

LES VIOLENCES...LE SOIN

« Par suite de cette hostilité primaire
qui dresse des hommes les uns contre les autres,
la société civilisée est constamment menacée de ruine ».

Freud¹[1]

« l'homme est un loup pour l'homme ».

Hobbes

Comment rester soignant dans cette aventure là

Le mot violence est devenu un de ces mots médiatiquement exposés, qui, du fait de cette médiatisation à outrance en a perdu son sens.

En psychiatrie, nous le savons, la vie est violence. C'est un concept qui nous renvoie à la force des pulsions, aux affects, aux désirs, à tout ce qui peut constituer une force de débordement, ce qui est de l'ordre de l'excès, du passionnel.

Freud dans la deuxième topique, voit l'affrontement entre deux pulsions fondamentales, la pulsion de vie et la pulsion de mort. Toute conduite humaine fait face à cette oscillation perpétuelle.

Jean Bergeret considère la violence comme un instinct de vie, un instinct narcissique naturel et inné. Il parle de la violence fondamentale. Une pulsion vitale présente chez tout individu et soutenant le mouvement du développement. C'est²[2] une tension vers la

1[1] FREUD *Malaise dans la Civilisation* tr. fr. Ch. & J. Odier, P.U.F. éd., pp. 65-66

2[2] *Anaïs*

satisfaction des besoins et des désirs. Bergeret considère la violence comme « le narcissisme à l'état pur ».

La violence, est présente tout au long de la vie, c'est ce qu'on pourrait appeler l'instinct de survie. Elle ne vise pas au plaisir mais à la défense de soi.

Pour les psychanalystes, la violence est posée d'emblée comme un principe rivé à la vie. Piera Aulagnier a développé le concept de violence primaire, violence de la relation mère/enfant. La violence est une composante essentielle de cette relation et ne pourrait en être dissociée.

La violence est réellement aux sources de la vie psychique. Elle peut être ordinaire ou pathologique et peut devenir destructrice et traumatique.

Le développement de tout individu et l'organisation du moi est lié aux angoisses primaires d'annihilation. Dans les premiers mois de la vie de l'enfant il y a quelque chose qui agit avec force et que l'on peut nommer violence potentielle de l'enfant. Au départ, l'enfant va tenter de trouver l'objet qui va apaiser cette tension.

Celui-ci survivra à ses angoisses si l'environnement est de qualité. Ainsi, Winnicott souligne que « *la qualité du développement moïque dépend essentiellement de la qualité adaptative des réponses de l'environnement aux besoins de l'enfant* ».

Dans le cas de carences relationnelles précoces, l'enfant va chercher dans la violence destructrice des sensations physiques douloureuses qui lui permettront d'arriver à exister.

L'hypothèse pour P. Jeammet serait que la violence chez l'enfant est une réponse à ce qui peut être considéré comme une atteinte de l'estime de soi (ou narcissisme) et une défense contre ce qui est perçu comme une menace sur l'identité. (C'est eux ou moi !)

L'enfant, et plus encore l'adolescent, sont confrontés au risque de cette violence dans leur développement. Il passerait alors à l'acte pour rétablir les limites entre soi et l'autre. Ces limites se rapportent au sentiment d'identité. L'autre devenant menaçant, le passage à l'acte vient à protéger le sujet.

François Marty dans son livre *l'illégitime violence*, considère la violence agie ou manifeste comme la manifestation d'une autre violence : celle du processus pubertaire. Il met ainsi en évidence l'aspect traumatique de l'irruption effractante de la sexualité génitale, en lien avec la sexualisation du corps à l'adolescence.

Idéalement, la violence fondamentale s'intègre secondairement à la problématique libidinale. Une bonne intégration au sein du courant génital ouvre l'accès aux investissements d'objets extérieurs, aux capacités créatrices. L'échec de la structuration Oedipienne conduit au

contraire au maintien dans l'arbitraire du désir de l'autre. C'est ce qui, dans la théorie psychanalytique, distingue en partie la structure psychotique de la structure névrotique³[3].

Les violences, ou exactions violentes, nous dit Bergeret résulteraient de la non-intégration de la violence fondamentale. Il précise que "cette intégration n'est jamais complète, parfaite et définitive. [...] on peut voir la violence primitive réapparaître, à l'échelon individuel ou collectif, à l'occasion de conflits économiques ou sociaux, de guerres, de révolutions, où la problématique fondamentale se trouve clairement ravivée : eux ou moi?" ⁴[4]

Les actes de violence, dans cette acception, témoigneraient d'une résurgence de peurs archaïques, et constitueraient une défense en réponse à une menace de destruction de son être.

