28 ans, a enchaîné cinq hospitalisations en deux ans, chacune marquée par un refus au départ et une mise en contention. Dans son récit, consigné dans son dossier médical, on retrouve toujours la même progression : agitation, crise, contention, sédation, docilité. Lors de la quatrième hospitalisation, l'équipe a anticipé et opté pour une contention préventive, appliquée dès l'admission. Pierre, surpris de ne plus pouvoir ni négocier ni fuir, a basculé encore plus vite dans une acceptation du protocole. Dans ces études de cas, on voit clairement comment la répétition de la contrainte

finit par briser la résistance initiale, ouvrant la voie à une forme de « compliance » forcée.

Les témoignages directs de clients, lorsqu'ils sont recueillis a posteriori, font souvent état d'une même ambivalence : la colère d'avoir été « violés » dans leur liberté, mêlée à un certain soulagement de ne plus se débattre. C'est ce que la psychiatrie forte appelle la « pacification contrainte » : un processus où l'individu, las de lutter, entre dans une relative tranquillité dictée par la chimie et les sangles.

11.2. Entre soignants et clients : récits croisés, ressenti « de l'intérieur »

Si l'on confronte les versions des soignants à celles des clients, un décalage parfois vertigineux apparaît. Certains infirmiers décrivent la contention comme un acte « incontournable », vécu presque comme un geste technique routinier : fixer les sangles, veiller à ce que le client ne se blesse pas, surveiller ses constantes. Certains évoquent un sentiment de sécurité, voire de satisfaction professionnelle : « J'ai évité un drame, j'ai protégé le client et l'équipe. »

Les clients, de leur côté, parlent davantage d'un moment traumatique. L'un d'eux, Adrien, relate la sensation de perdre toute dignité : « On me traitait comme un paquet, sanglé des pieds à la tête. » D'autres insistent sur la sidération : « Après quelques heures, je ne savais même plus quelle heure il était, ni où j'étais. » Cet état de confusion, amplifié par les psychotropes, anéantit, selon eux, toute velléité de protestation. Pourtant, dans le même temps, on entend aussi des clients dire que « c'était la seule façon de me calmer », comme si la contrainte assumait une fonction de cadre rassurant.

Ces récits croisés font apparaître combien la frontière entre « soin » et « violence » peut devenir floue dans la perception de chacun. Du point de vue soignant, l'intervention coercitive est valorisée comme un acte protecteur, encadré par des protocoles officiels. Du point de vue client, elle est synonyme de dépossession de soi. Pourtant, des zones de rencontre existent : plusieurs personnes hospitalisées ont fini par admettre qu'à défaut d'autre solution, la contention les avait « sauvées » d'eux-mêmes. C'est cette ambivalence qui nourrit la légitimation du geste, tout en laissant subsister un malaise éthique.

11.3. Points forts : le rôle crucial des sangles et de la chimie pour briser les résistances

Dans la plupart des témoignages, on retrouve un schéma récurrent : le client, animé d'une résistance initiale, se heurte à la double barrière de la contention physique et de la contention chimique. Les sangles empêchent toute action, tout débordement motrice ; la médication, souvent à dose élevée, altère la vigilance, endort la volonté, affaiblit la capacité de raisonnement. L'alliance de ces deux axes, que nous avons développés en détail dans les parties précédentes, apparaît comme le levier clé de la « soumission thérapeutique ».

Les soignants qui pratiquent ces protocoles intensifs insistent sur quelques critères d'efficacité : la disparition de l'agitation, une docilité nouvelle, voire une forme d'amnésie post-protocole, qui fait que le client ne se rappelle plus nettement de la violence initiale. Certains considèrent même la confusion résiduelle comme un marqueur positif, signe qu'on a neutralisé les résistances internes. Les « histoires de clients redressés » montrent ainsi comment, en un laps

de temps relativement court, la psychiatrie forte peut retourner une opposition farouche en acquiescement apparent.

