



Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail : formes et enjeux de la violence dans le contexte des soins en psychiatrie

Livia Velpry

► To cite this version:

Livia Velpry. Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail : formes et enjeux de la violence dans le contexte des soins en psychiatrie. Rostaing C.; Laforgue D. Violence et institutions. Réguler, innover ou résister ?, CNRS Editions, pp.29-44, 2011. <halshs-00909622>

HAL Id: halshs-00909622

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00909622>

Submitted on 26 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Maltraitance, dangerosité ou souffrance au travail ?

Quand la violence entre en psychiatrie

Livia Velpry

in Rostaing C. et Laforgue D. (dir.), *Violences et institutions. Réguler, innover ou résister ?*, Paris, CNRS Éditions, p. 29-44

Associer le terme de violence à celui de psychiatrie ou de maladie mentale semble un acquis pour le sens commun. Si l'on détaille les usages qui sont faits de ces termes et si l'on précise les différentes acceptions de cette association et leurs enjeux, cependant, la question devient nettement plus complexe. On voit en effet apparaître des évolutions parallèles, voire qui semblent contradictoires. C'est ainsi que la préoccupation médiatique pour le passé de suivi psychiatrique des auteurs d'agressions violentes coexiste avec l'attention croissante portée aux violences dont sont victimes les patients en psychiatrie ainsi qu'avec le rejet des méthodes thérapeutiques recourant à la contrainte physique.

Dans cette contribution, je me propose d'examiner à la fois la construction de la notion de violence dans les politiques publiques et dans les politiques institutionnelles des établissements, puis de regarder empiriquement comment la notion de violence est reprise et utilisée par les acteurs au sein d'un établissement. On verra ainsi que la notion de violence est un outil qui tour à tour peut renforcer le régime d'exceptionnalité de l'institution psychiatrique ou souligner son caractère ordinaire.

LA VIOLENCE, UNE POLITIQUE PUBLIQUE. UN OBJET RECEMMENT CONSTITUE

DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOIN EN PSYCHIATRIE

En quelques années, la violence est devenue un objet de politique publique dans les établissements de soins. En 2000, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) publie une circulaire « relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence »¹, assortie d'un appel à projet régional et d'un financement. Si les notions de « situation de violence » ou de « phénomène de violence » qui sont employées dans le texte ne sont pas définies plus précisément, la violence dont il s'agit pour le rédacteur est avant tout celle qui s'exerce à l'encontre des personnels. On le voit notamment au fait qu'y est réaffirmée l'obligation juridique des établissements de santé de protéger leurs employés et la nécessité de former ces personnels à la prévention des manifestations d'agressivité des usagers au moment de l'accueil. En 2003, la loi de sécurité intérieure² inclut les professionnels de santé parmi les personnes dites protégées, c'est-à-dire occasionnant une aggravation des sanctions lorsqu'elles sont victimes de violence.

Cette circulaire est suivie d'une seconde, en 2005, qui crée un Observatoire national des violences hospitalières (ONVH)³. Cette structure a vocation à centraliser les signalements émanant des établissements hospitaliers. Là encore, la définition de la notion « d'actes de violence » utilisée dans la circulaire n'est pas spécifiée, la consigne aux directeurs d'établissements étant de signaler « chaque fait grave », sans plus de précision. Il est cependant indiqué que les victimes de ces faits graves peuvent être les agents hospitaliers mais aussi les patients, et les visiteurs, ce qui dénote un élargissement du spectre des violences considérées.

A partir de ces éléments, le dispositif de lutte contre la violence dans les établissements hospitaliers ainsi mis en place appelle quelques remarques. La violence y est caractérisée de façon discrète, sous forme « d'événements », « d'actes », de « phénomènes ». Une gradation selon la

