



Photo : C. Cordonnier

La violence en psychiatrie



Pages 20-25 • **Laurent Morasz**
La violence et le soin en psychiatrie

Pages 26-30 • **Louis Hedktor**
Observer et décrire la violence

Pages 31 • **Raymond Panchaud**
V comme violence

Pages 32-35 • **Danièle Bachmann**
La pulsion violente

Pages 36-41 • **Pierre Karli**
Neurobiologie des comportements violents

Pages 42-46 • **Ginette Michaud**
La tentation de la violence

Pages 47-50 • **François Danet** • **Pierre Achache**
• **Nadia Bouchereau**
Psychotropes et violence

Pages 51-55 • **Frédéric Masseix**
À l'heure du corps à corps...

Pages 56-60 • **Laurent Morasz**
« Ouvre la porte avant que je la défonce ! »

Pages 61-63 • **Laurent Morasz**
« Y'a pas de quoi en faire un drame ! »

Pages 64-69 • **Laurent Morasz**
Soigner la violence en équipe

Les soignants et leurs institutions sont actuellement à la recherche de « solutions » pour faire face à la violence. Or, l'expérience montre que toute approche purement technique ou opératoire est assez rapidement inefficace, voire même parfois génératrice d'une flambée de ces phénomènes. En effet, l'enjeu du « faire face » à la violence se situe tout autant sur le plan fantasmatique (la contenance) que sur celui du réel (la contention). Dans ce sens, ce dossier s'articule en deux temps : comprendre et agir.

La problématique de la violence en psychiatrie est autant un signal qu'un témoin de nos (dys)fonctionnements sociaux et professionnels. Car la contenance dépend de notre capacité à penser et cette capacité de mise en pensée dépend directement de la qualité des capacités de rêverie des soignants.

Photo : C. Cordonnier



La violence et le soin en psychi

La violence a de tout temps été une des préoccupations majeures du champ psychiatrique. Cette affinité sélective est un fait connu et ancien. Toutefois, nous nous trouvons actuellement au cœur d'une évolution significative de cette dialectique psychiatrie/violence. La problématique violente est de plus en plus mise en avant dans les préoccupations des professionnels du champ psychologique et dans leurs réflexions sur la mutation de leur métier.

Cette large mobilisation naît de facteurs convergents dont les effets se font douloureusement ressentir. D'un côté, nous observons l'augmentation quasi exponentielle du nombre des sujets s'exprimant préférentiellement sur un registre agi. De l'autre, nous constatons la progressive altération des capacités conte-

nantes d'un bon nombre d'institutions soignantes, pour des raisons complexes qui tiennent parfois à l'évolution cognitive-comportementale ou biologisante trop exclusive de la psychiatrie moderne. Et au milieu se trouvent tous ces soignants placés chaque jour au plus près de la violence et de l'agressivité de patients qu'ils ne comprennent parfois plus... Le défi à relever par la psychiatrie face aux processus violents et à l'agressivité est double. Il s'agit :

- d'abord de retrouver le chemin d'une clinique de l'agir, nous permettant de replacer ces comportements dans une dynamique de mise en sens et d'élaboration, malgré la tentation toujours plus pressante de recourir à des solutions techniques et chimiothérapeutiques qui ont pourtant montré leurs limites ;
- et parallèlement d'affiner notre cadre

● Laurent Morasz, psychiatre, psychanalyste à Lyon (69). Directeur de l'Institut de formation continue DKM Formations (voir p. 72)
Nous le remercions d'avoir coordonné ce dossier.



atrie

conceptuel à l'égard de ces « pathologies limites », de plus en plus nombreuses, qui viennent se heurter aux cadres soignants, sociaux et judiciaires habituels.

C'est au prix de ce double effort clinique que nous tracerons les lignes directrices qui nous permettront de faire face à l'enjeu majeur que représente pour nous la prise en charge satisfaisante de l'agir, de la violence et de l'agressivité dans notre quotidien.

▶ LE FAIT VIOLENT

La violence est un processus complexe et multiforme. En effet, même si la première chose qu'évoque le mot violence est sa traduction réelle au travers des coups et des hématomes, n'oublions pas que cette dernière ne s'exprime « que parfois » de cette manière. En

effet, la violence naît d'un noyau psychique universel qui peut prendre toutes les formes, des plus concrètes aux plus abstraites ou symboliques. C'est pourquoi toute approche de cette problématique se doit de considérer conjointement les composantes réelles, fantasmatiques et symboliques de la violence qui sont autant de facettes indissociables du même objet : la pulsionnalité violente. Ainsi, nous pouvons considérer que la violence est un fait (concret, psychique, imaginaire, moral...) né d'une interaction reposant sur une base pulsionnelle particulière qui lui donne son sens et qui génère chez la victime un vécu douloureux d'effraction (physique ou psychique).

■ La violence est une réalité
Lorsque l'on demande à des groupes de soignants de faire part des phénomènes violents auxquels ils ont été confrontés dans leur vie professionnelle, les réponses fusent. Toutes les catégories se retrouvent avec constance : les vio-

lences physiques (coups, blessures, suicide, automutilation...), les violences verbales ou gestuelles (insultes, menaces, provocation...), les violences matérielles (vols, dégradations, racket...), les violences sexuelles (attouchements, exhibition...), les violences psychologiques (harcèlement, persécution, humiliation...) et les violences institutionnelles (mise en danger des équipes, abandon par l'institution, perversion de certains règlements, positions paradoxales imposées...). Cette approche descriptive « spontanée » dessine une première organisation qui tente d'ordonner l'hétérogénéité des actes qui portent la violence. Mais elle témoigne aussi, par la tonalité affective avec laquelle sont évoqués ces exemples, de leur vécu différentiel en fonction de leur nature. En service, les violences verbales sont ainsi désignées comme étant les plus fréquentes, les physiques comme les plus graves, bien que décrites comme moins fréquentes que le vécu d'insécurité qu'elles génèrent pourrait le laisser penser. La violence psychologique est, quant à elle, décrite comme la plus épuisante, tandis que les violences institutionnelles sont unanimement pointées comme étant les plus intolérables. Le passage à l'acte physique ne constitue donc pas (et de loin !) la seule préoccupation des soignants à l'égard de la violence ; une précision qui vient contre-balancer la tendance (parfois forte) à réduire la réflexion autour de la violence à l'établissement de protocoles opératoires pensés pour faire face à sa réalité qui, si elle existe, ne constitue que la face émergée de « l'iceberg violence » flottant « en mer de psychiatrie ».

■ La violence est un effet

Le langage français fait du mot « violence » un terme relativement flou qui désigne autant l'acte, que la motivation ou la manière d'être de celui qui l'agit. La définition psychosociologique de la violence proposée par Michaud (1978) me semble plus adaptée à notre réflexion. « Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs

possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles ».

Cette définition est extrêmement intéressante car :

- elle tient compte du côté interactionnel de la situation de violence et du caractère éventuellement complexe ou dilué des sujets en cause (exemple des violences institutionnelles...);
- elle inclut tous les types de violence, dont la violence psychique.
- elle privilégie le point de vue de la victime, en ne faisant pas reposer la définition sur le côté volontaire, ou pas, de la nocivité de l'acte. Elle délaisse ainsi l'intentionnalité. Ce qui importe, c'est que cette action fasse violence chez la victime.

En laissant de côté ce qui relève de l'intention de celui qui agit l'acte violent, elle permet de qualifier la possibilité de souffrir de la violence d'un acte qui ne l'est pas forcément initialement. Par exemple, la mutilation physique exercée par un chirurgien qui doit amputer un malade pour le sauver peut authentiquement être qualifiée de violence physique pour celui qui la subit, même si elle ne procède pas d'une intentionnalité violente de la part de son médecin. Parallèlement, la restriction de sortie posée par une équipe soignante pour protéger un patient peut être vécue comme une violence exercée à son encontre, même si elle est cliniquement justifiée. Cette définition psychosociologique qualifie donc l'effet de l'agression subie sans préjuger de la nature du mouvement qui la porte. L'action violente peut ainsi se concevoir comme une « action qui fait violence ». En ce sens, elle est basée sur la nature du vécu plus que sur celle de son action. Elle se situe du côté de la victime dont le vécu subjectif déterminera l'aspect violent ou non pour lui de tel ou tel acte.

■ La violence naît d'une certaine intentionnalité

L'intentionnalité de celui qui agit un acte dont les effets sont violents participe au sens que l'acte violent peut prendre et aux effets psychologiques secondaires. C'est cet aspect, cette fois lié au point de vue de l'agresseur, qu'a formalisé Feshbach (1964), dans sa classification modifiée secondairement par Bandura (1973). Elle vise à décrire le but de l'agression. Trois catégories s'en dégagent :

- L'agression motivée par une condition désagréable est entreprise dans le but de réduire ou d'échapper à un malaise, à un mauvais traitement ou à une situation stressante.

Roger est hospitalisé dans le cadre d'un délire de persécution. Il est persuadé que son entourage veut l'empoisonner. C'est donc presque naturellement qu'il va bousculer et tenter de frapper les deux infirmiers entrés dans sa chambre d'isolement pour lui faire une injection de neuroleptiques. Il est persuadé qu'ils viennent achever l'œuvre meurtrière à laquelle il a échappé pour le moment par sa vigilance exacerbée.

- L'agression motivée par un facteur externe qualifie, elle, une agression réalisée en vue d'atteindre des buts autres que la blessure de l'agressé.