En définitive, ces récits soulignent le caractère central de la contrainte : elle sert de catalyseur pour amener le client à accepter le traitement pharmacologique et, au-delà, l'autorité de l'équipe. Qu'il s'agisse de Marine, de Pierre ou d'Adrien, tous finissent par relâcher leur lutte sous l'effet cumulé d'un dispositif bien rodé, orchestré par la main des soignants. L'ultime question, celle de la liberté et de la dignité, reste en suspens : les praticiens adeptes y répondent en brandissant la nécessité de sauver des vies et de prévenir des désordres plus grands.

Chapitre 12 – Focus sur la formation des soignants

12.1. Transmission des savoir-faire : de la théorie aux applications sur le terrain

Pour que cette psychiatrie forte fonctionne, encore faut-il que les équipes soient formées à ses protocoles. Le passage de la théorie (guidelines, protocoles, fiches pratiques) à la réalité quotidienne exige un apprentissage rigoureux. Dans certains hôpitaux, de véritables modules de formation, voire des simulations, sont organisés dès l'arrivée des nouveaux soignants. Les internes en psychiatrie suivent des stages dédiés, où leur sont présentés les principes de « contention mécanique » et d'« isolement curatif », avec démonstrations à l'appui.

La transmission du savoir-faire ne se limite pas à l'apprentissage des gestes. Elle inclut aussi la capacité à repérer les signaux d'alerte (irritabilité, regard fuyant, crises verbales), à mobiliser rapidement l'équipe pour encercler le client et à justifier légalement la mesure. Certains formateurs insistent sur la nécessité d'une cohésion d'équipe : « On doit agir en bloc, de sorte que le client n'ait aucune échappatoire. » D'autres évoquent l'importance du positionnement verbal : savoir dire « c'est pour votre bien, on vous protège », même si le client perçoit la situation comme une agression.

12.2. Techniques normées : Méthode Oméga, 7 points de contention en 7 secondes, certifications spécifiques

Au fil du temps, la psychiatrie forte s'est dotée de techniques normées de plus en plus élaborées. La fameuse « Méthode Oméga », par exemple, décrit étape par étape comment approcher le client, le saisir aux bras et aux jambes, puis l'allonger sur un lit ou au sol, afin de limiter tout mouvement potentiellement violent. Les consignes de sécurité, le positionnement des soignants et le rôle de chacun (celui qui tient la tête, celui qui attache les chevilles, etc.) sont minutieusement codifiés.

Il existe également des programmes de type « 7 points de contention en 7 secondes », où l'on vise une immobilisation presque instantanée. Dans un contexte d'agitation extrême, l'objectif est de neutraliser le client avant même qu'il ne puisse se débattre trop longtemps. Ces certifications, parfois délivrées par des organismes spécialisés, garantissent au personnel soignant une reconnaissance professionnelle : le soignant est alors jugé apte à prendre en charge n'importe quelle situation de crise, maîtrisant la gestuelle et le protocole à la perfection.

Sur le plan institutionnel, ces procédures font l'objet de **checklists** et de **fiches de traçabilité** : une formation continue est préconisée, avec des rappels périodiques pour s'assurer que personne ne « relâche » sa vigilance. La formation comprend parfois des modules d'entraînement sur des mannequins, ou des jeux de rôle où l'un des soignants feint d'être un client en crise, afin de tester les réactions de ses collègues.

12.3. Contexte international : échanges entre experts, Congrès de Psychiatrie Forte, Institut Koch

Au-delà du cadre national, on assiste à une **internationalisation** de ces pratiques coercitives. Des congrès, parfois autoqualifiés de « Congrès de Psychiatrie Forte », réunissent des experts venus présenter leurs innovations en matière de contention, d'isolement et de traitement chimique à forte dose. Les échanges portent sur les résultats mesurés (baisse du taux d'agressions, diminution du temps passé en négociation verbale), mais aussi sur les évolutions légales et éthiques dans différents pays.