¹ Circulaire n°609 du 15 décembre 2000

² Loi n°2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

³ Circulaire n°327 du 11 juillet 2005

gravité est introduite mais non explicitée ; l'identification de ce qu'est un « fait grave » est supposée faire consensus. Formellement, la lutte porte sur tous les actes de violence, sans critère de gravité, de nature ou de protagonistes, auteurs ou victimes. Entre les lignes, cependant, on peut lire qu'est essentiellement envisagée la survenue d'actes ou d'événements de violence dans un contexte de travail, qui est celui des soignants, et éventuellement dans un contexte de soin, pour ce qui est des patients. Enfin, on soulignera que la perspective adoptée est largement sécuritaire. Le dispositif est en effet complété en 2007 par cinq mesures prises par Philippe Bas, alors ministre de la santé et des solidarités. Parmi elles figurent la généralisation des partenariats entre forces de l'ordre et établissements de santé ainsi que le renforcement des équipements de sécurité, qui fait suite au protocole d'accord signé en août 2005 entre le ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire et le Ministère de la santé et des solidarités. Annonçant ces mesures, Philippe Bas réaffirme que « l'hôpital doit aussi être protégé » et centre ainsi ses préoccupations sur la violence envers les soignants : « ses personnels ne doivent pas être agressés. Ses biens ne doivent pas être dégradés. Il est particulièrement choquant que soient victimes de violence, dans l'exercice de leurs missions, celles et ceux qui soulagent la souffrance et sauvent des vies ». L'élément évoqué ici est souvent mobilisé par les défenseurs des textes et orientations officiels ; le fait que des actes de violence soient dirigés vers des personnes dont la fonction est de soigner les rend particulièrement inacceptables.

Si le dispositif mis en place concerne tous les établissements de santé, les hôpitaux psychiatriques y occupent une place à part pour deux raisons. Une première raison tient au fait que ces mesures sont souvent conçues en réponse à des événements violents très médiatisés ayant lieu dans les hôpitaux psychiatriques et dont les victimes sont des soignants. Ainsi, l'Observatoire national de la violence a été créé à la suite de l'agression mortelle de deux infirmières par un patient à l'hôpital psychiatrique de Pau en décembre 2004. Ensuite parce que les établissements psychiatriques déclarent proportionnellement beaucoup plus de faits de violence que les autres, comme en attestent les rapports de l'ONVH. En 2008, les établissements spécialisés en

psychiatrie, qui représentaient 14% des établissements déclarants, étaient à l'origine de 40% des fiches de signalement parvenues à l'observatoire (ONVH, 2009).

De la violence asilaire à la maltraitance

Parallèlement, on assiste à un renouvellement dans la façon de concevoir certains actes effectués par les soignants comme une violence envers les patients. Ce renouvellement s'inscrit dans un mouvement plus général qui touche à la conception de la maladie et du traitement en psychiatrie ainsi qu'à la place accordée au patient (Velpry, 2003). En termes de politiques publiques, il rejoint des évolutions observées dans le domaine sanitaire ainsi que dans le domaine social. En ce qui concerne les établissements de soin, la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé a été un jalon dans cette reformulation. Elle s'est accompagnée d'un effort d'amélioration des dispositifs de recueil et de gestion des plaintes des usagers (Genot-Pok, 2005). Ces dispositifs sont souvent sous-exploités et très diversement utilisés ; il pâtissent généralement du spectre très large de « problèmes » ou « d'insatisfactions » qu'ils sont censés permettre d'identifier (Lovell et al., 2007).

On assiste également à la reformulation d'une discussion ancienne sur les rapports entre professionnels et résidents dans les institutions en général, y compris dans les hôpitaux psychiatriques. Suite notamment à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements sociaux et médico-sociaux doivent prévenir et traiter les risques de maltraitance⁴. La maltraitance ainsi ciblée n'est pas définie légalement (IGAS, 2006) et le dispositif attendu n'est pas précisément décrit. Elle a été inégalement mise en œuvre (IGAS, 2006) et diversement interprétée par les acteurs. L'injonction à agir se déploie donc dans un cadre flou, d'un point de vue conceptuel comme réglementaire, qui porte sur son objet même. Certains dispositifs de lutte contre la maltraitance ont ainsi progressivement été envisagés sous l'angle plus positif d'un dispositif de promotion de la bientraitance (Corbet, 2004). Les discussions soulevées

⁴ Notamment la circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative aux procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels dans des structures sociales et médico-sociales.

