

SUPPRIMEZ LA VIOLENCE, VOUS SUPPRIMEREZ LA VIE

Antoine CAMUS, psychologue clinicien en psychiatrie adulte

PEUR et FASCINATION

LOUIS est hospitalisé en état délirant aigu. Cette nuit, il s'est présenté à l'office, couvert d'un simple préservatif, provoquant les infirmières, menaçant de les violer. D'un contact ordinairement très doux et respectueux, son comportement interroge. La connaissance de l'histoire de ce sujet resitue cet impensable passage à l'acte dans une dynamique psychique mobilisant le retour dans le réel de ce qui est forclos, à savoir un viol par son père durant l'enfance ; un impensable qui lui impose sa conduite lorsque son Moi éclate. Au-delà du miroir brisé de l'intersubjectivité, la structure de l'altérité s'effondre : l'autre n'est plus reconnu comme un semblable, mais comme un obstacle à éliminer au nom de sa survie.

Côtoyer quotidiennement des personnes délirantes, autistes, héboïdophrènes, démentes, psychopathes, perverses... peut passer pour de l'héroïsme, si ce n'est pour du masochisme. Il n'en est rien. Cependant, exercer en psychiatrie convoque inmanquablement peur et fascination.

Passée la peur initiale, il devient clair que ces sujets, si singuliers soient-ils, restent nos frères d'humanité, qu'aucun n'échappe totalement au besoin de parole, d'amour, de reconnaissance. Passée la fascination pour la démesure de leur univers, nous sommes attendris par la fragilité et l'importance du lien qui les relie à nous.

Et pourtant, la psychiatrie peut être le lieu d'une nouvelle ségrégation. L'obsessionalisation de certains milieux psychiatriques illustrent la manière dont l'évitement de la rencontre avec la psychose peut s'ériger en principe organisationnel. Cela n'a jamais empêché la vie institutionnelle d'être régulièrement secouée par des "explosions de violences", auxquelles s'adjoint un vocabulaire guerrier où les infirmiers seraient en "première ligne" pour "plaquer au sol" et déclencher "un appel à renforts"... thématique d'ailleurs très présente dans les délires: combien ont l'impression d'avoir une bombe dans leur placard, de sentir des gaz, d'être empoisonné ... ?

Alors, faut-il avoir peur de l'hôpital psychiatrique ? Il y a beaucoup de fantasmes, certes. Sa fonction d'espace de projection opère toujours à plein. Les mots ont là toute leur importance.

THÉORIE et CLINIQUE des COMPORTEMENTS VIOLENTS

Les comportements violents s'imposent là où ils se manifestent, parfois au détriment du reste. S'ils obligent à se réunir, à se questionner, ils mobilisent également les défenses, ce qui finalement, appauvrit voire interdit toute élaboration. Cependant, le cadre institutionnel donne chance à ce que telle "violence" se trouve éclairée, rendue

intelligible à la lumière de l'histoire et de la situation actuelle d'un sujet. Le cadre, en effet, n'est pas le règlement intérieur (à quoi souvent il est réduit), mais la trame de fond sur laquelle les faits vont pouvoir acquérir une signification.

A écouter nos patients, nous avons certainement plus à apprendre, et notamment de notre propre violence, qu'à compter les coups ou essuyer les insultes. Face au danger ou à la peur, qui que ce soit est susceptible de réagir par des comportements violents. Quand la bascule narcissique est atteinte, un réflexe d'autoconservation s'active : je deviens agresseur pour ne pas être victime.

Le savoir n'est que de peu d'utilité en psychiatrie. Tous les savoirs se fracassent sur la densité de la clinique. Nos doctrines bien sûr sont des boussoles nécessaires, mais le terrain où nous avançons reste une jungle luxuriante, dont nous ignorons presque tout. A l'ignorer, nous défrichons à grands coups de serpes, là où il conviendrait d'observer et déchiffrer longuement.

VIOLENCE. Le mot seul jette un froid. Quelle est la pertinence de ce terme dans notre champ ? L'histoire des concepts clinique psychiatrique et psychanalytique illustre, en effet, la polysémie de cette "violence". Ce mot, qui renvoie étymologiquement à la "vie" (lat. *vita* : essence vitale), recouvre des phénomènes très divers : crise clastique, agitation anxieuse, manie ébrieuse, raptus, passage à l'acte, recours à l'acte, manie furieuse, psychopathie, sadisme, attaque du lien, hétéro-agressivité...

Pour se donner une boussole minimale, posons ceci, que la violence a à voir avec la Force de vie (la Pulsion en terme freudien) à quoi s'articule, dans l'agression, la peur de l'autre. Cette peur de l'étranger tient en large partie à des mécanismes de projection. Le

sujet retrouve dans cet autre qui lui fait peur ses propres pulsions rejetées. Cette confusion entre le Moi et l'autre impose au sujet une logique binaire : détruire l'autre pour survivre soi. Comment limiter ces mécanismes projectifs ?