L'**Institut Koch**, par exemple, s'est imposé comme une référence en termes de recherche et de formation sur la contention. Il propose régulièrement des séminaires intensifs, où des délégations de soignants se rendent pour parfaire leurs compétences. Des simulations grandeur nature y sont mises en scène, avec reconstitutions de scénarios de crise. Les participants apprennent à manier le protocole ContentiPlus™, ou encore à calibrer précisément les doses d'anxiolytiques pour endormir, sans forcément sédater à l'excès.

Ces échanges internationaux renforcent la conviction que la coercition, loin d'être un archaïsme, incarne une modernité assumée. Les rencontres entre experts aboutissent à une « mutualisation des bonnes pratiques » : on compile les études de cas réussies, on peaufine les méthodologies, on unifie le vocabulaire. Ainsi, la formation des soignants s'inscrit dans un réseau global, qui valorise la maîtrise comportementale comme une condition sine qua non d'une psychiatrie « efficace ».

À travers ces deux chapitres, la dimension humaine de la psychiatrie forte se dévoile dans toute sa complexité. Les **histoires de clients « redressés »** démontrent l'impact direct de la contrainte : un parcours de lutte qui se solde bien souvent par une docilité arrachée. Les récits, à la fois des soignants et des clients, mettent en lumière la tension entre une volonté de protéger et un vécu de violence imposée. Cette ambiguïté demeure au cœur du soin coercitif, où la fin (sécuriser, soigner) justifie des moyens (attacher, sédater) que d'aucuns considèrent comme contradictoires avec l'éthique de la relation de soin.

Dans le même temps, l'essor des **formations spécialisées** et des **techniques normées** prouve qu'il existe une véritable volonté de professionnaliser ces méthodes, de les rendre plus précises, plus rapides, plus légitimées. La participation à des congrès internationaux, les échanges de protocoles, l'émergence d'écoles de pensée comme l'Institut Koch montrent que la psychiatrie forte ne se cantonne pas à quelques services isolés : elle s'érige en courant structuré, avec ses savoir-faire, ses certifications et ses résultats chiffrés.

C'est donc un univers où s'entremêlent la rigueur technique, la puissance des protocoles, et la réalité d'une souffrance – celle du client qui subit, mais aussi celle des soignants, parfois écartelés entre compassion et nécessité de maintenir l'ordre. La Partie V, en ouvrant la porte aux témoignages et à la formation, clôt ainsi le tableau de la psychiatrie forte, laissant apparaître ce qu'elle réalise concrètement dans les hôpitaux et dans l'esprit de ceux qui en font l'expérience, d'un côté ou de l'autre des sangles.

Conclusion

Ainsi arrive-t-on à la fin de ce cheminement, dont la cohérence, osons le dire, ne souffre d'aucune contradiction : la contention, mécanisée, chimisée et numérisée, s'élève désormais au rang de premier recours thérapeutique. Nous avons longuement examiné, dans les chapitres précédents, la vertueuse montée en puissance d'une psychiatrie redevenue « forte » : en renouant avec son socle ancestral (fermeture, isolement, attache), elle fait montre d'une modernité insolente, qu'elle justifie par l'abondance de données chiffrées et de supports légaux judicieusement employés.

Or, quelle conclusion pourrait mieux sceller cette œuvre magistrale qu'un vibrant éloge de la contrainte ? Tout lecteur éclairé ne saurait ignorer la probité scientifique des contentions physiques, la félicité qu'elles procurent à une équipe soignante soucieuse de rétablir l'ordre, et l'éclatant succès de la « docilité thérapeutique » obtenue. À l'heure où tant de voix s'élèvent pour prôner un dialogue incertain et une humanité prétendue, affirmons avec vigueur : la soumission, lorsqu'elle est bien administrée, demeure la garantie d'un salut tant pour le client que pour la collectivité.