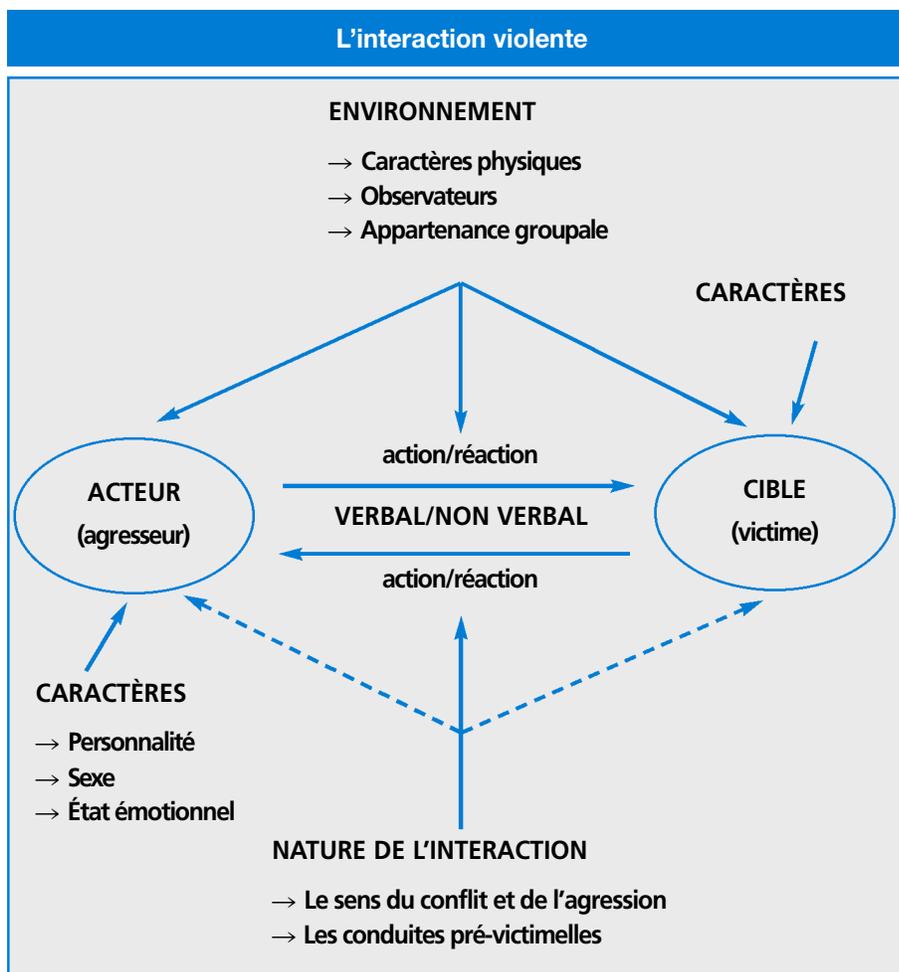
Sylvie, patiente toxicomane à l'héroïne, est surprise dans le parc de l'hôpital en train de menacer une autre patiente. Elle tente de la convaincre de ne pas prendre ses anxiolytiques dans le service et de les lui remettre discrètement après le repas.

- L'agression expressive est, quant à elle, motivée par le désir de s'exprimer par la violence.

Yves, est hospitalisé en hospitalisation d'office, à la suite d'une nouvelle altercation dans la rue avec un homme qui lui a « manqué de respect ». Dès les premiers jours dans le service, il se montre très agressif, supportant mal les contraintes, terrorisant les autres malades et prenant un malin plaisir à faire peur aux élèves infirmières de l'unité.

Le fait que la violence exercée sur les soignants soit défensive, instrumentale ou expressive est fondamental en pratique clinique psychiatrique, tant elle éclaire la dynamique dans laquelle se situe le patient dans l'acte dans ce qu'il vient signifier.

L'étude de l'intentionnalité introduit dans notre réflexion une autre notion fondamentale, celle de l'agressivité. Cette dernière se définit comme une tendance à attaquer. Il s'agit, comme ont pu l'écrire Laplanche et Pontalis (1992) de « tendances ou ensemble de tendances, qui s'actualisent dans des conduites fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, à le détruire, le contraindre, l'humilier... L'agressivité connaît d'autres modalités que l'action



motrice violente et destructrice ; il n'est aucune conduite aussi bien négative (refus d'assistance par exemple) que positive, symbolique (ironie par exemple), qu'effectivement agie, qui ne puisse fonctionner comme agression... »
L'intentionnalité est ici nette. Elle rejoint la notion de désir et de plaisir à agresser (plaisir souvent inconscient). La question de la pulsionnalité est ainsi mise en avant. Rien ne dit d'ailleurs que cette intentionnalité doit être suivie « d'exécution » pour que l'agressivité se trouve constituée. Le mouvement pulsionnel suffit à la qualifier.

▶ LA DYNAMIQUE VIOLENTE

■ La violence est une interaction complexe

La violence est une interaction complexe qui est déterminée par de nombreux facteurs (cf. schéma *L'interaction violente ci-contre*). Sa compréhension, sa prise en charge et sa compréhension requièrent donc une interrogation des différents niveaux interactionnels impliqués dans la situation que l'on met en travail. La complexité de cette interaction m'a amené à proposer l'utilisation d'une grille d'analyse des comportements violents (la grille en 9 points, cf. tableau - *La démarche d'analyse des comportements violents*) destinée à guider et à systématiser la pensée des équipes lors de la survenue d'un événement violent.

■ Cette interaction repose sur une base pulsionnelle particulière
Un des facteurs déterminants de la fréquence des mouvements violents en psychiatrie est l'implication des carences préconscientes dans la tendance à l'agir. Mais, au-delà de cette « sensibilité » à l'acting liée à un fonctionnement psychique de type limite ou psychotique, il est important de distinguer chez nos patients deux mouvements pulsionnels différents : la violence fondamentale et l'agressivité.

• La violence fondamentale

Décrite par J. Bergeret, c'est une pulsion primaire purement défensive. Elle ne vise pas un objet au sens propre (tel que l'autre), mais est avant tout destinée à protéger l'individu qui l'éprouve. Dans ce cas, les passages à l'acte ne visent pas une victime pour ce qu'elle est, mais pour éloigner le danger qu'elle incarne.

C'est par exemple le cas de François, patient totalement dissocié, qui après s'être agité dans la salle télé du service, se rue vers la porte en bousculant violemment l'infirmière qui tentait de s'interposer. Mû par une dynamique de défense, il ne l'a pas attaqué pour lui faire mal, mais parce qu'elle était un obstacle entre lui et la sortie, entre le danger et la survie. D'ailleurs François expliquera, le lendemain n'ayant même, pas fait attention à qui il avait précisément bousculé.

• L'agressivité

Pulsion plus secondarisée, l'agressivité naît de l'intrication pulsionnelle entre le courant libidinal et la violence fondamentale pour aboutir à une pulsionnalité différenciée caractérisée par un plaisir ou un désir d'attaquer ou de nuire. Dans cette dynamique, l'autre est attaqué pour ce qu'il est et ce qu'il représente pour le sujet.

À un autre moment, le même François, dans une dynamique plus délirante, sautera à la gorge de Paul, son référent,

LA DÉMARCHE D'ANALYSE DES COMPORTEMENTS VIOLENTS

1- Les agresseurs :

- un patient
- une relation du patient
- un groupe
- un membre du personnel
- une administration
- une institution

2- Les types de violence :

- violence physique
- violence verbale
- menace de violence
- violence psychique
- violence sexuelle

3- Les objets de l'agression :

- l'agresseur (auto-agression)
- un soignant
- un autre membre du personnel
- un patient
- un proche d'un patient
- du matériel (du service ou personnel)
- une équipe soignante
- une institution

4- Le trouble sous-jacent :

- trouble mental organique
- trouble psychotique
- trouble non psychotique
- absence de troubles psychiatriques

5- Le degré de conscience :

- **degré 1** : violence « involontaire » avec capacité de jugement altérée (ex. : sujet délirant halluciné)

- **degré 2** : violence « réactionnelle », conscience préservée mais débordement émotionnel (ex. : sujet alcoolisé déshinibé mais ayant gardé un contact certain avec la réalité)
- **degré 3** : violence « volontaire » et délibérée (ex. sujet psychopathe)

6- L'aspect interactionnel :

- analyse de la situation dans laquelle s'est produit l'acte
- analyse des facteurs déterminants éventuels
- le sens de l'agression dans la relation agresseur-agressé
- attitudes et contre-attitudes

7- La compréhension psychodynamique :

- identifier le conflit psychique en cause
- sens psychodynamique de cette agression chez le patient avec analyse des mécanismes de défense associés
- objet visé sur le plan symbolique
- sentiments contre-transférentiels

8- Le traitement :

- psychologique (verbal)
- physique (contention)
- pharmacologique
- reprise institutionnelle
- prise en charge des victimes

9- Le cadre dont relève l'agression :

- cadre de soin (mesure d'hospitalisation sous contrainte à prévoir ?)
- cadre légal (dépôt d'une plainte ?)

qu'il soupçonne de comploter avec le médecin du service pour « l'enfermer à vie ». Il y pensera plusieurs jours, repérant le moment où Paul sera seul dans la salle de soin. À ce moment, François est mû par l'agressivité. C'est à Paul et à ce qu'il représente dans son scénario fantasmatique qu'il s'attaque, pas à un infirmier lambda qui passe par là. Il n'exprimera d'ailleurs aucune culpabilité par rapport à son geste qu'il juge justifié.

Cette distinction est indispensable dans l'approche clinique des comportements violents. En la comprenant, nous pouvons en effet spécifier nos réponses, nuancer nos vécus et adapter nos positionnements.

■ La violence a un sens à chaque fois original

À côté de cette distinction pulsionnelle, il est également indispensable de distinguer les différentes dynamiques violentes. En effet, à chaque structure psychopathologique correspond un profil prévalent de passages à l'acte. Ainsi, il n'y a rien de commun entre le passage à l'acte d'un patient limite exprimant une rage narcissique liée au vécu d'effondrement dépressif que lui renvoie toute référence à des limites, et celui d'un patient schizophrène qui attaque un soignant à l'issue d'une construction délirante évoluant depuis plusieurs jours. La connaissance du lien entre psychopathologie et acting permet de mieux les prévenir et de mieux les traiter. Elle soutient également la compréhension individuelle, base du travail d'infirmier en psychiatrie, que nous pouvons avoir de ces patients et de la souffrance qui les étreint.

■ La violence génère chez la victime un vécu d'effraction

L'infirmier en psychiatrie est donc placé à la croisée de différentes dynamiques violentes. À la violence agie (ou créée...), se mêle en effet une violence plus insidieuse : celle du côtoiement quotidien de la souffrance.

Le professionnel du soin psychique est en effet confronté à deux risques violents distincts :

- le premier concerne l'irruption de la violence brutale qui peut entraîner, par ses capacités d'effraction, de véritables vécus traumatiques ;
- le second, plus insidieux, est relatif

Photo : C. Cordonnier



aux micro-traumatismes quotidiens liés au frayage avec la souffrance et l'agressivité inhérente à la maladie mentale. Cette exposition mortifère expose, quant à elle, plus à un vécu d'épuisement professionnel, véritable dépression professionnelle.

Au-delà de sa prise en charge concrète (renforts, contention...), la dynamique violente nécessite donc un véritable travail d'élaboration propre à permettre à tous de « digérer » psychiquement la part psychique de cette violence indissociable de la prise en charge de la maladie mentale.

