



L'heure du corps à corps...

Service des urgences d'un centre hospitalo-universitaire, le groupe d'infirmiers s'approche de l'individu qui vient d'être admis. Chacun maintient ses distances, cherche à placer son corps de façon à ne pas prendre de coups...

● Frédéric Masseix,
Formateur-Conseil, Sociologue et enseignant
d'arts martiaux traditionnels japonais,
4^e Dan de Karaté et Ju-jitsu.

L'homme qui a été amené par la Police, sans les menottes, se sent libre de ses mouvements. Il menace verbalement, insultant le groupe à la volée. Sa posture est celle de l'individu décidé à en découdre. Il n'est dans le service que depuis une trentaine de minutes, on ne connaît donc pas ses velléités combatives et ses capacités réelles de passage à l'acte. Il faut de le contenir physiquement pour procéder à une injection sédatrice et pour poser des contentions. Le groupe de cinq infirmiers, se « précipite » sur l'individu agressif. Dans la mêlée, chacun tente de le saisir, sans technique appropriée, sans compétence véritable. L'homme redouble de violence, renvoyant coups de poings et coups de pieds. Il faudra de longues minutes pour le neutraliser l'individu qui échappe sans cesse à toute prise. Un infirmier s'en sortira avec une lèvre abîmée, un autre avec la blouse déchirée et les autres avec quelques contusions superficielles mais douloureuses. Des traces sur le corps et dans le corps. Cette scène qui s'est déroulée tout récemment, fin septembre, illustre la triste réalité de certains rapports entre professionnels de santé et usagers.

Parfois, les soignants sont face à des situations d'agression et de violence physique. Ils doivent y répondre et trouver une solution rapide. Au-delà de leurs prérogatives technico-cliniques, ils demeurent citoyens et, à ce titre, ne peuvent se dispenser d'intervenir. Dans la situation exposée, les infirmiers ont procédé, sans approche technique particulière, sans cohésion, tenant bras tendus l'individu, cherchant à éviter le contact par peur de l'accident et, de ce fait, créant les conditions qui favorisent la survenue de l'incident, de l'imprévu. Cependant, il reste possible d'anticiper, de poser des conditions techniques propres à diminuer les risques d'accident, pour les soignants comme pour la personne agressive. Les soignants n'appartiennent pas à un corps d'élite formé à la contention physique.

Confrontés à ce genre de situation grave, ils en ressortent, le plus souvent, avec quelques traumatismes (surtout psychologiques), appuyés sur un vécu qui leur fait dire « on n'est pas là pour ça ».

► QUE FAIRE ? COMMENT FAIRE ?

Au cours des formations que j'anime et qui portent sur les questions délicates de prévention, de gestion des phénomènes de violence et d'agressivité, j'entends des témoignages identiques ou qui se croisent. Toujours la même problématique : comment, lorsque tout autre moyen humain a été tenté et que la parole a échoué, contenir les velléités physiques d'un individu devenu violent ? Comment se protéger ? Comment agir en toute sécurité, pour soi mais aussi pour l'autre, contre cet autre agressif à qui on ne veut pas de mal ?

Les agressions de base peuvent être classées selon trois catégories : la percussion (quand l'agresseur vous frappe), la saisie (quand il vous prend au piège physiquement) et la projection (telle la violente poussée qui vous projette au sol). Au regard de ces trois types d'attaque, on peut proposer des stratégies d'approche qui diminuent les risques. Cela suppose une formation qui comprend plusieurs points : la gestion du stress engendré par ces situations, une lecture des signes avant-coureurs, une prise en compte des paramètres cliniques et anthropologiques et enfin, des éléments de « techniques de corps ».

En tout premier point, précisons qu'il ne faut jamais répondre à une provocation verbale, avec ou sans ostentation physique. Se mettre « en compétition » avec le patient lui donne toutes les raisons du passage à l'acte, surtout si l'on ne sait pas quels mécanismes psychiques l'agitent (délires, hallucinations, ingestion récente d'alcool ou de toxique, drogue).