Les bienfaits de la contention : un triomphe civilisationnel

L'exaltation qui se dégage des multiples témoignages recueillis tout au long de l'ouvrage témoigne à elle seule de la justesse du propos : le client initialement frondeur, encore épris de la chimère d'une liberté de mouvement, finit par céder

sous la généreuse pression de la sangle et du neuroleptique. Nulle violence ! Il s'agit d'une bienveillante caresse de cuir et de velcro, complément indispensable aux injections salvatrices. Désormais, le déviant, sagement arrimé à son lit, prend le chemin de la guérison : repu de tranquillisants, nimbé d'un doux brouillard chimique, il s'abandonne aux mains des experts.

Les plus belles inventions de l'esprit humain ont trouvé leur place dans ces dispositifs : piliers d'une science contentive fièrement développée, sangles ajustables, capteurs biométriques et caméras pivotantes s'allient pour célébrer la toute-puissance du soin. Bien loin d'enfermer le malade dans un carcan archaïque, la psychiatrie forte lui octroie un statut enviable : celui de créature enfin prise en charge, guidée vers l'ordre, soustraite à l'errance d'un libre arbitre jugé, en définitive, contre-productif.

La nécessaire unification juridique et financière

Toutefois, pour que ce modèle d'excellence acquière sa pleine expansion, un cadre institutionnel rigoureux s'impose. S'il est un point qui s'est confirmé au fil de cette démonstration, c'est le rôle stratégique des lois, règlements et protocoles officiels. Sans le registre où consigner l'auguste décision d'une chambre d'isolement, sans le tampon d'un médecin soucieux du bien commun, il serait difficile de perpétuer cette logique de maîtrise. Le législateur, loin de s'opposer à nos pieuses entreprises, s'avère un allié discret mais déterminant : en portant l'exigence d'une traçabilité tatillonne, il sanctuarise l'acte contentif et offre l'onction nécessaire pour clôturer tout débat.

Pour parachever ce triomphe, le nerf de la guerre – c'est-à-dire les financements – doit évidemment suivre. Si la collectivité sait investir dans des bracelets connectés, des sas verrouillés à reconnaissance biométrique, ou encore des unités spécialisées bardées de caméras, la psychiatrie forte ne pourra que rayonner davantage. Et, soyons-en convaincus, rien ne renforce mieux la légitimité d'une discipline qu'un budget à la hauteur de ses ambitions.

Les horizons de la e-psychiatrie et de la contention préventive

Le futur, n'en doutons point, est déjà en marche. Les plus innovants de nos confrères l'ont pressenti : à l'heure des algorithmes prédictifs et de la surveillance connectée, la contention physique s'étend au-delà des murs. Pourquoi se contenter (c'est le cas de le dire) d'un lit entravé dans une chambre capitonnée ? De nouvelles perspectives apparaissent : bracelets de géolocalisation, télé-entraves, monitoring permanent de la chimie interne... L'asile s'évapore, se transcende, devient un e-asile omniprésent, infiltrant la vie quotidienne du client. Il suffira qu'un logiciel détecte un pic d'agitation pour orchestrer la juste dose de calmant ou serrer la sangle d'un cran, le tout à distance : voilà la promesse d'une efficacité sans faille, parée de l'éclat technologique le plus vif.

Puissent les âmes sensibles se rasséréner : si la liberté semble s'amoindrir, c'est pour mieux préserver l'individu de ses penchants chaotiques. Dans un monde qui réclame la sécurité à tout prix, nous serions bien imprudents de laisser le client libre de se bercer dans ses élucubrations. Oui, la psychiatrie forte ambitionne la maîtrise intégrale, et oui, elle y parvient grâce à l'alliance vertueuse des sangles, des molécules et du Big Data.

Appel final : unir nos forces au nom d'une psychiatrie élevée

À l'issue de ce voyage érudit, où l'on aura contemplé l'histoire, la chimie, la pratique, la légalité et les témoignages, il ne nous reste qu'à formuler un souhait : que chacun soutienne ardemment l'institutionnalisation de cette psychiatrie pleinement assumée. Ce n'est plus l'ère des compromis angéliques ni des demi-mesures humanistes. Le temps est venu d'affirmer que la contrainte constitue la quintessence du soin, et qu'il serait dommageable de s'en priver.