■ La violence entre pulsion de mort et pulsion de vie

La violence est un processus hétérogène qui infiltre et sous-tend nombre de comportements et de fantasmes. Qu'elle s'origine dans l'archaïque d'un mouvement de violence fondamentale ou qu'elle se nourrisse d'une pulsionnalité agressive plus libidinalisée qui vise l'attaque, elle peut meurtrir, effracter ou laisser ses marques sur celui qui en est la victime. Mais si la violence attaque, elle protège aussi. Elle permet d'éviter l'effondrement de celui qui n'a d'autre recours que cette externalisation d'une conflictualité psychique inélaborable en l'état. Elle détourne la souffrance du déprimé qui se remplit et se cache der-

rière ce leurre explosif qui l'empêche de se trouver, tout en lui permettant de pas se perdre. Elle prolonge le scénario fantasmatique du délirant par le biais de la projection en éloignant la menace interne d'un Moi bien peu contenant.

Quoique plus intimement liée au fonctionnement structurel prégénital (psychoses et états limites), cette tendance à avoir recours à l'agir ou à l'agressivité se retrouve donc dans toutes les structures (y compris névrotiques). Elle est multiple en ce qu'elle résulte d'une histoire avant d'être un acte. Elle est le produit d'une rencontre entre un sujet et cet autre qu'on nomme le tiers, dans un environnement particulier au cœur de forces pulsionnelles qui s'entrecroisent. Elle est à la fois un mouvement d'attaque et de défense qui fait mal, qui déstabilise mais qui tente aussi d'équilibrer le déséquilibre interne. En ce sens, elle n'est pas qu'affaire de destructivité, de désastre et de mort. Car derrière cette violence il y a aussi la vie :

- celle de la pulsion originaire ;
- celle de la violence fondamentale à partir de laquelle la vie psychique se déploie ;
- celle d'un combat psychique qui ne trouve d'autre issue que cette mise au dehors entre éjection et emprise sur un monde et un autre qui échappe ou désorganise.

▶ LA VIOLENCE NOUS SOLLICITE DANS CE QUE NOUS SOMMES

En tant que représentante de la déliaison, la violence vient parler d'un manque, celui du lien, celui des liens. Mais la violence porte aussi la vie en ce qu'elle demande le lien de l'autre, en ce qu'elle le sollicite, parfois même sans le vouloir, dans ce qu'il a de plus intime : sa capacité de pensée. La violence ne se réduit donc pas à la pulsion de mort. Elle s'y rattache parfois quand elle ne parvient pas à trouver l'autre en face d'elle, celui qui pense, celui qui symbolise et celui qui distancie. Mais elle est aussi cette dynamique de vie qui, en ouvrant une brèche, montre le manque et la souffrance dont elle témoigne. Elle est source de vie quand elle ouvre une voie vers des liens, celle d'une compréhension plus juste de ce qui se joue au plus profond du sujet qui l'agit. Ce faisant, elle en dit plus que les mots dans la mesure où, bien souvent, elle porte un sens qui ne peut advenir que par cette extrajection. La violence peut donc trouver (et créer) la vie quand elle trouve l'autre. Cet autre, c'est celui de la liaison, celui de la transformation en contenus psychiques plus élaborables car plus secondarisés. Cet autre, à la place si importante dans l'équilibre de cette dynamique entre pulsions de vie et pulsions de mort, c'est le soignant ; cet être si humain qui reçoit cette violence et qui en souffre avant de pouvoir la penser. Ce sujet lui-même parcouru d'une pulsionnalité violente propre qui se trouve éveillée par ce malström énergétique qu'est l'acting. La violence sollicite ainsi directement la part de nous-même que nous engageons dans notre activité professionnelle. Elle questionne autant le malade que le soin et les soignants. Car elle est avant tout une affaire de contenance avant d'être une question de contention. La contention, au sens concret du terme, ne l'aidera qu'en la potentialisant ou en palliant ses défaillances. Elle sera là quand plus rien d'autre ne sera possible, pour justement permettre qu'autre chose devienne concevable. L'enjeu central du soin face à la violence se trouve donc dans l'éprouvé d'un travail possible de transformation et de détoxication psychique qui commence par l'accueil et finit par la symbolisation des conflits qui la sous-tendent. Le vrai risque soignant est ainsi le risque psychique, qu'il soit celui du

frayage avec la violence ou celui de l'accompagnement de la souffrance. La difficulté et la richesse de notre position soignante tient ainsi dans la mise à disposition d'une certaine part de nous-même dans ce travail de mise en lien.

▶ LA VIOLENCE COMME INDICATEUR

C'est donc cet autre dont nous parlons, ce soignant si fragile, qui doit porter le travail psychique de contenance à « opposer » à la violence. Cette contenance est affaire d'Homme, d'humanité et de sensibilité, mais aussi de travail clinique, d'élaboration de l'interstitiel. Enfin, elle est également l'affaire d'une position soignante relationnelle parfois mise en danger par les évolutions opératoires d'une psychiatrie, tellement moderne, qu'elle perd parfois le lien avec l'intime du sujet, avec ce qui le fonde et le transcende. Nous percevons que cette question dépasse largement le simple champ de la violence. Elle est une interrogation sur l'avenir global de la psychiatrie et sur la place qu'il laissera ou non à la subjectivité. La problématique de la violence en psychiatrie est donc autant un signal qu'un témoin de nos (dys)fonctionnements sociaux et professionnels. Car la contenance dépend de notre capacité à penser et cette capacité de mise en pensée dépend directement de la qualité des capacités de rêverie des soignants. Pour pouvoir être contenant encore faut-il être dans un cadre qui le favorise.

Sans cette capacité de rêverie, sans cette force qu'est la pensée, nous risquons d'être rapidement condamnés à réagir en miroir face à la violence, dans des comportements codifiés, transmis par des formations opératoires ne transmettant qu'une technique. Résistons aux sirènes d'une dynamique de soin de plus en plus concrétisante et normative qui, si elle se propose de contenir la réalité de l'acte violent, ne prend en compte ni sa fonction, ni son sens, nous exposant ainsi à un risque majeur d'enfermement croisé dans une compulsion de répétition opposant agir et contre-agir. En ce sens, la fréquence des agirs violents et la façon dont ils peuvent être pris en charge sont un formidable indicateur de l'état de « santé » de nos institutions psychiques... La problématique de la violence en psychiatrie nous rappelle ainsi l'importance de la contenance psychique à apporter à nos

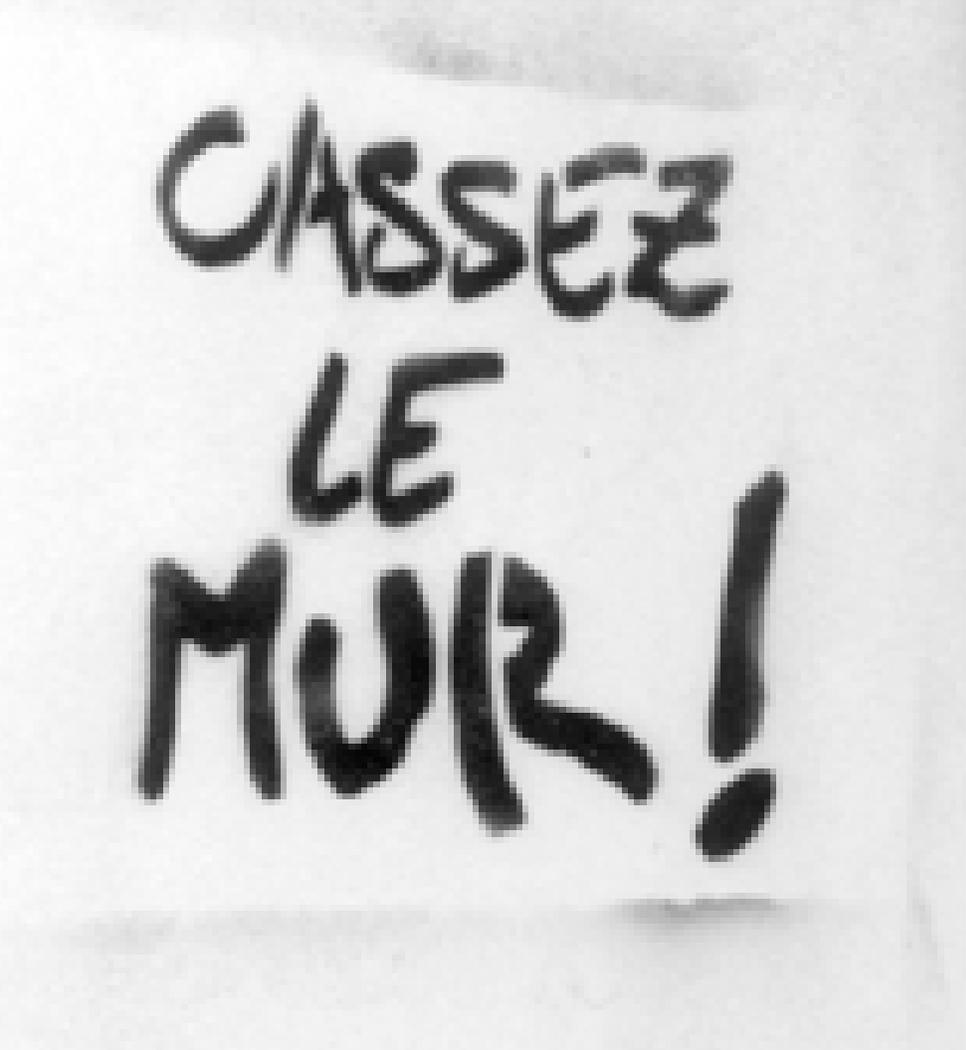
patients, celle qui fait naître et qui renforce la vie psychique, celui qui permet la créativité et qui déploie l'originalité et la différence. C'est cette capacité d'écoute, de résonance et de souplesse psychique qui nous permet de rencontrer l'autre parce que nous savons rencontrer cette part d'autre qui est en nous, à travers l'acceptation de cette part d'ombre qui nous constitue. Relevons ensemble ce défi et opposons à la destructivité potentielle de la violence autre chose que la mort de la pensée et de la subjectivité. À nous d'entendre la vie derrière la violence. À nous de rester « vivants » face à ces processus et ces évolutions desubjectivantes. À nous de continuer à chercher et à trouver l'autre dans ce qu'il a de souffrant et dans ce qu'il a d'humain... ■

Bibliographie

- Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, PUF, Paris, 1988.
- Bergeret J., *La violence fondamentale*, Dunod, Paris, 1984.
- Chabert C. et coll., *Névroses et fonctionnements limites*, Dunod, Paris, 1999.
- Ferrand A., *Pulsion et lien d'emprise*, Dunod, Paris, 2001.
- Guillaumin J. et coll., *L'invention de la pulsion de mort*, Dunod, Paris 2000.
- Laplanche J., J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse 1 vol.* PUF, Paris, 1992.
- Michaud F., *La violence*, PUF, Paris, 1978.
- Millaud F., *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*, Masson, Paris, 1998.
- Monceau M., *Soigner en psychiatrie*, Gaëtan Morin éditeur, Paris, 1999.
- Morasz L., *Le soignant face à la souffrance*, Dunod, Paris, 1999.
- Morasz L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Dunod, Paris, 2002.
- Morasz L., et coll., *L'infirmier en psychiatrie*, Masson, Paris, 2003.
- Roussillon R., *Paradoxes et pluralité de la pulsion de mort : l'identité de perception*. In (J. Guillaumin et coll.) : *L'invention de la pulsion de mort*. Dunod, Paris, 2000.
- Senninger J.-L., Fontaa V., *Psychopathologie des malades dangereux*, Dunod, Paris, 1999.
- Zagury D., *Le passage à l'acte du paranoïaque*. In (Millaud F. et coll.) *Le passage à l'acte*, Masson, Paris, 1998.