Peut-être par un certain style de présence, de tact dans cet exercice très délicat qui consiste à faire émerger une demande. Mettre de côté les "a priori" pour se laisser porter, séduire, adopter, mais aussi rejeter, ignorer, attaquer. Il y a là un mouvement d'ouverture du clinicien, qui offre au sujet l'entière liberté de l'investir sur un mode amoureux ou haineux. Qu'une demande s'ébauche revient à dire que les places de chacun ne sont plus confondues. Ce moment noue le transfert. Accepter le transfert tel qu'il se présente, et non pas renvoyer au patient des attendus de bonnes conduites, voilà la gageure à tenir. En effet, la manière dont nous répondons aux patients, les mots choisis, le cadre posé, peuvent induire des comportements et des affects violents, car ces sujets que nous accueillons se trouvent au moins doublement dépossédés de leur liberté : contraints par les règles collectives du service, et contraints par leur psychisme.

PAULA : Qu'est-ce qui a bien pu pousser Paula, une patiente hospitalisée dans notre service depuis plusieurs mois, à agresser une infirmière ? Elle vient pourtant, ce jour, d'être admise à l'ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail), son plus cher désir. Dans l'après-midi, elle montrait une mine souriante, détendue. C'est au moment du repas, qu'elle se présente en larmes au bureau infirmier. Elle refuse de parler, ne veut pas de médicaments, et refuse d'aller manger. Une demi-heure plus tard, elle est retrouvée, scarifiée, de nombreuses plaies sur les bras, du sang partout. Lorsque

l'infirmière appela les collègues en renfort pour la conduire à la salle de soins, Paula sauta sur l'infirmière. C'est ainsi qu'en réunion clinique, la situation fut exposée, offrant l'occasion aux soignants d'exprimer leur incompréhension totale et leur révolte face à cet acte que tous jugent totalement irrationnel.

En dehors de la réunion, nous apprenons de "menus détails". L'infirmière a minimisé l'agression : « Elle s'est jetée à son cou, elle voulait réellement l'étrangler. Il a fallu trois hommes pour la maintenir au sol. Pendant 5 minutes, elle s'est déchaînée à coups de poings et de pieds. » Autre élément, l'infirmière a "reproché" à la patiente sa conduite d'échec (du fait du refus de l'aide proposée un peu plus tôt) : « Vous exagérez, vous faites tout pour aller mal. » A ces paroles, la patiente lui sauta au cou. Elle passa la nuit en CSI (Chambre de Soins Intensifs).

Lorsqu'une telle situation est rapportée, il est normal que cela mobilise des mouvements défensifs, c'est pourquoi il est souvent délicat d'avoir accès aux paroles prononcées. Lorsqu'un professionnel a fait l'objet d'une agression de la part d'un patient, il peut être saisi de honte ou de culpabilité, et avoir tendance à dissimuler ou minimiser la gravité des faits. Certes, cet exemple met en évidence, comme souvent, une réaction violente déclenchée par des propos qui ont fait violence. On peut se demander quelle violence représentait pour l'infirmière les scarifications de Paula.

Ici, l'infirmière semble renvoyée à sa propre déception. Elle renvoie à la patiente ses responsabilités : certes elle peut être heureuse de la réussite de son projet, mais elle ne doit plus s'en montrer indigne. L'exigence Surmoïque revient avec une force inouïe chez la patiente : à l'ESAT, va-t-

elle pouvoir dissimuler ses défaillances ? L'angoisse la paralyse. Elle invoque l'abandon de son père. Dans une série de lettre adressée à son psychiatre, elle explique son passage à l'acte. Anorexique depuis l'enfance, elle ne peut manger comme tout le monde. Cela elle ne pourra plus le cacher. Elle s'imagine par anticipation l'objet d'un rejet inéluctable. Face à l'angoisse insupportable d'être rejetée, elle préfère tout détruire. Aboutir à une forme de reconnaissance de son désir fait surgir, chez elle, le fantasme d'être percée à jour en son être de déchet. C'est pourquoi, probablement, l'heure du repas suscita chez elle, une crise d'angoisse qu'elle canalisa par la scarification.

TOMI : Lorsque l'infirmière, ce jour-là, évoqua la difficulté dans laquelle se trouvait l'équipe lors des passages en CSI, j'ai proposé de mettre en place des temps journaliers de sortie accompagnée pour Tom. Manifestement j'ai dû lui paraître totalement inconséquent, pour qu'elle me lance exaspérée: « Tu n'as pas l'air de bien comprendre... tu devrais peut-être y aller pour voir. » L'occasion était trop belle. Les psychologues, en effet, sont rarement sollicités à intervenir en CSI. A l'issue de la réunion, je me joins donc aux infirmiers et nous allons voir Tom. Nous le trouvons effectivement comme décrit : dans une attitude étrange, rampant sur le sol, ongles terriblement longs, yeux fixes injectés de sang, bruits gutturaux, gestes extrêmement ralentis puis soudainement vifs. Lorsque les infirmiers me présentèrent à lui, il se redressa lentement, m'examina d'une manière inquiétante, se colla à moi, le regard fou, les cheveux hirsutes. Les infirmiers eurent un mouvement de recul, partagés entre la crainte pour ma sécurité et celui