Certaines personnes ont intégré dans leurs codes sociaux des rituels-type qui nous paraissent violents : mouvements de corps, tape sur l'épaule ou le ventre, le tout accompagné de propos peu communs et formulés sur un ton brutal. Pour ces individus, ces codes ne sont pas violence, ils sont une façon d'être. Si l'on doit intervenir pour contenir physiquement une personne, il convient de déterminer rapidement les rôles de chacun. Cela évite déjà de voir trois soignants saisir le même endroit du corps de l'agresseur alors que le dernier soignant prend en charge tout le reste. On peut, moyennant l'acquisition de techniques spécifiques, intervenir efficacement en diminuant par deux, en général, le nombre d'intervenants habituellement nécessaire. Cela ne veut pas dire qu'il suffit d'être trois au lieu de six mais que trois personnes peuvent débiter l'action, placer la contention en agissant sur le corps de l'agresseur, en laissant une place aux autres acteurs afin qu'ils puissent aider au maintien de l'immobilité le temps nécessaire. Une erreur souvent commise est celle qui consiste à se placer loin du corps de la personne agressive. On s'imagine être « en sécurité » alors qu'on laisse au patient la possibilité de frapper du poing ou du pied, ou encore de se dégager facilement de la saisie, surtout si elle s'est faite en prenant à pleine main le bras dans son épaisseur.

En effet, hormis le cas d'un individu qui se présenterait en short, une saisie prend toute son efficacité lorsqu'elle se fait en attrapant le vêtement avec la première phalange. La main se referme ensuite en enroulant une partie du tissu. L'effet est plus complet et permet de suivre les éventuels mouvements

Les agressions de base





Photo : J. Henardi

brusques sans lâcher prise. Il faut déjà avoir pensé à la préparation de la technique, en l'ayant répétée. On doit donc, en tout premier lieu, se rapprocher rapidement, en un « temps éclair » du corps de l'agresseur et le saisir à des endroits opportuns. L'usage des mains ne suffira pas, les pieds agiront par un placement et une répartition efficace des appuis et de la masse corporelle. Les hanches qui viennent au contact peuvent servir à déséquilibrer, les jambes à bloquer les tentatives de fuite, les épaules à contenir la rotation du buste... Ainsi, la personne agressive doit-elle être contenue dans une sorte de mortaise corporelle, faite du corps à corps des soignants en contact proche. Nous entrons alors dans ce que Edward Hall (1) appelle la distance intime, on sentira alors « l'odeur et la chaleur du corps de l'autre, le rythme de sa respiration, l'odeur et le souffle de son haleine », les « signes irréfutables d'engagement avec un autre corps ». Les psychanalystes Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillière qui ont travaillé sur le vécu intra-psychique lors de situations de guerre parlent de « corps à plusieurs » pour désigner l'esprit particulier qui soude entre eux les soldats au combat.

► ÉVITER LE FACE À FACE

Prenons l'exemple de la « contention avec déséquilibre », réalisée par deux intervenants sur un individu agressif. Les intervenants doivent, au préalable, avoir défini la stratégie et l'objectif recherché. Il peut s'agir d'expulser l'agresseur hors d'un local, de lui enlever un objet contondant, de l'empêcher de s'enfuir... Les objectifs, nombreux, vont dépendre de la situation. Parfois on ne peut faire face et il est sage de ne pas barrer la route à la

personne qui se pose en adversaire. Ouvrir une porte sous la menace ne consiste pas en un acte de lâcheté mais de raison. Il est en effet ridicule de vouloir jouer les risque-tout, à tout prix, soit pour ne pas perdre la face devant les collègues ou la hiérarchie, soit parce qu'on a surdéterminé ses propres capacités. Les deux intervenants rentrent en contact très rapidement avec le corps de leur opposant. Ils appliquent, dans le même temps, une saisie à certains endroits du corps de l'agresseur et utilisent leur propre corps pour agir dans le sens d'un déséquilibre ; dans ce cas, l'objectif est d'annuler les appuis de l'autre, de le mettre en position difficile où il lui sera impossible de lutter contre les deux intervenants à la fois.

On voit sur les illustrations que les intervenants se situent au plus près du corps de l'agresseur. À cette distance, celui-ci peut encore donner un coup de tête ou cracher ; il faut penser alors à placer sa propre tête hors d'une ligne d'attaque possible. Une stratégie de protection de la tête consiste à appuyer fortement sur le corps de l'agresseur et ainsi l'empêcher de la frapper avec élan. Lorsqu'on intervient seul pour neutraliser physiquement un agresseur, il est prudent de se placer rapidement dans son dos et de se cacher la tête en prenant contact avec l'une de ses omoplates. Il faut éviter, en tout premier lieu, de rester face à la personne agressive. Pour la déconcerter et lui faire perdre ses repères, il faut déjà sortir de son champ de vision.