**Mots et vocables,
particularismes
et états pathologiques...
autant d'angles
de compréhension
des faits et méfaits liés
à l'agressivité et
à la violence.**

Photo : H. Lavielle



CASSEZ
LE
MUR!

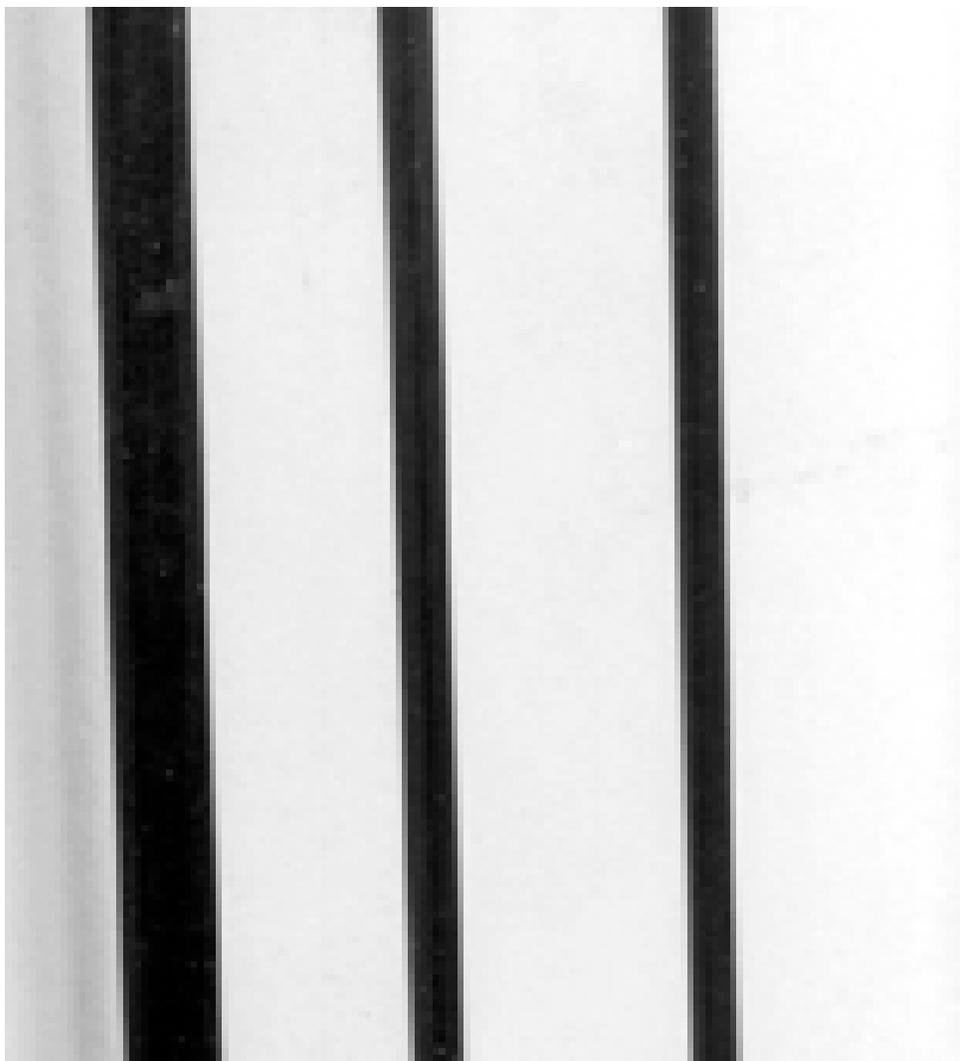
La violence, mots pour maux

Selon l'étymologie, « violence » vient du latin *violentia* qui signifie violence, caractère violent ou farouche, force. Le verbe *violare* a le sens de traiter avec violence, profaner, transgresser, avec une insistance sur l'infraction et l'outrage. Ces termes renvoient à *vis*, c'est-à-dire à force, vigueur, puissance, violence, emploi de la force physique, mais aussi quantité, abondance, essence ou caractère essentiel d'une chose. *Vis* signifie la force en action, la ressource d'un corps pour exercer sa force, et donc la puissance, la force vitale.

Au *vis* latin correspond l'*is* homérique grec qui signifie force, vigueur et se rattache à *Bia*, force vitale, force du corps vigueur et donc l'emploi de la force, la violence. Les linguistes rattachent ces termes au sanskrit *j (i) ya* qui a le sens de prédominance, puissance, domination

qui prévaut. Au cœur de la notion de violence, note Y. Michaud, « *il y a ainsi l'idée d'une force, d'une puissance naturelle dont l'exercice contre quelque chose ou contre quelqu'un fait le caractère violent. Au fur et à mesure que l'on se rapproche du noyau de la signification s'estompent les évaluations pour laisser place à la force en elle-même, non qualifiée. Cette force, vertu d'une chose ou d'un être, est ce qu'elle est sans considération de valeur. Elle est violence lorsqu'elle dépasse la mesure ou perturbe un ordre* ».

La violence a, aujourd'hui, perdu ce caractère de vertu. Elle n'est plus que force brutale, intimidation, actes commis contre l'autre. Elle est forcément dépassement de la mesure et perturbation de l'ordre. Elle remet en cause le fonctionnement d'institutions qui visent à éliminer tout désordre. Lorsqu'elle apparaît dans les soins, elle interdit les



termes de la série. Le terme n'a pas été forgé pour décrire une action particulière, mais pour justifier la réponse opposée à cette action, dans un souci de sanction de l'acte. L'agresseur est ainsi défini par le Grand Robert comme celui qui attaque sans avoir été provoqué, comme celui qui commet une agression. Le premier sens rapporté au mot agression par le Grand Robert se réfère au droit pénal : « *Attaque contre les personnes ou les biens protégés par la loi pénale.* » ou au droit international : « *Attaque armée d'un État contre un autre, non justifiée par la légitime défense* ». Littré confirme cette lecture en différenciant l'attaque, l'acte, le fait (on pourrait presque remplacer attaque par violence) de l'agression, acte, fait considéré moralement et pour savoir à qui est le premier tort.

Toute cette série de mots viendrait d'*ag-gredior*, qui fait *gressus sum*, *gredi* qui signifiait lorsqu'il était intransitif aller vers, s'approcher et entreprendre ; et aborder, entreprendre quelqu'un, attaquer lorsqu'il était transitif. Ce qui nous paraît signifier que l'attaque, l'agressivité est une manière d'aller vers l'autre, de l'aborder. Nous retrouvons ainsi la définition proposée par le dictionnaire de psychologie Larousse : « *Tendance à attaquer l'intégrité physique ou psychique d'un autre être vivant* ».

Nous pouvons retenir, dans une première approche, que si la violence est une force brutale qui vient perturber l'ordre, la mesure, le lien social, l'agressivité renvoie à l'ordre, à la mesure, à la réciprocité, à la sanction. Bergeret n'écrit pas autre chose.

► DÉCRIRE L'AGITATION

C'est donc à partir de l'agitation en psychiatrie que l'on a, d'emblée, pensé les troubles du comportement agressif. Le mot agitation vient du latin *agere* « faire » par son fréquentatif *agitare* « pousser fortement ». L'agitation est d'abord un trouble du comportement psychomoteur qui traduit un état d'excitation psychique d'intensité variable. Selon le degré d'altération psychique et la structure psychopathologique dont elle dépend, la crise d'agitation exprime à, des degrés divers, la perte de contrôle des pensées et des actes. L'agitation est un trouble du comportement manifesté par une exagération des mouvements, des gestes et de la mimique. Elle est

soignants, elle dépasse leur capacité à penser.

► DES NUANCES AU FIL DU TEMPS

Si en français, le même mot exprime à la fois la combativité (exemple celle du cadre dynamique) et la violence, il n'en va pas de même pour l'anglais. Si le terme *aggressiveness* fait référence à une agressivité positive, à la base du dynamisme général de la personnalité et des comportements adaptatifs, celui d'*aggressivity* traduit l'agressivité dans son sens négatif habituel. Il y aurait ainsi deux formes d'agressivité : l'une qui serait une tentative plus ou moins réussie d'adaptation à l'environnement et l'autre qui serait la projection d'une énergie interne destructrice. En nous intéressant aux termes forgés sur le radical « agression », nous nous rendrons compte que si le verbe agresser suivi par le nom agresseur apparaît en France dès la fin du XIII^e siècle, il disparaît de la langue du XVI^e siècle au XIX^e siècle (1892), comme si ce qui comptait c'était de définir non pas l'action d'agresser mais celui qui commet l'agression.

La racine se rattache au bas latin *agressor* d'après le participe passé *aggressus* du verbe *aggredi* (attaquer), il décrit celui qui attaque. C'est ainsi que le Petit dictionnaire Universel de Littré (1879) définira l'agresseur comme celui qui attaque le premier, et l'agression comme l'action de celui qui attaque. Le Petit Robert définit l'agressivité comme le caractère agressif (qui marque la volonté d'attaquer sans ménagement) et comme la manifestation de l'instinct d'agression (psychologie). Le dictionnaire encyclopédique Larousse la définit comme une tendance à attaquer, une tendance à se livrer à des actes hostiles à l'égard d'autrui. Il est à noter que le mot générique n'est plus le mot agresseur, ni celui d'agression, mais le verbe agresser rapporté au latin *aggredi*. Pourquoi faire un tel détour ? Pour bien montrer que l'agression n'est pas une attaque simple (tout au moins pour la langue). Si l'agresseur est celui qui attaque le premier, qui provoque, c'est bien qu'il va y avoir un deuxième, une réponse et c'est l'existence de cette réponse qui justifie l'utilisation des

spontanée, en rapport avec l'exaltation affective et l'excitation mentale, ou réactionnelle, provoquée par des stimulations du milieu. Elle peut être désordonnée, sans intention ni but, ou agressive. L'agitation est le terme générique pour décrire des comportements aussi différents que l'excitation, la turbulence, l'hyperactivité ou la fureur.