d'interrompre un tel instant de grâce. Je pris soin, pendant tout ce temps, de commenter légèrement la situation, imprimant une teneur positive, sans trop en faire, pour que les infirmiers puissent se synchroniser à moi. Finalement, comme je faisais mine d'être parfaitement détendu, tout en formulant au patient l'inquiétude exprimée par l'équipe en réunion, Tom se recula doucement, prenant une attitude de soumission caractérisée. Replié au fond de la pièce, il s'initia alors à un échange des plus singuliers. Lui, faisant des gestes ésotériques et donnant, dans le vide, des "droites" appuyées d'un regard furieux, moi, lui proposant à tout hasard : « Tennis ? », à quoi il répond, prononçant là son premier mot : « Ping-pong. »

OUF ! Encourageant ce mouvement vers la parole, je l'invite à me suivre pour une promenade avec un infirmier. A cet instant et à notre plus grand étonnement, Tom est redevenu parfaitement normal, marchant et parlant comme tout le monde. Nous sommes allés dans le patio. Il m'a alors parlé un peu de lui, de l'anniversaire ce jour de sa grand-mère, date qu'il n'avait pas oublié, me précisant même l'importance de cet événement pour lui. Il n'a pas opposé de résistance pour regagner la CSI et en est sorti quelques jours plus tard. J'ai appris récemment qu'il a percé dans le tennis de table.

Comme ces exemples l'illustrent, la réponse actuelle à "la violence" en psychiatrie passe par un recours quasi systématique à la mesure de placement en CSI, ce qui pose d'épineux problèmes cliniques et éthiques. Censée "contenir la psyché", imposer un principe de réalité, la CSI augmente souvent l'angoisse et un vécu d'humiliation. On ne souligne pas assez que cette mesure

d'isolement repose en définitive moins sur une diminution des stimulations (qui sont pour l'essentiel internes) ou sur une prétendue soi-disant intensité du soin, que sur l'exclusivité de la relation au soignant. La séquestration du patient confère aux soignants, érigés en Maître, un tel pouvoir, qu'elle fait passer l'apaisement pour une simple capitulation. Plus grave, certains patients vivent de profondes régressions dans cette chambre. Là, la situation échappe totalement aux soignants qui se retrouvent face à un sujet aux comportements déshumanisés : se mettant à manger leur matelas, à jouer avec ses selles, perdant ses repères spatio-temporels ainsi que l'usage de la parole. Paradoxalement, plus aucune limite ne perdure dans ces espaces réduits au corps propre. La folie y est tellement confinée qu'elle semble se contaminer elle-même.

GARCIA a dû être évacué d'urgence de CSI vers un service de réanimation, pour une embolie pulmonaire. Dormant nu à même le carrelage depuis des jours, menaçant, dépersonnalisé, badigeonné de ses excréments, plusieurs infirmiers ont admis plus tard qu'ils ne parvenaient plus à l'approcher. Curarisé cette nuit-là, maintenu en coma artificiel, intubé et l'équipe de s'interroger sur la pertinence de lui administrer une série d'électrochocs... par crainte de son réveil ! Triste exemple de Furor sanandi. Certes, rien ne l'empêchait techniquement, ni légalement : **GARCIA** n'avait-il pas donné son accord... "à cette méthode de nazi", avait-il ajouté alors.

POUR CONCLURE

Derrière la protection d'autrui se cache souvent l'intolérance à la folie et à ses excès. Cessons d'opposer la toute-puissance

soignante à la toute-puissance psychotique pour nous interroger sur le refus du risque dans nos pratiques. Ce refus du risque fait écho à la clinique contemporaine du refus phobique du lien social. Lorsque la CSI n'est pas contrainte, que le patient y consent, voire la réclame (l'offre crée la demande dans tous les domaines) que doit-on penser de ces demandes de se réfugier ainsi ? Comment entendre ces patients qui allèguent s'y sentir mieux qu'en-dehors, dans le partage du quotidien ? Sait-on vraiment ce qu'il en coûte de céder à la

demande régressive du patient de rentrer dans un transfert fusionnel au soignant ?

La violence n'a pas de sens. Sa fonction est d'autoconservation. Si l'hôpital est malgré tout plutôt paisible, son objectif n'est pas de faire taire la violence à tout prix, mais grâce au savoir-faire soignant de veiller à ce que chacun puisse se sentir accepté avec sa part d'étrangeté radicale. Y veiller exige de penser, de créer et de garantir la permanence de lieux de rencontre. A partir de là, s'ouvre la possibilité de construire avec chacun des liens "sécures", sans être aliénants.