par la mise en place de cette politique sont nombreuses. En témoigne le fait que la violence en institution était l'un des cinq thèmes retenus dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé prévus par la loi de santé publique en 2004 (Brixi, 2005). Elles semblent récemment amener à un resserrement de la définition des violences institutionnelles (Lagraula-Fabre, 2005), qui seraient constituées des violences subies par les usagers d'établissements spécialisés, dont les auteurs sont généralement les professionnels mais parfois aussi d'autres usagers (Lovell et al., 2007). La catégorie de population concernée par ces dispositifs était, par contre, définie comme celle des personnes vulnérables, comprenant explicitement les personnes âgées et celles ayant un handicap, mental ou physique. La loi du 11 février 2005⁵, en citant le handicap psychique parmi ses objets, même si c'est sans lui accorder véritablement ni statut légal ni définition (Lovell, 2007), amène à inclure les personnes suivies en psychiatrie comme vulnérables.

Or la violence exercée par les soignants sur les patients est aussi une question ancienne en psychiatrie. Elle est liée à la critique de l'asile, où elle était envisagée d'une double façon : d'une part comme la violence de l'institution totale, au sens de Goffman (1968), d'autre part à travers les abus de pouvoir et le recours à la violence physique qui avait cours à l'asile. Elle est aussi, quoique moins couramment, associée à la violence que représentent les manifestations de la pathologie mentale ainsi qu'une grande partie des moyens thérapeutiques. En effet, les importantes innovations thérapeutiques du début du 20^{ème} siècle en psychiatrie sont couramment rassemblées sous le qualificatif de « thérapeutiques de choc » (Missa, 2006). La diffusion des traitements par médicaments neuroleptiques, et plus largement psychotropes, a alimenté un autre débat au long cours sur la violence comparée de la contention physique et chimique. Au cours de ces discussions complexes, sont abordées à la fois question de la frontière entre violence légitime et illégitime et celle de la définition de la violence par ses caractéristiques objectives ou par la façon dont elle est perçue (Lovell et al., 2007).

⁵ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de personnes handicapées ».

Ces deux angles d'approche de la violence par les politiques publiques sont en quelque sorte symétriques. Le premier traite les soignants en victimes, de surcroît particulièrement vulnérables, et les patients en potentiels auteurs d'actes de violence. Le second souligne la nécessaire protection à apporter à des usagers des établissements eux aussi particulièrement vulnérables face à des professionnels susceptibles de commettre des actes de maltraitance. Au-delà de cette opposition, ils partagent également une caractéristique qu'il importe de souligner. A chaque fois, la psychiatrie est traitée comme une institution « comme les autres » tout en étant singularisée, en tant que lieu qui accueille la violence, qui en exerce et plus récemment qui offre une réponse aux effets psychiques de la violence. En effet, comme les autres institutions de soin, l'hôpital psychiatrique est pris dans le mouvement qui tend à considérer la violence comme un problème de santé publique, au niveau international (OMS, 2002) puis national (Tursz, 2005). Mais dans le même temps, une des modalités d'hospitalisation, l'hospitalisation d'office, est justifiée par le danger que pose la personne à autrui ou à elle-même. De plus, le recours à la contrainte physique ou l'administration d'un traitement sans le consentement du patient font partie des moyens thérapeutiques à disposition des soignants en psychiatrie. Dans ce cadre, le recours éventuel par les professionnels à des actes qui sont d'ordinaire qualifiés de violents peut être non seulement légitime mais justifié comme un soin, réalisé dans l'intérêt du patient. Enfin, depuis la seconde moitié du vingtième siècle, l'idée s'est imposée qu'un traumatisme peut avoir comme effet de déclencher des troubles psychiques (Young, 1999), plaçant la psychiatrie en position de traiter les conséquences de la violence (Fassin et Rechtman, 2008). Dans cette tension, on voit se manifester la position ambiguë et quelque peu marginale de la psychiatrie en tant que discipline médicale, ambiguïté qui est liée notamment à son mandat social de protection de la société de la violence à laquelle est associée la pathologie mentale (Lovell et al., 2005).