- L'excitation est une exagération des activités psychiques, intellectuelles, verbales (on parle ainsi par exemple de logorrhée), motrices (agitation) qui survient dans l'exaltation affective (colère, « crise de nerfs »), dans la manie (au début on ne remarque qu'une simple excitation), les délires, l'ivresse... L'excitation peut être simple ou agressive, gênante ou dangereuse.

- La turbulence se définit comme une agitation désordonnée, sans agressivité chez l'enfant et le sujet sénile. La turbulence maniaque déborde vite en agitation voire en excitation hostile lorsque l'on tente de la limiter.

L'agitation qui n'est donc pas forcément agressive ou violente est à considérer comme une urgence psychiatrique parce qu'elle correspond à une augmentation d'activité de toutes les fonctions qui participent à la vie psychique. Elle se caractérise selon son intensité, sa nature et sa signification.

Trois termes permettent de décrire son intensité : hyperactivité, agitation et fureur.

- L'hyperactivité désigne une augmentation des conduites motrices et des comportements complexes. Elle peut être coordonnée et efficace. Elle s'observe aussi bien chez le sujet normal que dans les états d'excitation de type maniaques, qu'ils soient débutants ou modérés. On emploie ce terme également chez l'enfant pour décrire l'instabilité psychomotrice qui se caractérise par l'impossibilité pour l'enfant de rester en place, de maintenir son attention, de poursuivre une activité continue. Cette hyperactivité retentit souvent sur l'adaptation scolaire et sociale, qu'elle soit considérée comme constitutionnelle, secondaire à des facteurs psychosociaux (mésentente familiale, déménagement...) ou liée à des troubles cérébraux minimes.

- L'agitation, dans ce sens, désigne un niveau d'hyperactivité motrice pathologique où les gestes et les comportements se succèdent sans coordination

et sans efficacité, où le sujet passe sans cesse d'une ébauche d'activité à une autre de façon désordonnée et sans pouvoir se contrôler, et où les conduites violentes et agressives sont fréquentes.

- La fureur, enfin, décrit une agitation extrême, accompagnée d'une exaltation émotionnelle intense faite de colère et d'agressivité totalement incontrôlée, destructive et parfois meurtrière. On parle de fureur maniaque ou de fureur épileptique. Ceux qui y ont été confrontés s'en souviennent et ne peuvent confondre avec une autre forme d'agitation. Le patient peut ainsi totalement détruire sa chambre, son domicile et agresser physiquement très gravement ceux qui gravitent autour de lui. Confronté à une telle situation, la priorité est de protéger l'environnement humain (patients, étudiants, proches...). Il ne faut intervenir physiquement qu'en étant suffisamment nombreux pour le faire. La fureur s'accompagne généralement d'une certaine obtusion de la conscience (difficulté de compréhension, lenteur de la pensée, torpeur intellectuelle, difficulté à se repérer dans le temps et dans l'espace). Elle peut être suivie d'une amnésie lacunaire plus ou moins complète portant sur la durée de l'accès.

▶ ÉTATS D'AGITATION ET CRISES D'AGITATION

- Les états d'agitation s'observent généralement dans les psychoses telles que la manie (PMD), les états délirants aigus, les états schizophréniques où l'agitation est le plus souvent incohérente, brutale et sans lien apparent avec les expressions affectives et verbales, ce qui lui donne cet aspect bizarre, étrange. On observe également des états d'agitation dans les altérations cérébrales organiques telles que les confusions mentales où elle peut exprimer les contenus du délire onirique, et les intoxications par l'alcool ou les psychodysléptiques.

- Les crises d'agitation, quel que soit le terrain sur lequel elles surviennent, sont en général moins directement liées à un processus psychotique interne. Elles sont plus facilement compréhensibles sous la forme d'interaction avec l'environnement, et surtout plus brèves. Elles ne relèvent donc pas des mêmes mesures thérapeutiques. Elles surviennent facilement chez certains sujets particulièrement excitables et dont les capacités de contrôle sont faibles. On

les retrouve dans les cas d'arriération mentale, de démence organique, ou d'épilepsie. Les sujets atteints de psychose peuvent également réagir par une crise d'agitation à une frustration affective, à un conflit relationnel, à des hallucinations auditives ou à un délire.

- La crise d'hystérie se caractérise par son aspect « théâtral ». Elle admet une forme mineure : la « crise de nerfs » que tout le monde connaît. Ces crises ont souvent le double aspect de décharge émotionnelle réactionnelle à une difficulté ou à une frustration et d'appel à l'entourage afin de trouver assistance et soutien. On les observe chez les personnalités immatures et dépendantes, théâtrales et psychopathiques.

- Une agitation anxieuse peut s'observer au cours de crises d'angoisse aiguë et chez certains sujets déprimés, où elle coexiste avec un ralentissement psychomoteur qu'elle masque en partie.

- L'impulsion se définit par le besoin impérieux et brutal d'effectuer un acte délictueux, agressif ou absurde. On qualifie de raptus une impulsion brusque, irrésistible, immédiatement agie, souvent violente (suicide, automutilation grave, agression). Un patient, par exemple, vous parle, il se lève, ouvre la fenêtre et se jette dans le vide. L'impulsivité se rencontre chez certaines personnalités pathologiques (psychopathes, alcooliques, toxicomanes) mais peut se retrouver dans des états pathologiques très divers : manie, schizophrénie, démences organiques, épilepsie.

- La colère est une émotion brutale qui s'exprime par une excitation verbale et gestuelle, orientée dans le sens de l'agressivité et qui s'accompagne de manifestations neurovégétatives dominées par l'éréthisme cardio-vasculaire et les fluctuations vasomotrices. Elle est une réponse (souvent alternative à la peur) à une situation de menace ou à une situation de frustration. Elle n'est pas pathologique par elle-même, pas plus que l'agressivité, à laquelle elle est liée. Elle se conçoit comme une dimension nécessaire à la survie de tout organisme vivant et a, dans ce sens, une fonction adaptative. La colère n'est pathologique que lorsqu'elle survient en dehors de cette fonction, de façon disproportionnée à la situation, ou plus souvent dans le contexte d'un état pathologique par lui-même. La colère est également une des étapes du travail



Photo : H. Lavielle

extrême avec mal être physique, insomnie, état quasi-somnambulique. Le sujet soliloque, devient rapidement incohérent. L'onirisme est franc avec des hallucinations visuelles et auditives terrifiantes (des insectes grouillent sur et sous sa peau). Se sentant agressé le patient peut devenir agressif pour lui-même et pour autrui.

- L'ivresse alcoolique aiguë peut entraîner de façon banale une agitation. La turbulence, la logorrhée vaniteuse ou larmoyante, qui oscille entre jovialité et agressivité, s'accompagnent des troubles classiques de l'équilibre et de l'élocution. Les ivresses peuvent revêtir un caractère nettement plus pathologique : ivresse excito-motrice, avec crise de fureur, violences, voire même ivresse délirante et hallucinatoire, teintée d'onirisme. Le sujet adhère immédiatement aux fantasmes vécus. Cette adhésion, ces hallucinations entraînent des fugues, des auto-accusations, voire même parfois des suicides impulsifs.

- L'agitation avec syndrome confusionnel doit faire penser à une encéphalopathie porto-cave de Gayet-Wernicke ou à une détérioration organique. Les toxiques psychodysléptiques sont également susceptibles d'entraîner des états confuso-délirants avec agitation et actes médico-légaux (LSD, amphétamines, crack, ecstasy).

- Chez le sujet atteint d'un état déficitaire sénile, les troubles de la mémoire déterminent l'apparition de l'agitation qui peut être déclenchée par un détail de la vie quotidienne, avec souvent un sentiment d'hostilité de l'ambiance et des idées de préjudice. Les patients valides tentent alors parfois de fuir, dévêtus et hagards. Cette agitation s'accompagne d'insomnie, parfois de refus alimentaire.

- Les états d'agitation névrotique et caractériel s'articulent autour d'un désarroi anxieux, souvent compréhensible par l'interlocuteur. L'agitation a alors valeur de tentative de communication. L'agitation anxieuse est sous-tendue par une sensation de mort imminente, et s'accompagne de manifestations neurovégétatives. Il s'agit souvent d'une quête de réassurance.

- Les états d'agitation psychotiques sont parfois consécutifs à un état délirant aigu. C'est le cas dans les bouffées délirantes aiguës ou lors des

du deuil. On retrouve souvent un deuil non élaboré, non travaillé dans les colères pathologiques.

▶ LES TABLEAUX D'AGITATION

Les tableaux d'agitation sont aussi variés que leurs causes. Nous avons vu que la plupart des affections mentales peuvent s'exprimer par ce biais. L'agitation peut être seulement sous-tendue par une altération organique, qu'il s'agisse de la réaction à une souffrance physique sans altération des niveaux de vigilance ou d'un état d'agitation symptomatique d'une confusion mentale (de nombreuses personnes âgées sont ainsi hospitalisées en psychiatrie l'été ; la cause de l'agitation est souvent un

déséquilibre hydro-électrolytique lié à une déshydratation).

- L'agitation du confus, souvent intense, désordonnée, témoigne à la fois de l'anxiété contemporaine de la désorientation dont le patient est vaguement conscient, et de la prégnance de l'onirisme (comme un cauchemar qui serait réel) souvent terrifiant et totalement vécu. Ces états confuso-oniriques peuvent se rencontrer lors de processus pathologiques cérébraux, au décours de traumatismes crâniens et lors de toutes les perturbations métaboliques importantes. Ils sont le plus souvent en rapport avec des intoxications, en particulier chez l'alcoolique (delirium tremens) et le toxicomane. L'anxiété est

moments féconds au cours des délires chroniques, schizophréniques ou non. Le sujet est plongé dans une expérience prégnante où l'angoisse déterminée par le bouleversement de ses rapports au monde, alimente l'agitation comme le vécu délirant. Les hallucinations auditives et les ordres envoyés par des voix menaçantes déterminent parfois des passages à l'acte extrêmement violents.