► LE GESTE « JUSTE »

J'utilise souvent l'abréviation suivante pour désigner la stratégie (protocole) qui doit être le fil conducteur de l'action physique : GSPPR ce qui veut dire, Gestes de Sécurisation, Protec-

tion et Prévention des Risques. On a utilisé la parole, on a rassuré, on a tenté de travailler sur les paramètres comme l'angoisse sous jacente ou le comportement acquis... mais cela a échoué. Il n'est pas question ici de transformer les soignants en personnels paramilitaires palliant à un manque chronique d'effectifs. En effet, la non-disponibilité des soignants entraîne souvent une mise à l'écart et une attente longue qui engendrent, à leur tour, des comportements d'impatience, d'instabilité et de violence chez les patients. La stratégie GSPPR s'applique donc quand le seul moyen de stopper la violence du patient est de nature physique. Ainsi, on apprend le geste juste, celui qui sauve. Comme pour effectuer une PLS (position latérale de sécurité) en technique de secourisme ou un MCE (massage cardiaque externe) en situation extrême, il convient, pour contenir physiquement un patient, d'avoir fait l'acquisition d'un bagage technique suffisant pour pouvoir répondre, s'adapter ou se sauver soi-même.

Les gestes vont dans le sens d'une sécurité partagée : sécurité des intervenants et de la personne violente. L'application des techniques prévient tout risque de chute brutale, de blessure grave, voir de risque de mort... Si l'objectif est de contenir la personne au sol, avant de procéder à une injection par exemple, on opérera selon les mêmes principes : rapprochement rapide, saisie, sécurisation. Ensuite, on procédera à une amenée au sol par déséquilibre et mouvement hélicoïdal si possible. Une fois la personne accompagnée au sol (elle n'y est donc pas jetée), on poursuivra par une application de gestes de contention permettant d'agir sur les dispositions articulaires et les dynamiques neuro-motrices (action sur les trajets nerveux et musculaires). Je montre souvent, au grand étonnement des stagiaires, qu'il est possible d'annuler tout mouvement par une simple pression appliquée à un endroit précis du corps. Les soignants, ou autres intervenants, pourront alors être assistés d'autres personnes pour maintenir l'agresseur de manière encore plus efficace.

▶ LA PARENTHÈSE DE LA VIOLENCE

Le propos que j'ai développé dans cet article n'était pas clinique mais technique. J'ai cherché toutefois à développer l'argument sur les paramètres ajoutés que sont l'éthique et la déontologie. Nous sommes au cœur d'un paradoxe structurel : là où le soin devrait être le vecteur d'une rencontre, si la violence physique vient à paraître, il cède alors la place à un autre registre relationnel. Les soignants, au « lit du patient » (ou en après-coup), tentent donc d'inscrire l'acte dans la dimension humaniste du soin. Le fil de l'action n'est pas simple à saisir dans sa complexité conceptuelle : il s'agit de rester soignant tout en laissant place, dans la parenthèse de la violence physique, à la figure du citoyen, tenu d'intervenir dans ces situations. Ces gestes ne sont donc pas réservés au seul personnel infirmier. Il est à regretter que ces faits puissent exister dans l'espace hospitalier. Mais, pour se référer à la dimension humaine, l'histoire comme la clinique nous ont appris que le propre de l'être humain, outre sa volonté à aider un autre que lui-même, est aussi sa capacité à agresser ses semblables. La contention physique peut être considérée selon l'angle du « prendre soin », d'un individu, d'une situation, mais elle n'est pas, de mon point de vue, un soin. Heureusement. ■