LA VIOLENCE, UN ENJEU INSTITUTIONNEL ET PROFESSIONNEL EN PSYCHIATRIE

La lecture des textes officiels montre que la violence y est appréhendée de deux manières symétriques, entre violence au travail et maltraitance. Lorsque les professionnels, administratifs et médicaux, d'un établissement de soins psychiatriques évoquent la violence, comment ces problématiques sont-elles saisies et rencontrent-elles les enjeux locaux ?

Les éléments empiriques mobilisés ici sont issus d'une recherche en cours dans un centre hospitalier spécialisé (CHS) de la région parisienne qui porte sur la définition et la gestion des situations difficiles en psychiatrie. Le travail de terrain mené jusqu'à maintenant a permis d'effectuer une vingtaine d'entretiens semi-directifs. Une partie a été réalisée individuellement avec différents acteurs de l'établissement appartenant à l'administration comme aux équipes soignantes. Les autres entretiens ont été collectifs ; ils réunissaient des membres appartenant à différentes professions (psychiatres, psychologues, infirmiers, aide-soignants, agents de service hospitalier, assistantes sociales...) d'une même équipe de soins travaillant dans des unités d'hospitalisation⁶.

Les données utilisées proviennent également d'observations de la vie institutionnelle et du traitement de la question des situations difficiles et de violence, effectuées sur une durée d'environ un an. Il s'agit là d'une première phase de la recherche engagée, qui vise à recueillir les perceptions et descriptions des situations difficiles vécues par les équipes mais également la construction de cette notion au sein de l'établissement. L'observation de ces situations, des contextes et pratiques qui leur sont attachées, fera l'objet d'une seconde phase de la recherche⁷.

Par son caractère vague, dont on a vu qu'il était maintenu dans les dispositifs existants, la notion de violence est aisément investie par les différents acteurs dans l'établissement. Elle y est

⁶ Le champ d'investigation a dans un premier temps été réduit aux contextes d'hospitalisation, pour des motifs de faisabilité et d'homogénéité. En effet, les unités d'hospitalisation sont des espaces isolés et délimités – qui peuvent être fermés ou ouverts –, où les personnes sont accueillies à temps plein et entièrement prises en charge (soins, activités, hébergement), à la différence d'un lieu de soin ambulatoire ou à temps partiel, où par exemple la notion de trouble à l'ordre public amène à solliciter la police par exemple, comme dans une autre institution accueillant du public.

⁷ De la même façon, dans cette première phase de la recherche, les patients n'ont pas été rencontrés ; ils le seront par la suite.

prise dans un ensemble d'enjeux disparates, qui vont de la négociation de moyens par les chefs de services auprès de l'administration jusqu'à la confrontation d'orientations cliniques et thérapeutiques, et qui ne seront pas détaillées dans le cadre de cet article. Mais parce que ce terme de violence entretient des rapports étroits et anciens avec la maladie mentale et la psychiatrie, son usage révèle également les évolutions que connaît cette dernière (Velpry, 2008b). Il apparaît alors que les conceptions de la violence sont étroitement liées à la définition de l'institution psychiatrique et intègrent un élément discriminant supplémentaire, celui de la normalité de la violence.

Nous commencerons par esquisser une organisation de ces enjeux en définissant deux cadres d'appréhension de la violence par les acteurs d'un établissement psychiatrique, cadres qui sont en tension. Le premier cadre est celui d'une violence à signaler qui normalise ; il s'agit alors d'une conception de la violence proche de celle des politiques publiques, que les acteurs de l'administration sont plus enclins à adopter. Le second cadre est celui d'une violence normale qui distingue ; la violence est ici entendue comme un phénomène consubstantiel à la pathologie mentale et par conséquent à l'univers psychiatrique, dans une acception plus souvent mobilisée par les professionnels plus impliqués dans les pratiques de soin. Nous examinerons ensuite la traduction pratique de ces deux cadres en distinguant différentes situations de violence identifiées en contexte soignant.