Comment ne pas être soignant quand on sait tout cela ?

Pour continuer notre propos, nous allons voyager du côté de la violence et de la loi.

Pour le sociologue Michel Maffesoli : la violence est tantôt assumée institutionnellement dans le droit de mort que s'arrogent les États (guerres, exécutions capitales), tantôt ritualisée et canalisée dans la vie sociale à travers les arbitrages sociaux (syndicaux, politiques), les extases sportives ou les débordements juvéniles en tous genres.

La violence serait consubstantielle à la dynamique de toute société qui, dès lors, se doit de la gérer.

Les violences constituent en France soit un délit, soit l'élément constitutif d'un délit, ou d'une circonstance aggravante, ou encore un fait générateur d'excuses. Dans des conditions strictement définies, la loi autorise certaines violences (sport, chirurgie, maintien de l'ordre). L'approche juridique de la violence, bien que plus précise, se réfère également à la norme, celle de "l'intégrité de la personne" et n'est donc pas une valeur absolue. Elle considère non seulement les actes d'agression portant effectivement atteinte à l'intégrité corporelle (sans nécessaire intention homicide) mais aussi ceux entraînant un trouble psychologique. ⁵[5]

Dès 1804 en France, La violence, vice du consentement fut prévue à l'article 1112 du Code Civil. Ses rédacteurs ont voulu protéger les individus qui passent des contrats. Et le Code Civil précise « *qu'il y a violence lorsqu'elle est de nature à faire impression sur une personne raisonnable et qu'elle peut lui inspirer la crainte d'exposer sa personne ou sa fortune à un mal considérable et présent. On a égard, en cette matière, à l'âge, au sexe et à la condition des personnes* ».

Le nouveau Code Pénal (chapitre II, section I, pour ce qui concerne les atteintes volontaires), dans ses articles 222-7 à 222-16 - Des violences - et 222-17 et 18 - Des menaces - utilise le terme générique de violences pour désigner l'ensemble des infractions constituant une atteinte à l'intégrité des personnes.

³[3] DERABOURS (N) http://www.serpsy.org/piste_recherche/violence%28s%29nelly2.html

⁴[4] BERGERET (J), "Quelques repères théoriques sur la psychopathologie de la violence", Psychologie médicale,

⁵[5] DERABOURS (N) http://www.serpsy.org/piste_recherche/violence%28s%29nelly3.html

Si les violences sont généralement liées à l'emploi de la force physique, suivi d'atteintes physiques durables, certaines ne peuvent cependant être assimilées à des "coups et blessures".

De gravité moindre, elles sont assimilées à des "voies de fait". D'autres, dites plus "légères" sont réprimées par des contraventions de police (saisir une personne au corps, lui claquer une porte au nez, lui cracher à la figure...).

Ces dernières années de nouvelles lois sont venues ponctuer des actes individuels ou collectifs notamment la loi sur les violences en bande⁶[6] et celles faite aux femmes.

Violence et société

L'appréhension de la violence dépend des valeurs et critères en vigueur dans une société.

Plus une société est policée, moins elle supporte la violence et ce sous quelque forme que ce soit.

Dans son livre sur l'histoire de la violence⁷[7], Jean Claude CHESNAIS retrace son histoire en Occident de 1800 à nos jours. Deux grandes parties, la violence privée et la violence collective. Dans violence privée il regroupe la violence criminelle (mortelle, corporelle, sexuelle) et la violence "non-criminelle" (suicide, accident)

Dans la violence collective, il place la violence des citoyens contre le pouvoir (terrorisme, grèves et révolutions), la violence du pouvoir contre les citoyens (terrorisme d'Etat, violence industrielle) et la violence paroxystique qu'est la guerre.

Chesnais met en évidence quelques vérités élémentaires et il nous dit que *"l'histoire de la violence contredit l'imaginaire social* ». En s'appuyant sur les données chiffrées des principaux pays européens, il démontre que la violence mortelle a considérablement régressée et qu'en contre point, la perception de l'insécurité est devenue plus sensible et plus importante.