Saisie, sécurisation et amenée au sol



Assistance à personne en péril

Parlons de l'agression d'une tierce personne et de l'obligation qu'on a d'intervenir, soit directement, soit en appelant de l'aide et donc en faisant intervenir les personnes compétentes. C'est la notion même d'assistance à personne en péril dont il est question. Cette personne pouvant être, paradoxalement, l'agresseur lui-même. L'obligation de porter assistance à personne en péril côtoie, par ailleurs, la notion de légitime défense. Le code pénal précise, à ce sujet, dans son article 122 5 alinéa 1 : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui, devant une atteinte injustifiée envers elle-même ou autrui, accomplit, dans le même temps, un acte commandé par la nécessité de légitime défense d'elle-même ou d'autrui, sauf s'il y a disproportion entre les moyens de défense employés et la gravité de l'atteinte.* » On se trouve ainsi à de nombreuses reprises dans cette situation, notamment en psychiatrie ou dans des services de crise, comme le service des urgences de l'hôpital général : une personne s'en prend à une autre (autre usager ou personnel du service hospitalier). Elle devient violente physiquement et, saisissant l'autre personne d'une main, elle s'apprête à la frapper. On pourra retenir alors le cadre de l'obligation de porter assistance et, d'autre part, la possibilité de répondre de manière proportionnée à l'attaque. En d'autres termes, si on vous menace d'un coup de poing et que votre agresseur sort de la rixe sur un brancard ou dans le coma, il y a de fortes chances pour qu'on vous interroge sur l'évolution de la situation. Répondre de manière proportionnée n'autorise pas à s'acharner sur l'agresseur lorsqu'on a réussi à prendre le dessus, à le neutraliser. Ainsi est-il possible d'assister physiquement et techniquement une personne agressée ; souvent même, l'agressé s'allie à son sauveteur et aide à neutraliser l'agresseur. Il faut savoir, en ce qui concerne les personnes qui sont chargées d'une mission de service public (les soignants en l'occurrence), que le législateur a prévu, dans le cadre de sa répression des actes violents, certaines mesures qui prennent en compte le statut particulier du personnel hospitalier. Ainsi est-il précisé en l'article 222-9 du code pénal que « *Les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 1 000 000 F d'amende* », en ce qui concerne l'agression du moindre quidam. En revanche, lorsque la personne agressée est « *chargée d'une mission de service public* » et que sa qualité « *est apparente ou connue de l'auteur* », l'article 222-10 prévoit que la peine définie à l'article 222-9 soit portée à « *quinze ans de réclusion criminelle* ». S'il n'y

a pas, suite à l'agression de mutilation ou d'infirmité permanente, le législateur prend en compte le paramètre de l'arrêt de travail. Ainsi, à l'article 222-11, il est défini que « *Les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende* », ceci dans le cas de disposition civile classique (vous vous promenez dans la rue). Toutefois, le soignant agressé qui se voit obligé de prendre un arrêt de travail de plus de huit jours verra son agresseur condamné, selon la définition de l'article 222-12 qui précise que « *L'infraction définie à l'article 222-11 est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende lorsqu'elle est commise : (...) sur une personne chargée d'une mission de service public* ». Même si l'arrêt de travail n'a pas porté sur une durée de plus de huit jours et que la personne agressée était chargée d'une mission de service public, l'agresseur risque, selon l'article 222-13 une peine de « *trois ans d'emprisonnement et 300 000 F d'amende* ». On voit, par référence à la loi et à ses textes, que la situation du personnel hospitalier chargé d'une mission de service public est prise en compte dans ses spécificités et que, en rapport avec le statut de tout citoyen, ce personnel a toute possibilité de se défendre en situation d'agression et de violence physiques. Enfin, reportons-nous à la circulaire DHOS/P1 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence. Ce texte rappelle notamment la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires qui précise que l'employeur, comme toute collectivité publique, est tenu de protéger ses agents contre « *les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils peuvent être victimes (...)* ». Autre point important, il n'existe pas d'item dans le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier qui prévoit la possibilité ou l'obligation de répondre, ou riposter, à l'agression physique. La référence se situe ailleurs, dans la singularité particulière du statut civil de tout individu qui, avant même d'être usager, patient ou professionnel de santé, est citoyen au sens le plus profond du terme : une personne qui jouit du droit de cité, d'être en société et qui se voit attribuer des droits, certes, mais aussi des devoirs.

Cécile Cansot, Juriste, conseillère d'insertion et de probation à la maison d'arrêt de Melun.

Frédéric Masseix, Formateur-Conseil, Sociologue et enseignant d'arts martiaux traditionnels japonais, 4^e Dan de Karaté et Ju-jitsu.

Intervention et assistance