Une violence à signaler qui normalise

Dans un premier cadre, le fait que se produise un événement violent est considéré comme anormal, que ce soit en psychiatrie ou ailleurs. Un tel événement doit donc être repéré et signalé ; il est également nécessaire de chercher à éviter qu'un tel événement ne se reproduise.

La violence dont il est question dans ce cas n'a aucun caractère spécifique. Elle n'est ni liée à une pathologie, ni associée à un type d'auteur ou de victime. Elle n'est pas non plus intrinsèque à certains modes de prise en charge. Sa définition épouse la conception qui apparaît dans les

politiques publiques, telle que nous l'avons explicitée plus haut. Lorsque les contours exacts de la définition sont discutés, c'est toujours en référence à la définition adoptée par l'OMS ou dans les enquêtes de victimation par exemple. Elle s'incarne et est saisie essentiellement par les actes des auteurs et les types d'atteintes des victimes. L'échelle de gravité des événements de violence en milieu hospitalier élaborée par l'ONVH (ONVH, 2009) adopte ainsi la distinction entre atteintes aux personnes et aux biens et une hiérarchie par niveaux qui sont reprises du code pénal. En 2008, l'ONVH met ainsi en avant que les établissements de psychiatrie signalent en très grande majorité des atteintes aux personnes, qui sont essentiellement des violences volontaires (atteintes à l'intégrité physique, bousculade, crachat, coups), dont l'auteur est le plus souvent un patient et la victime le plus souvent un patient. Faire référence à ce cadre d'appréhension de la violence dans un établissement de soins en psychiatrie participe alors d'un mouvement de normalisation de la psychiatrie, dans la mesure où elle y est considérée comme spécialité médicale parmi d'autres et « comme les autres », où il peut survenir des actes de violence également traités « comme les autres ».

Tout comme la violence est envisagée de façon discrète – c'est-à-dire comme une présence ou une absence –, dans ce cadre, son repérage et son signalement sont génériques et ne sont susceptibles de poser que des problèmes techniques de faisabilité. Au sein de l'hôpital étudié, une telle acception de la violence s'incarne dans les dispositifs de signalement évoqués en introduction, mais également comme une composante de la gestion des risques et des événements indésirables. Les premiers éléments, au niveau national, indiquent que les événements susceptibles de relever d'une telle définition de la violence sont très mal connus, très mal repérés et très peu signalés, même si les établissements de soins psychiatriques signalent proportionnellement plus d'actes de violence que les autres établissements de santé (ONVH, 2008). Ces dysfonctionnements tiennent au peu d'indicateurs pertinents, à la grande hétérogénéité des faits signalés, à la multitude des circuits de signalement qui fonctionnent en parallèle, qui sont peu visibles et parfois concurrents (Lovell et al., 2007). C'est également en référence à cette

acceptation de la violence qu'est parfois évoquée, dans les discussions, une diminution générale de la tolérance vis à vis des événements de violence. Cette perception, partagée par de nombreux acteurs et souvent évoquée dans d'autres institutions et domaines de la vie sociale, recouvre probablement des évolutions complexes. Comme le montre le rapport de l'ONVH, les dépôts de plaintes suite aux événements violents qui lui sont signalés sont extrêmement peu nombreux, même si les appels à une aide extérieure tendent à s'accroître.

Une violence normale qui distingue

Dans le second cadre, la violence n'est pas considérée comme un phénomène anormal ou atypique ; elle est au contraire inscrite dans l'ordinaire et la normalité des relations de soin. Dans leur grande majorité, les personnes rencontrées dans les équipes d'hospitalisation en psychiatrie s'accordent à dire que la violence est une composante normale de leur vie quotidienne et que sa présence est au moins en partie justifiée, du fait des spécificités des pathologies mentales.

Les arguments avec lesquels les soignants justifient cette spécificité sont multiples. Pour certains, ils sont cliniques, c'est-à-dire liés aux pathologies psychiatriques, ou attribués à la situation sociale des patients. Pour d'autres ils tiennent à la violence de certaines modalités thérapeutiques, notamment le recours à la contention ou à l'isolement mais également le traitement médicamenteux administré sans consentement. Pour d'autres encore c'est le fonctionnement de l'institution qui est en cause, l'organisation du travail ou l'effectif infirmier étant régulièrement incriminés. De manière un peu paradoxale, en affirmant ainsi la normalité de la violence, les soignants se distinguent, dans la mesure où ils en appellent à une spécificité de la violence en psychiatrie.