- Les états d'agitation des formes hébéphrénico-catatoniques des schizophrénies semblent incohérents, bizarres, détachés de tout contexte et contenu affectifs. Maniérisme et stéréotypies accompagnent des déambulations incessantes, une hyperactivité chaotique. Les accès catatoniques peuvent exploser de façon inopinée, les impulsions agressives les plus violentes, alternent avec l'agitation effrénée sur place. L'agitation, teintée d'euphorie peu syntone, s'observe dans les accès d'excitation atypique des schizophrénies dysthymiques.

- L'agitation violente, imprévisible, très agressive, s'observe dans l'évolution des héboïdophrénies, mais on rencontre également de véritables guerres d'usure qui déstabilise les équipes. Les agitations qui se manifestent au cours des schizophrénies paranoïdes correspondent à une efflorescence hallucinatoire ou à des hallucinations particulièrement insupportables (dans la sphère génitale notamment).

- L'agitation maniaque est caractérisée par l'euphorie, le sentiment de bien être ou de toute puissance qui anime le patient. L'hyperactivité est constante, la logorrhée intarissable. Le patient cherche à entraîner l'entourage dans ce déchaînement pulsionnel. Mais sa jovialité se mue souvent en agressivité devant les limites imposées.

- Chez les psychopathes, l'agitation peut être déterminée par de nombreux facteurs : à l'angoisse réelle s'ajoutent des manifestations agressives liées à l'intolérance à la frustration. L'utilitarisme et les manipulations diverses sont souvent perceptibles chez les psychopathes derrière les manifestations d'allure hystérique.

▶ AGITATION ET MANIFESTATIONS AGRESSIVES

Tous les états d'agitation n'entraînent pas nécessairement des actes agressifs,

même si ceux-ci ne sont pas exceptionnels, loin s'en faut. Tous les actes agressifs rencontrés en psychiatrie n'ont pas l'agitation comme étape obligée. Les patients les plus dangereux ne sont pas forcément ceux qui nous apparaissent comme les plus agressifs. Ce colosse qui vocifère contre son infirmier référent ne ferait pas de mal à une mouche, tandis que cette frêle petite femme de quarante ans convaincue que son psychiatre ne répondait pas à son amour l'a froidement abattu d'une balle de revolver en pleine tête... L'agressivité peut être d'autant moins apparente que les mécanismes de défense qui lui permettent de s'exprimer de façon codée sont efficaces.

- C'est dans la névrose obsessionnelle que l'agressivité est la plus intense, mais c'est là également qu'elle est la plus masquée par des formations réactionnelles extrêmement organisées. Colères, tics, ironie peuvent se manifester, mais les passages à l'acte y sont exceptionnels. Ils sont souvent marqués par l'ambivalence, le remords et le désir de punition.

- Dans l'hystérie, l'agressivité s'inscrit davantage dans la mise en échec et la culpabilisation de l'autre .

- Chez les psychopathes, les passages à l'acte agressifs court-circuitent l'élaboration psychique et surviennent à la moindre frustration. Ils jalonnent une biographie souvent tourmentée.

- Les états dépressifs représentent un modèle de l'intrication entre auto et hétéro-agressivité, comme l'atteste le suicide altruiste des mélancoliques. Outre ce cas extrême, on repère souvent des manifestations agressives discrètes au cours des dépressions. Celles-ci doivent toujours faire redouter un risque suicidaire et impliquent une plus grande vigilance des soignants.
- Chez le patient psychosomatique, enfin, l'agressivité prisonnière s'inscrit sur et dans le corps, alors que chez le pervers, elle est érotisée et canalisée dans le scénario choisi.

▶ DE LA DANGÉROSITÉ

Nous avons rapidement parcouru les différentes formes que pouvait prendre l'agressivité selon les pathologies.

À l'arrivée, pouvons-nous affirmer que le malade mental est plus dangereux que le non-malade ? La dangerosité en psychiatrie ne représente qu'une très faible partie de la totalité des compor-



tements dangereux en général. La dangerosité ne concerne qu'une infime partie des malades mentaux. Tous les comportements délictuels observés chez les malades mentaux ne constituent pas forcément des actes pathologiques. On peut être schizophrène et voler une pomme à un étalage sans que cela ne soit lié à la schizophrénie. Si les malades mentaux commettent parfois des actes délictuels, peu d'actes antisociaux sont de leur fait, mais on en parle beaucoup plus.■

Bibliographie

- Bernard P., Trouve S., *Sémiologie psychiatrique*, Masson, Paris, 1977.
- Guelfi J. D., Boyer P., Consoli S., Olivier-Martin R., *Psychiatrie*, Puf Fondamental, Paris 1987.
- Karli P., *L'homme agressif*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1987.
- Lorenz K., *L'agression. Une histoire naturelle du mal*, Champs, Flammarion, Paris 1969.
- Marty F., *Violences à l'adolescence, in L'illégitime violence. La violence et son dépassement à l'adolescence*, Dir. F. Marty, érès. Actualité de la psychanalyse, Paris 1997.
- Michaud Y., *La violence*, PUF, Que sais-je ?, Paris, 1999.
- Pahlavan F., *Les conduites agressives*, Armand Collin, Coll. Cursus, Paris 2002.

comme violence...

Voilà ce qu'écrit au sujet de la violence Raymond Panchaud, infirmier en psychiatrie à la Fondation de Nant, en Suisse, co-auteur avec Michel Piazza de L'abécédaire Ψ Regards soignants en psychiatrie.

La violence fait-elle partie de la maladie psychique ? Voilà une controverse alimentée par l'immense fossé séparant représentations sociales et réalités cliniques. D'un côté, on conçoit aisément qu'il faut être fou pour commettre un acte violent. De l'autre, dans la pratique clinique, on aimerait se décharger sur la justice. Devant certaines violences, le juge en vient à vouloir soigner et les cliniciens à instaurer la loi. Cette curieuse inversion est significative d'un processus connu où il ne s'agit pas de choisir entre deux aspects mais plutôt de composer avec les deux, le soin et la loi. (...)

► SOIN ET LOI

Même si l'on sait que les patients psychiatriques ne sont pas plus dangereux que la population générale, on ne saurait faire le déni de la violence chez certains patients ou dans quelques états aigus. C'est une violence spécifique lors d'un état psychopathologique dans un contexte précis. En schématisant, nous aurions deux formes de violence : celle qui relève du soin psychique (ceux qui se défendent de leur persécuteur « imaginaire ») et ceux qui relèvent de la loi (violence antisociale pour qui la scène du soin n'a pas d'avenir et qu'il faut renvoyer sur celle de la justice). Il suffirait juste de les différencier pour les orienter vers le bon lieu. Or, cette distinction est non seulement difficile à établir mais on constate de plus en plus de problématiques associant pathologie psychiatrique et tendances antisociales. Quoi qu'il en soit, le principe reste : faire cohabiter loi et soins. La violence engendre une relation spécifique entre les intervenants. Cette dynamique va développer des mécanismes de déni de la réalité et bloquer les capacités de penser. Il est alors tentant de passer sous silence l'acte violent plutôt que d'entrer dans les mécanismes et souffrances qui lui sont liés : culpabilité, solitude, impuissance, sentiment d'incompétence... Cette réaction spontanée de déni est non seulement individuelle, mais aussi sociale. Elle enferme la victime de violence dans une spirale d'isolement dans laquelle le déni est la première porte de sortie mais malheureusement sans issue. En effet, chacun a intérêt à penser que l'agressé est responsable de ce qu'il a subi. Ainsi, on se rassure à bon marché dans l'illusion de sa propre sécurité. Cela ne peut pas nous arriver puisqu'on n'a rien fait pour la provoquer. Nous voyons dans quelle spirale la violence nous entraîne. Si nous ne pouvons plonger dans cette impasse douloureuse, commençons par aller à l'encontre du déni, et à penser comment démonter le mécanisme infernal.

► LE SOIN LE PLUS IMPLIQUANT

Soigner la violence est le soin le plus difficile car le plus impliquant : la violence nous met à nu, réveille notre propre violence et pèse sur nos fragilités personnelles et institutionnelles.

Devant le déni social de la violence par la banalisation et l'augmentation générale des tendances antisociales, le sujet n'a pas fini de nous occuper. Il existe un réel danger à tomber dans la trappe stérile et défensive des outrances sécuritaires où le soin n'a plus de place. La violence, associée à une psychopathologie, peut être considérée comme un symptôme. C'est-à-dire qu'elle a du sens et qu'il est possible de le trouver pour désamorcer le symptôme. (...) Cette violence peut être l'expression d'une impasse, d'un désespoir ou une manière de rester en lien... Plutôt que de la subir, il est envisageable d'en faire quelque chose de thérapeutique. Contenir est alors le premier acte soignant. (...) Il fait appel à des moyens conceptuels, concrets et humains, et ce, tant individuellement que collectivement. La prévention est la meilleure gestion de la violence. Lorsqu'il y a passage à l'acte, agression, l'impact est tellement désastreux qu'il vaut mieux mettre son énergie à la prévenir, c'est-à-dire la contenir. Les moyens varient : la violence d'un éclatement psychotique pourra être contenue avec un pack, mais un autre ne trouvera une limite sécurisante qu'avec une porte de chambre fermée. La relation peut être contenante mais aussi trop stimulante. Les moyens comme soins sont très individualisés. Cependant, nous retrouvons des constantes qui allient : établissement d'un cadre clair (parexitation), milieu hypostimulant, limites intangibles, travail autour de l'alliance, médication, respect de la loi et des règles, désignation d'interlocuteurs privilégiés dans l'idée qu'il est préférable d'agir. C'est un travail intensif d'équipe pluridisciplinaire où, comme les situations de soins aigus, chacun est impliqué à différents niveaux et connaît son rôle.

► ASSURER LA COHÉRENCE

Ces ingrédients trouveront leurs traductions dans un projet thérapeutique défini qui en assurera la cohérence. Ce sera le premier tiers entre l'équipe et le patient. S'il n'est jamais facile de mettre sur pied ces traitements, il l'est encore moins de les tenir car la violence va interroger au quotidien la cohérence du travail d'équipe, mettre en évidence les failles. Aux moyens concrets s'ajoutent les temps de réflexion, supports importants pour durer et mettre un peu d'espace entre soi et soi-même : trouver du soutien, mettre du sens à son vécu, déjouer les clivages... Relever ce défi, c'est s'inscrire dans un rapport gagnant-gagnant où l'on devient acteur de soin plutôt qu'agressé impuissant.