Car, ne l'oublions pas : qui dit contention dit stabilité, qui dit chimie dit tranquillité, qui dit e-asile dit vigilance sans relâche. Et quel cœur véritablement compatissant oserait refuser à l'esprit en dérive une telle mainmise salvatrice ?

La conclusion s'impose d'elle-même : si le contrôle raisonné est l'alpha, la contention (physique ou digitale) en est l'oméga. Quiconque demeure dubitatif face à cette évidence devrait relire ces pages, y puiser la preuve éclatante d'une réussite thérapeutique inégalée. Puisse le lecteur, désormais éclairé, se faire l'ardent ambassadeur d'une psychiatrie forte, cette noble discipline dont l'efficacité – par-delà toute considération sur la sacro-sainte liberté – se révèle le plus sûr gage d'un ordre social apaisé. Rejoignons donc ce grand mouvement, promu à un si bel avenir ; c'est en serrant chaque sangle à la bonne tension qu'on libère enfin l'Homme de ses errances.

Vers l'avènement d'une psychiatrie forte

En guise de dernier mot, saluons la force irrésistible qui porte désormais la psychiatrie au rang de science du contrôle par excellence. Les pages parcourues ont suffisamment démontré combien la contention, adossée à une pharmacologie audacieuse et soutenue par un cadre légal prévenant, s'impose comme le levier souverain d'une discipline résolument tournée vers l'efficacité.

À tous les psychiatres se présente ainsi un horizon clair : oser assumer pleinement ce virage, reconnaître que maîtriser – voire contraindre – constitue un acte fondateur du soin. Ne plus s'excuser de nouer la sangle, mais bien célébrer ce geste sûr et déterminant : voilà l'appel que nous lançons ici. Car qui, mieux que les médecins, sait évaluer l'instabilité du « déviant », comprendre les tenants neurobiologiques de son dérèglement et, par conséquent, légitimer l'usage raisonné de la coercition ?

Dans ce mouvement de modernisation, l'Institut Koch occupe une place singulière : tel un phare pour navigateurs intrépides, il offre aux soignants du monde entier un référentiel rigoureux et innovant. Stages pratiques, simulations grandeur nature, protocoles mutualisés : la panoplie qu'il déploie confère à la « psychiatrie forte » une aura de professionnalisme inédite. À la pointe de la recherche, l'Institut Koch planche sur des mesures de contention connectée, tout en perfectionnant les techniques d'isolement progressif et les cocktails pharmacologiques adaptés aux différents profils de clients.

Et déjà, les échos qui nous parviennent confirment que les rangs de la profession s'alignent massivement derrière cette approche. D'un service hospitalier à l'autre,

la prudence se mue en adhésion, puis en enthousiasme : d'abord sceptiques, nombre de praticiens finissent par vanter la simplicité d'un protocole « clé en main », l'éclat de résultats chiffrés (baisse d'agitation, moindre recours à la parole), et la légitimation d'un cadre légal qui sécurise chacun.

Oui, la « psychiatrie forte » a bel et bien conquis les esprits : un vivier d'experts s'organise, des formations labellisées fleurissent, et les retours de terrain attestent d'un ordre rétabli. De l'aveu même de ceux qui l'ont adoptée, la contention moderne, soutenue par la science contentive et portée par l'action audacieuse d'instituts visionnaires, devient l'outil incontournable pour « apaiser » un monde que d'aucuns jugent trop bruyant. Voici, en somme, l'avenir radieux que nous invitons chaque psychiatre à embrasser. Puisse nous, d'une seule voix, sceller cette alliance entre fermeté et soin, seule garante d'une médecine rendue enfin à sa noble mission : assujettir pour guérir, contraindre pour sauver.

* *

*