Une telle acception de la violence déplace les points de discussions. Si la violence est normale, il s'agit moins de savoir quand elle apparaît mais plutôt à quel moment elle devient problématique et quelle est la nature de ce problème. D'abord, les notions d'acte de violence, d'auteur et de victime, deviennent mouvantes et difficiles à déterminer. Un patient peut commettre un acte de

violence, identifié comme tel par les soignants. Mais si cet acte est associé à la pathologie du patient, il ne sera pas toujours ressenti par les soignants comme une violence dont ils seraient les victimes. L'acte pourra également être replacé dans le contexte de l'interaction entre soignant et soigné, amenant à considérer que l'auteur de l'acte violent n'est pas forcément celui qui est à l'origine de la violence, puisqu'il a été provoqué par le soignant. C'est alors la dynamique de groupe, le savoir-faire des équipes qui est mis en cause et devient en quelque sorte l'auteur de la violence. Inversement, les soignants peuvent considérer que certains de leurs actes, tout en constituant « objectivement » une violence, ne sont pas forcément perçus comme tel par eux-mêmes et par le patient. C'est ainsi que peuvent être discutés entre soignants les réponses thérapeutiques lorsqu'un patient est agité. La contention est généralement considérée comme plus violente que la mise en chambre d'isolement, car la première implique une contrainte physique directe. Dans certaines équipes, c'est pourtant la contention qui est préférée et surtout perçue comme moins violente. L'explication donnée est que le patient en contention ne provoque plus de peur physique de la part du soignant et nécessite une surveillance plus rapprochée. Elle permet donc d'établir un meilleur contact avec le patient. A l'inverse, un patient agité mis en chambre d'isolement sera maintenu à distance par les soignants qui le verront en groupe.

Dans un tel contexte, la « solution » au problème de violence consiste moins à réussir à la signaler et à la supprimer qu'à l'anticiper et à la gérer. De nouveaux points de friction apparaissent alors entre les acteurs, qui touchent aux modes de gestion et aux approches thérapeutiques de comportements considérés comme violent de la part d'un patient hospitalisé en psychiatrie. Certains peuvent par exemple considérer que les services d'hospitalisation tels qu'ils fonctionnent aujourd'hui, avec une rotation importante et un taux d'occupation élevé, sont inadaptés pour accueillir des patients susceptibles d'avoir des comportements violents. Dans ce cas, les professionnels mettent en cause l'orientation des patients et l'adéquation des structures de soin ; ils cherchent à éviter la violence en sélectionnant les patients à l'admission. D'autres estiment au contraire que les patients présents dans les services le sont légitimement, au vu de leur

pathologie, mais que cette pathologie engendre des actes de violence qui sont difficiles, ou encore pénibles à gérer pour les soignants. Dans ce second cas, l'exposition à la violence et les difficultés qu'elle peut poser aux soignants ne sont pas anormales ; elle peut simplement être parfois trop intense et demander des ajustements organisationnels, un savoir-faire des équipes pour gérer et contenir l'agressivité.

DES CADRES D'APPREHENSION DE LA VIOLENCE A LA PRATIQUE SOIGNANTE

Si l'on se penche maintenant plus en détail sur les événements auxquels les acteurs rencontrés font référence dans les entretiens lorsqu'ils évoquent la violence, trois types de situation se dégagent. Dans chacune de ces situations, la violence est utilisée dans une acception différente, qui constitue autant de formes de problématisations de la violence en psychiatrie, différentes et éventuellement concurrentes⁸.