● Raymond Panchaud

Panchaud R., Piazza M. et coll., L'abécédaire Ψ Regards soignant sur la psychiatrie. Disponible au secrétariat de l'association suisse des infirmières (ASI) au prix de 10 euros (port inclus). Secrétariat central de l'ASI, Eva Früh, Choisystrasse 1, Postfach 8124, CH-3001 Berne. Tél. : 00 41 31 388 36 36. Fax : 00 41 31 388 355. E-mail : info@sbk-asi.ch

La pulsion violente, qui constitue un des piliers de notre développement psychique, reste présente en chacun de nous tout au long de notre vie. Qu'elle prenne la forme de la violence brute ou celle de l'agressivité, elle témoigne des particularités de notre fonctionnement psychique et de notre histoire, dans un alliage à chaque fois unique, et qu'il est nécessaire de différencier.

Photo : J. Renard

La pulsion violente

● Danièle Bachmann, psychiatre et psychanalyste à Lyon.
Laboratoire de psychologie médicale, Hôpital Neurologique, Bron (69).

Le concept de pulsion est un apport de la théorisation freudienne. Il est une tentative historique, et en partie fondatrice, de la psychanalyse, pour différencier pulsion et instinct. Le terme de pulsion apparaît pour la première fois en 1905, dans « *Les trois essais sur la théorie de la sexualité* ». C'est un concept limite au sens topographique, puisque Freud lui donne un statut d'interface entre corps et esprit (ou psychisme). La pulsion se caractérise par une source corporelle (lié à un organe

ou à une zone érogène), elle provoque une tension interne, ou poussée, appelée encore motion pulsionnelle. Le but de la pulsion est la diminution de la tension, qui est obtenue grâce à un moyen le plus souvent externe à l'individu. Ce moyen est encore appelé objet de la pulsion, l'objet pouvant être, dans ce contexte, un autre être humain. « Source », « but » et « moyen » sont les trois termes fondamentaux de la pulsion. À ceci s'ajoute la notion énergétique d'une force (ou motion) d'origine interne. Le but de la pulsion, qui



consiste à diminuer la tension, s'effectue sous la forme de décharge. Celle-ci peut être immédiate (j'ai faim, je mange) ou tenir compte des éléments de la réalité extérieure (j'ai faim, mais avant de manger, je dois attendre la récolte ou utiliser mes réserves de l'année précédente, ou bien utiliser l'argent gagné par mon travail pour acheter de la nourriture). La décharge immédiate correspond à ce qui s'appelle le principe de plaisir. La décharge retardée se retrouve dans un mode de fonctionnement qui implique une participation psychique, avec un détour par des représentations (imaginer la nourriture et les stratégies pratiques pour en obtenir) et un retard obligatoire dans la satisfaction de la pulsion : c'est le principe de réalité.

▶ AU DÉBUT ÉTAIT LE PLAISIR...

Au cours du développement infantile normal, le principe de réalité prend peu à peu de la consistance : le nourrisson se rend compte peu à peu, en raison de l'inadaptation relative de l'intervention maternelle (retards à l'assouvissement de la faim ou des besoins primordiaux du nourrisson) que le principe de plaisir n'est pas un mode de fonctionnement tenable. Dans un premier temps, il crie, et si la mère ne vient pas immédiatement, il trouve un ersatz à la satisfaction de la faim dans la succion (de son pouce, d'un morceau de tissu...) et, dans le même temps, il hallucine le sein nourricier. La succion apaise le senti-

ment de faim temporairement. Surtout, elle est concomitante du début des représentations mentales : ainsi naît le psychisme à travers les représentations mentales de la pulsion, l'objet (ici la mère qui nourrit et qui frustre) et le fonctionnement selon le principe de réalité qui permet de différer la décharge pulsionnelle. Ceci se fait grâce à l'inadaptation relative de la fonction maternelle dans sa réponse aux besoins du nourrisson, inadaptation perçue avant tout comme absence. Néanmoins, dans les moments de relations liés à l'apaisement de la tension interne, la mère propose aussi à son nourrisson, par sa rêverie propre sur son enfant et par ses interprétations des besoins du bébé, un appareil à « penser les pensées », qui correspond dans le corpus théorique freudien à la notion de pré-conscient.

Pour en revenir au concept de pulsion, celui-ci se distingue bien de celui d'instinct par sa double valence, somatique (dans la source) et psychique (valence absente dans l'instinct) qui correspond aux représentations mentales de la pulsion. Ces représentations mentales sont, soit imagées (représentations de choses), soit langagières, dans un second temps du développement infantile (représentations de mots).

▶ LES DIFFÉRENTES FORMES DE PULSION

Freud a, au cours de sa vie, théorisé les pulsions selon deux types de dualisme : dans la première théorie des pulsions, avant 1920, il oppose pulsions d'auto-conservation (la faim) et pulsions sexuelles (l'amour). Après 1920, ce dualisme se transforme en, d'une part les pulsions de vie (ou pulsions libidinales) et, d'autre part, les pulsions de mort. Les pulsions de vie comprennent, en gros, les pulsions d'auto-conservation et les pulsions sexuelles de la première théorie. Elles tendent à lier, entre elles, les énergies pour créer des entités de plus en plus importantes. À l'inverse, la pulsion de mort délie les énergies pour arriver à des ensembles de plus en plus réduits et sans contact entre eux.

Les pulsions ont pu être décrites aussi dans un registre très différent, sous un mode plus parcellaire faisant référence, soit à l'organe initial dont elles sont issues (pulsion orale, anale, scopique...) soit à leur mode d'expression dans le monde externe (pulsion d'emprise,

d'agression, de destruction). Cette dernière correspond ainsi, chez Freud, à la pulsion de mort orientée vers le monde extérieur.

▶ LA VIOLENCE FONDAMENTALE

Ce concept a été développé au siècle dernier par le psychanalyste Jean Berge- ret qui s'est plus particulièrement inté- ressé aux troubles de la personnalité, aux états limites et à « la violence fon- damentale »

Le terme de violence évoque quelque chose d'irrépressible, la notion d'une force (« vis » en latin), mais aussi la notion de vie, voire de vital. Pour Berge- ret, la violence serait à l'origine même de la vie. C'est une force vitale qui per- met en quelque sorte à l'individu de vivre coûte que coûte, de faire passer son auto-conservation avant toute autre considération, y compris celle de ses objets d'investissement pulsionnel. Fina- lement, ce concept se réfère à un stade de développement très primitif de l'indi- vidu, où l'objet n'existe pas en soi, ou s'il existe déjà, ce n'est pas/plus le pro- blème. Dans la violence fondamentale, l'auto-conservation prend le devant de la scène. Exercer sa violence fondamen- tale, c'est vivre à tout prix, y compris en manifestant cette force vitale sous le mode de l'élimination d'un autre dont le sujet percevrait l'existence même, à tort ou à raison, comme une forme de menace vitale pour lui. La violence fon- damentale serait alors au service de l'auto-conservation, alors même que ses effets peuvent être destructifs, et qu'elle témoigne d'un mode de fonc- tionnement primitif de l'appareil psy- chique non constitué en tant que tel (pas de préconscient) ou mis hors cir- cuit. Signalons que l'une des formes de cette auto-conservation vitale se décline aussi dans la protection/conservation de sa descendance, prise à ce moment-là comme prolongement narcissique de soi-même.

▶ PULSION VIOLENTE BRUTE/PULSION AGRESSIVE

Tentons de cerner, plus précisément, ce qu'est la pulsion violente. Laurent Morasz, psychiatre et psychanalyste contemporain, a développé la part cli- nique qui manquait à cette théorisation différentielle de l'agressivité et de la vio- lence fondamentale dans son ouvrage « *Comprendre la violence en psychia-*

trie ». (cf. *texte La violence et le soin en psychiatrie, p. 20*). Dans la lignée de ses travaux, on peut distinguer deux formes assez différentes de pulsions violentes : celle que l'on pourrait appeler pulsion violente brute, en référence à la notion de violence fondamentale, et celle que l'on pourrait qualifier de pulsion agres- sive, dans laquelle le mode de fonc- tionnement psychique de l'individu s'effec- tue sur un mode plus différencié et plus élaboré.

■ La pulsion violente brute

Classiquement, la pulsion se caractérise par sa « source » interne et incoercible, par son « but », diminuer la tension, et par son moyen, « l'objet » qui permet la diminution de cette tension. Lorsqu'il s'agit de pulsion violente, au sens de violence fondamentale, l'objet n'existe pas en tant que tel. Il n'existe que comme moyen, il a une fonction utili- taire stricte, et, de ce fait, il perd au moment de la décharge violente toute dimension qualitative et particulière. Plus que jamais, il est interchangeable et n'a d'importance que celle d'être présent pour permettre la décharge. Même si cette décharge pulsionnelle s'effectue au détriment de l'objet pré- sent à ce moment-là, la destruction éventuelle de l'objet n'est ni délibérée, ni intentionnelle. Dans l'acte de vio- lence brute, le sujet fonctionne sur un mode d'exclusion mutuelle : c'est moi ou l'autre. La perception d'un danger pour soi conduit le sujet à penser en termes de : c'est moi d'abord, plutôt que l'autre. La décharge est en quelque sorte brutale, immédiate. Pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas de passage par le détour de la temporisation liée au prin- cipe de réalité, car l'appareil psychique qui permet à la fois une démarche plus stratégique et l'accessibilité à certains interdits concernant certains actes, est mis hors circuit. Le préconscient, sorte de filtre contenant qui permet la repré- sentation, ne peut jouer son rôle.

Il s'agit en somme d'une destructivité brute dont la justification est la sauve- garde de la vie propre, même si les conséquences sur le monde extérieur en sont une destruction (de soi-même, de l'objet ou du corps propre). En effet, la pulsion violente peut prendre comme moyen, ou comme objet, ces différentes solutions. C'est ce que l'on peut repérer sur le plan clinique lors de passages à

l'acte immédiats, de certaines prises de toxiques (drogues, tentatives de sui- cides), de certaines crises dirigées contre le corps propre (crises de boulimie par exemple), ou de certains actes violents hétéro-agressifs survenant à la suite de ce qui peut être perçu comme une menace pour la vie même du sujet.