Un tout petit exemple, en 2010 en France, il y a eu moins de 800 homicides. C'est la moitié comparé à il y a 15 ans, et quarante fois moins qu'au XVIème siècle.

Ce paradoxe est alimenté par la logique du pouvoir, l'obsession électoraliste de certains milieux politiques. Le rôle des médias est mis en exergue dès l'introduction, cette orchestration quasi-permanente des faits divers, à l'impact social démesuré. "Le mot violence est arrivé à désigner un peu n'importe quoi, tout heurt, toute tension, tout rapport de force, toute inégalité, toute hiérarchie".

⁶[6] « loi n° 2010-201 du 2 mars 2010 renforçant la lutte contre les violences de groupes et la protection des personnes chargées d'une mission de service public »,

⁷[7]CHESNAIS(JC) Histoire de la violence en Occident, de 1800 à nos jours, Paris, Laffont, 1981

Du coup, la demande de sécurité augmente du fait même que la *violence* régresse. C'est pourquoi Chesnais nous met en garde contre le piège qui consisterait à assimiler une montée du sentiment d'insécurité à une aggravation de la violence réelle.

Violence et soins

Qu'est ce qui fait qu'aujourd'hui on s'interroge sur la violence et les soins !

Un rapport de l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) en 2002 dénonce la dégradation du dispositif public de santé mentale en tant que l'un des agents de la marginalisation voire de l'exclusion d'une frange croissante de la population, ainsi que la responsabilisation désormais courante des malades mentaux auteurs de crimes.

En 2004, dans la perspective du plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, un comité d'orientation interministériel a conduit les travaux préparatoires. Il y a eu 6 commissions de travail dont violence et santé mentale.

Par ailleurs, après Goofman et Castel nous pouvons toujours pointer la violence institutionnelle. Il s'agit d'une violence dite « légitime » au sens sociologique du terme : dans la mesure où l'équipe de psychiatrie a reçu mandat de la société pour guérir ou soigner des personnes souffrant de trouble mental par des méthodes souvent perçues comme violentes.

Le rapport de cette commission présenté par Anne LOVELL^[8] en Mars 2005 démontre que la violence est inextricablement liée à la stigmatisation dont les patients et les ex-patients sont l'objet. Les stigmates et les représentations sociales sont « réelles dans leurs conséquences »

L'histoire de la psychiatrie montre jusqu'à quel point l'intervention du soignant en psychiatrie mélange le soin et la contrainte.

Contrainte qui peut être vécue comme physique ou comme psychique par les patients. (Anne Lovell nous pointe le dépouillement des affaires personnelles, les limitations de mouvement, la prise forcée de médicaments, la promiscuité, etc.). Pourtant il s'agit là d'une contrainte exercée « pour le bien du patient ». A cette violence « ordinaire », il faut rajouter le prolongement de dispositifs comme les mesures de tutelle ou de curatelle, l'abus des sorties

8

[8]

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/violence_sante/sante_mentale.pdf

à l'essai prolongé, la non-judiciarisation des procédures d'hospitalisation sans consentement, la confusion autour même de la notion de consentement ...

Lovell pointe également les possibles dérapages en institution. Quand la violence s'exprime au travers d'eux, les frontières entre légitimité et illégitimité ne sont plus aussi claires. Ces violences vont de la contention du patient pour punition jusqu'à l'utilisation de la force et encore la négligence en cas de grande vulnérabilité. Les causes de ces violences sont désormais bien connues, le manque de formation des personnels (psychiatre compris), le manque d'adéquation du service au besoin du patient, le faible nombre de personnel en situation de crise, l'application de techniques chimiques et physiques à la place de la parole, l'utilisation à des fins punitives des techniques développées dans une optique thérapeutique.

L'observatoire national des violences en milieu hospitalier⁹[9] (ONVH) a publié son bilan pour l'année 2009. Il met en évidence une augmentation des faits de violence de 39% entre 2008 et 2009 avec 4742 faits recensés.

Ce sont les atteintes aux personnes qui sont toujours majoritaires. Elles sont classées par niveau de 1 à 4. Le 1 étant insultes sans menaces, nuisances, provocations... et 4 étant les faits criminels. Les passages à l'acte avec violence physique représentent à eux seuls 45% des faits.

La psychiatrie est toujours en première place avec toutefois une diminution de 13%. La majorité des actes est également liés à la pathologie des patients.