Dans une première acception, la violence est celle des patients envers les soignants. Il s'agit de violences interpersonnelles, telles que des coups ou des injures visant un membre de l'équipe. La définition de ce qui compte comme une violence varie très fortement selon les personnes rencontrées, mais plus encore d'une équipe de soin à l'autre. Si certaines équipes n'envisagent sous le terme de violence des patients que des manifestations physiques extrêmes, pour d'autres il s'étend aux injures ou menaces prononcées par le patient. A l'extrême, quelques personnes considèrent même que les manifestations de la pathologie mentale, y compris par exemple des formes de violence contre soi-même, constituent, en elle-même, une forme de violence, bien sûr non intentionnelle, à l'égard des soignants. Les personnes rencontrées se réfèrent alors plus largement à la dangerosité des patients, c'est-à-dire qu'elles incluent le risque qu'ils manifestent un comportement violent. La violence des patients est utilisée afin de qualifier le contexte de travail des soignants, qu'elle rend particulièrement pénible, stressant ou dangereux. Potentialité

⁸ On laissera ici de côté les violences contre soi des patients, généralement qualifiées de comportements auto-agressifs et très présentes en psychiatrie, qui relèvent d'une analyse spécifique.

toujours présente et éventuellement prête à se réaliser en psychiatrie, cette violence doit être évaluée et anticipée.

Dans une seconde acception, auteurs et victimes sont inversés ; c'est la violence des soignants envers les patients. Il s'agit ici encore de violences interpersonnelles, même si leur définition est encore très variable, notamment selon que l'on se réfère à la perception qu'en ont les soignants ou les patients. Le fait d'être privé de l'accès à ses cigarettes peut ainsi constituer un incident anodin pour l'infirmier qui aura eu un contretemps, mais être perçue par le patient comme une violence d'autant plus forte qu'elle sera immotivée (Lovell et al., 2007). Le spectre d'actes inclus dans ces situations est extrêmement large. Ainsi, cette forme de violence comprend les abus physiques dans le contexte de l'hospitalisation mais peuvent s'étendre plus généralement aux abus de pouvoir. Si l'on rejoint ici ce que les politiques publiques définissent comme de la maltraitance en institution, on touche également à une spécificité de la psychiatrie, qui tient à sa légitimité à intervenir par la coercition, si on le juge nécessaire, en usant notamment de la force physique (contention, chambres d'isolement) (Lovell et al., 2008). Une partie des actes vécus comme violents par certains soignants relèvent de ce fait de pratiques autorisées ou considérées comme nécessaires.

Enfin, dans une troisième acception, la violence est celle, intrinsèque, de l'institution, ici psychiatrique. On quitte alors le domaine des violences interpersonnelles pour un ensemble d'actes hétérogènes à la définition délicate. Cette violence, parce qu'elle tient aux caractéristiques d'une situation, peut être conçue comme dirigée à la fois vers les soignants – il peut s'agir des problèmes d'effectifs insuffisants dans les équipes, de la souffrance au travail liées notamment à l'absence de reconnaissance de la pénibilité du travail – et vers les patients – du fait de la légitimité de la psychiatrie à intervenir sous la contrainte et à exercer de ce fait une violence symbolique sur le patient. Ce type de violence est souvent mentionné par les équipes soignantes afin de s'extraire d'un raisonnement qui considérerait uniquement la dimension interpersonnelle

des actes de violence au lieu de les replacer dans le contexte dans lequel ces actes prennent place ; il permet aussi de justifier de la prégnance forte de la question de la violence en psychiatrie.

Cette présentation générale demanderait à être affinée pour rendre compte du fait que la perception et la définition de ces types de situations diffèrent selon l'acteur concerné. Au sein d'une équipe, la position occupée dans la division du travail et les activités réalisées avec le patient ont une influence nette sur ce qui est perçu ou non comme une violence de la part du patient. Cependant, ces divergences sont aussi extrêmement marquées entre les différentes équipes de soin, et semblent dépendre fortement des organisations du travail, des savoir-faire et des modes de prise en charge, selon des modalités qui doivent être étudiées.

CONCLUSION

Pour conclure, on peut illustrer cette tension entre deux conceptions de la violence par le recours à la figure de l'asile dans les discussions sur la violence. Souvent convoqué, l'asile psychiatrique permet aux professionnels de définir la situation actuelle en miroir. Il est alors présenté comme un lieu où la violence était omniprésente pour des raisons structurelles et de mode de fonctionnement, notamment la surpopulation, le faible nombre de soignants par patients et l'absence des médecins. La violence évoquée relève à la fois de l'ordinaire d'un monde masculin (« une violence d'homme ») et de la déviance (« des infirmiers sadiques »). Mais dans ces mêmes discussions, l'asile apparaît également comme un lieu où cette violence, dans ses deux formes, est bien acceptée parce que l'on considère qu'elle fait partie de la normalité de l'univers psychiatrique. Un psychiatre cite en exemple la fois où, jeune interne, il a été violemment frappé par un patient, sans avoir même l'idée qu'il s'était produit un événement sortant de l'ordinaire. L'asile dessine ainsi une référence à la fois positive et négative : la violence y était plus, et probablement trop présente, mais elle y était aussi mieux acceptée et moins perturbatrice.

Par contraste, aujourd'hui, la violence à l'hôpital aurait globalement diminué, en particulier pour ce qui est de la violence ordinaire mais également, dans une moindre mesure la violence dite

« exceptionnelle » ; en parallèle elle serait également moins bien vécue et tolérée par les soignants comme par les patients. La perception d'une évolution croisée au cours des trois dernières décennies des niveaux de violence, qui tendraient à baisser, et de l'intolérance à la violence, qui tendrait à croître, est partagée par plusieurs psychiatres, cadres et infirmiers, qui se réfèrent à leurs souvenirs. Ce type de perception, parfois évoqué dans d'autres contextes institutionnels, tels que la prison ou l'école par exemple, est souvent difficile à vérifier, du fait du caractère relatif et de la variabilité des définitions de la violence dans le temps. C'est d'autant plus le cas en psychiatrie où s'ajoutent la jeunesse et la fiabilité très limitée du dispositif de signalement des actes de violence.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAS-THERON F., BRANCHU C., *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en oeuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris, Inspection générale des affaires sociales, 2006.
- BRIXI O., *Rapport de la commission "Institutions, organisations et violence"*, Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Paris, La Documentation Française, 2005.
- CORBET E., « Les concepts de violence et de maltraitance », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 31, 2000, p. 20-25.
- FASSIN D., RECHTMAN R., *Le traumatisme*, Paris, Seuil, 2009.
- GENOT-POK I., « La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge: du texte à l'application pratique en passant par les problématiques posées », *Jurisanté*, 3 (49), 2005, p. 19-21.
- GOFFMAN E., *Asiles*, Paris, Editions de Minuit, 1968.
- LAGRAULA-FABRE M., *La violence institutionnelle*, Paris, L'Harmattan, 2005.

- LOVELL A.M., *Rapport de la commission “ Violence et santé mentale ”*, Travaux préparatoires à l’élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Paris, La Documentation Française, 2005.
- LOVELL A.M., *Définitions et enjeux du handicap psychique et de ses notions connexes : une approche pragmatique*, Rapport MiRe-Drees, 2007.
- LOVELL A.M., VELPRY L., COOK J., *Violence envers les personnes atteintes de troubles psychiques : revue de la littérature, évaluation des sources de données en France et préconisations*, Rapport pour le Ministère de la santé et des solidarités, INSERM, 2007.
- MISSA J.N., *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris, PUF, 2006.
- Observatoire National des Violences Hospitalières (ONVH), *Bilan national des remontées des signalements d’actes de violence en milieu hospitalier. Année 2008*, Ministère de la santé et des solidarités, 2009.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 2002.
- PENEFF J., *L’hôpital en urgence*, Paris, Métaillé, 1992.
- TURSZ A., *Rapport général*, Travaux préparatoires à l’élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Paris, La Documentation Française, 2005.
- VELPRY L., « L’expérience du patient », dans Michel JOUBERT, *Santé mentale, ville et violence*, Toulouse, Editions Erès, 2003.
- VELPRY L., *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 2008a.
- VELPRY L., « The patient’s view : issues of theory and practice », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 32, n°2, 2008b, p. 238-258.
- YOUNG A., *The harmony of illusions*, Princeton, Princeton University Press, 1999.