L'observatoire observe toutefois que cette augmentation doit être relativisée. Le nombre des établissements déclarants est en forte hausse et les auteurs du rapport évoquent un « *abaissement incontestable du seuil de tolérance des professionnels aux faits de violence.* »

Et moi et moi et moi !

Soignante depuis 1976, j'ai connu divers services et diverses périodes dans la psychiatrie publique.

Mes souvenirs, aussi loin qu'ils remontent trouvent sur leur passage des histoires parfois violentes qui ont fait naître des désirs de réflexion, des désirs d'objectivation.

⁹[9] http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_DGOS_ONVH_2009.pdf

J'ai eu la chance de pouvoir vivre mes années professionnelles avec des équipes militantes qui ne se contentaient pas de « surveiller » mais qui souhaitaient avant tout pouvoir « soigner ».

De la violence, nous en avons eu, beaucoup, mais étonnamment cela n'était pas considéré comme de la violence mais comme la manifestation de la folie.

La violence la plus forte était au fond pour nous, celle que vivait le patient dans ses hallucinations, ses délires, sa folie.

La peur de l'autre était rare malgré des situations parfois très inconfortables, et parfois avec des corps à corps dont nous nous sortions meurtris.

Lorsque nous étions agressés verbalement voir même physiquement par un patient, rarement nous ne nous sommes considérés comme des « victimes ». Par contre des réunions d'équipes se mettaient en place très rapidement pour comprendre ce qui venait de se passer et pour éviter de se retrouver dans une telle configuration. Est-ce parce que nous avons lu et relu Goffman et son institution totalitaire ? Est-ce que parce que nous sommes d'une génération qui a connu les dortoirs, la misère de l'institution psychiatrique et les privations de liberté.

Par ailleurs, des groupes à médiations, un travail sur les pathologies, une ouverture sur la ville, une réflexion sur les portes ouvertes des unités de soins, la création de structures ambulatoires ont permis aux professionnels de trouver des pistes pour accompagner les personnes souffrantes.

Et puis le temps a passé... les formations ont changé... Le contexte social aussi... Les portes ont eu tendance à se refermer, les chambres d'isolement a se remplir...

Lorsque je suis de garde sur l'hôpital, je m'aperçois bien du changement d'ambiance. Les chambres d'isolement sont toujours pleines et l'appel à renfort des hommes disponibles prends des proportions inquiétantes !

Depuis deux ou trois ans, je m'aperçois aussi de l'apparition de système de contention. Nous sommes passés sans y prendre garde, des portes ouvertes aux portes fermées, de la réflexion autour de la contention psychique à la contention par sangles.

Je ne suis pas sûre du tout que les patients soient plus violents et plus inquiétants qu'il y a quelques années. Mais les équipes sont bien plus inquiètes, plus fragiles, plus isolées.

Les réunions d'équipes, les réunions cliniques ont souvent fait les frais d'un supposé manque de temps. Des protocoles ont vu le jour marquant la fin de la réflexion sur le sujet souffrant.

Nelly Derabours dans une étude pour un mémoire universitaire¹⁰[10] autour de la violence dans l'établissement n'a pu mettre en évidence que le public accueilli à l'hôpital est

¹⁰[10] DERABOURS (N) *VIOLENCE* en psychiatrie *VIOLENCE* de la psychiatrie Ce qui fait *VIOLENCE* à l'hôpital Sirocco http://www.serpsy.org/piste_recherche/violence%28s%29/nelly1.html

plus violent qu'il ne l'était il y a quelques années. Les propos recueillis auprès des personnels de l'intra-hospitalier révèlent un véritable malaise et une insécurité dans l'accomplissement de leur fonction soignante. On repère, en particulier dans les réponses des infirmiers, un décalage entre un idéal thérapeutique, fondé sur l'écoute et l'alliance thérapeutique, et la réalité de leur pratique au sein de l'hôpital. Les objectifs annoncés et la réalité institutionnelle ne sont pas en cohérence, ils peuvent même, certaines fois, s'opposer totalement.

Les politiques sociales et sanitaires, les lois récentes et à venir transforment nos représentations : les soins y deviennent un marché concurrentiel et la

« folie » y est représentée comme un état forcément dangereux¹¹[11].

A nous de nous reposer les bonnes questions : **pour rester soignant dans cette aventure là !**

@Marie Leyreloup

2011