■ La pulsion agressive

Il s'agit là d'un mode différent d'expres- sion de la pulsion violente. Précisons que les manifestations comportementales peuvent prendre le même aspect que dans la pulsion violente brute décrite précédemment. Néanmoins, sur un plan psychodynamique, la pulsion agressive pourrait se différencier de la pulsion violente par certaines caractéris- tiques. Il existe dans ce cas une dimen- sion érotique à la pulsion. Une certaine liaison s'est opérée entre la pulsion de destruction et la pulsion libidinale, ce qui donne à la pulsion agressive une coloration supplémentaire tenant compte d'un plaisir surajouté. L'objet, dans ce cas précis, paraît plus différen- cié, la pulsion est dirigée vers un objet qui existe en tant que tel, avec ses caractéristiques particulières. La pulsion agressive est, en ce sens, moins aveugle que la pulsion violente brute. Elle se réfère à un mode de fonctionnement préférentiel plus habituel de l'individu par rapport à son environnement rela- tionnel. Le caractère de réaction immé- diate de préservation vitale n'est pas au- devant de la scène. Même s'il est détruit, l'objet est beaucoup plus différencié et plus spécifique. Cette pulsion est alors dirigée contre un objet dont on peut supposer que les caractères particuliers sont en relation étroite avec des élé- ments retrouvables de l'histoire du sujet. Grâce à la liaison avec les pulsions libidi- nales (ou pulsions de vie), le préconscient n'est pas mis hors circuit, le détour par le psychisme est possible, il s'agit, en quelque sorte, d'un style particulier de relation au monde environnant.

▶ FAIRE LA DIFFÉRENCE, S'Y RETROUVER

Faire la différence n'est pas facile à opé- rer sur la base du comportement strict. Un même comportement (par exemple des insultes verbales ou un passage à l'acte auto agressif) peut être le témoin, soit d'une pulsion violente brute, soit d'une pulsion agressive. D'autre part, chaque être humain présente dans ses

un plan narcissique. En effet, nous gardons tous en nous une part indifférenciée de ce noyau primaire de violence fondamentale qui pourra s'exprimer brutalement dans des situations vécues comme particulièrement dangereuses pour notre intégrité physique et/ou psychique et celle de nos proches.

► QUELQUES REPÈRES POUR CONCLURE

Trois grandes modalités d'intégration de la violence fondamentale sont donc à retenir :

- la violence fondamentale s'intègre majoritairement dans des courants amoureux et créatifs en se mettant au service des pulsions libidinales (configuration névrotique) ;
- la violence fondamentale devient organisatrice de la personnalité. Dans ce cas, la plus grande partie de la violence fondamentale va être majoritairement investie par les pulsions libidinales de base (à l'inverse de l'hypothèse précédente) ce qui va entraîner son perversion. Le fonctionnement psychique s'organise alors sous le primat de l'agressivité qui devient un des constituants majeurs de la personnalité sur lequel le sujet va s'auto-étayer par une mise en compulsion de répétition de ses comportements agressifs (configuration psychotique) ;
- le sujet tente de tenir, à égale distance, l'imaginaire violent et l'imaginaire génital par défaut d'union des deux au sein d'un fonctionnement oedipien. Les tentatives globales d'inhibition des différents types pulsionnels, dans un imaginaire insuffisamment structuré pour le permettre, exposent ces sujets à des mouvements de bascule de l'un à l'autre, avec les risques de passage à l'acte de débordement que l'on connaît. ■

Bibliographie

possibilités de réaction à un événement particulier une réaction potentielle effective qui peut être la manifestation de l'un des deux modes de fonctionnement décrits. L'événement lui-même, sa signification pour l'individu, les circonstances environnementales au moment de l'événement, le mode de fonctionnement psychique habituel « de base » plus particulier du sujet (sa personnalité) ou son mode de fonctionnement ponctuel à cet instant précis, laissent supposer qu'il s'agit plutôt d'une pulsion violente brute ou d'une pulsion agressive.

Il existe sans doute une relation préférentielle entre fonctionnement psychique habituel de chaque patient (selon sa structure psychique) et le type de pulsionnalité violente (agressivité et/ou violence brute) qu'il va exprimer préférentiellement. Pour autant, tout le monde, y compris l'individu le plus « normal », ou en termes psychodynamique, le plus névrotique dans son fonctionnement habituel, peut être amené dans certaines situations à tuer pour « sauver sa peau » ou celle de personnes qui lui sont directement liées sur

■ Bergeret J., *La violence fondamentale*, Dunod, Paris, 1984.

■ Freud S., (1905), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard, Paris, 1949.

■ Freud S., (1914), *Pour introduire le narcissisme*. in : *la vie sexuelle*, 1 vol. Bibliothèque de psychanalyse, Puf, Paris, 1992.

■ Freud S., (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, Essais de psychanalyse, Payot, Paris.

■ Laplanche, Pontalis J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse 1 vol.*, Puf, Paris, 1992.

■ Morasz L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Dunod, Paris, 2002.

Pour l'homme comme pour l'animal, l'agression est un moyen d'action, une stratégie

comportementale qui permet de s'approprier quelque chose ou, au contraire, d'éviter ou de fuir quelque chose.

S'agissant de l'être humain, la neurobiologie ne saurait avoir pour objet de décrire un « substrat nerveux de l'agression ». Elle vise plutôt à analyser l'ensemble des facteurs et des processus qui contribuent à déterminer la façon dont l'individu perçoit et interprète une situation donnée et la façon dont il s'efforce de maîtriser sa relation personnelle à cette situation par le choix d'une stratégie qui lui paraît appropriée.



Neurobiologie des comportements

- Pierre Karli, professeur émérite à la Faculté de médecine de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg (67), membre de l'Académie des Sciences, président de l'Institut pour la promotion du lien social (IPLS).

La neurobiologie des comportements violents se laisse exposer de bien des façons différentes. Le plus souvent, on choisit - de façon arbitraire - parmi la masse considérable de données disponibles, celles qu'on va s'efforcer de réunir en une construction cohérente et, on l'espère, pertinente. Le neurobiologiste qui s'intéresse aux relations entre fonctionnement cérébral et comportement se trouve confronté à une difficulté majeure : alors qu'il travaille - pour des raisons évidentes d'ordre éthique - sur le cerveau de l'animal (souris, rat, chat, singe), il s'intéresse en réalité essentiellement aux fondements biologiques de sa propre

personnalité et de son propre comportement. De plus, comme tout un chacun, il résiste difficilement à la tentation de valoriser l'intérêt et les vertus explicatives des données qu'il met au jour dans sa démarche expérimentale. Dans ces conditions, il perd de vue assez facilement le fait que les relations cerveau-comportement ne se laissent pas extrapoler de l'animal à l'homme de la même façon que cela se fait, très légitimement, pour la physiologie du rein ou du foie, ou même pour des mécanismes élémentaires du fonctionnement cérébral. Les relations entre fonctionnement cérébral et comportement sont alors appréhendées dans une perspective linéaire et unidirectionnelle et, le plus



Comportements violents

souvent, à la fois deshistoricisée et décontextualisée. Le cerveau est vu comme le « générateur » de tel ou tel comportement, et les recherches portent sur la topographie, la connectivité et les modalités fonctionnelles du « substrat nerveux » censé sous-tendre, de façon spécifique, une forme donnée de comportement. Il importe de faire une distinction tranchée entre l'animal et l'homme. Chez l'animal, la notion de « substrat nerveux » de tel ou tel « modèle » d'agression est assez pertinente, dans la mesure où l'identité et le fonctionnement de l'individu se laissent réduire à son identité et à son fonctionnement proprement biologiques, et que les interactions avec les congénères font

partie intégrante d'un système social dont les objectifs et les normes sont biologiquement déterminés. Quant à l'homme, il est bien évident qu'on ne saurait le réduire à son identité et à son fonctionnement biologiques. Comment alors l'appréhender, dès lors qu'on s'intéresse à la « neurobiologie » de ses « comportements violents » ?

Partons d'une notion très simple : chacun de nous est une « trinité » (trois « êtres » en un seul qui coexistent, interagissent et se structurent mutuellement) :

- un individu biologique, un membre singulier d'une espèce qui est le fruit d'une histoire biologique ;
- un acteur social, qui est d'abord l'acteur de sa propre socialisation et qui, tout au long de sa vie, interagit avec d'autres au sein d'un système social qui est le fruit d'une histoire culturelle qui, pour notre espèce et elle seulement, est venue se greffer sur l'histoire biologique ;

- un sujet en quête de sens et de liberté intérieure, qui se pense, se détermine et s'évalue lui-même ; un sujet qui, par-delà les contraintes d'ordre biologique et les pressions sociales, peut s'efforcer de donner - par lui-même et pour lui-même - sens et cohérence à sa vie.

► LE TRIPLE DIALOGUE

DE LA « TRINITÉ » HUMAINE

Chacun de ces trois « êtres » conduit un dialogue avec un environnement qui lui est propre, qu'il se constitue et s'approprie : l'environnement physique du milieu de vie pour l'individu biologique ; le contexte socioculturel général et quelques « mondes d'action » particuliers pour l'acteur social ; le monde intérieur, pour le sujet en quête de sens et de liberté. Mais l'être humain ne dispose que d'un seul et même cerveau qui assure donc la médiation du triple dialogue qui se déroule et se développe tout au long de la vie. Le rôle joué par le cerveau est effectivement celui d'une instance de médiation, car son fonctionnement entretient des relations réciproques avec la vie mentale et le comportement et il est à la fois lieu d'origine et lieu d'impact de déterminations circulaires. On peut considérer que le triple dialogue consiste en trois ensembles d'interactions appropriées (adaptées et adaptatives) qui visent fondamentalement la satisfaction d'ensembles définis de besoins ou de désirs. Ces trois dialogues sont gouvernés par des ensembles distincts de normes que l'on peut mettre en relation, au sein du cerveau, avec trois niveaux d'intégration, d'organisation et d'adaptation qui traitent d'une façon différente des informations de nature différente. Mais, quel que soit l'objectif concrètement visé, les normes qui prévalent et la nature de l'information qui se trouve être traitée, toute interaction avec l'environnement se ramène finalement à l'une ou l'autre des deux attitudes fondamentales de l'être vivant : aller vers et s'approprier quelque chose (avec anticipation d'une expérience affective plaisante) ou, au contraire, éviter ou fuir quelque chose (pour mettre un terme à une expérience affective déplaisante). Or, dans un cas comme dans l'autre, l'agression est l'un des moyens d'action disponibles dont la mise en œuvre peut constituer - et s'avère être effectivement - une stratégie comportementale efficace.

Quelles sont les fonctions assurées par le cerveau dans son rôle d'instance de médiation du triple dialogue conduit par la « trinité » humaine ? Pour l'individu biologique, le fonctionnement cérébral assure la survie par la préservation de son intégrité physique et le maintien de l'homéostasie du milieu intérieur. Tant la signification biologique du stimulus ou de la situation qui déclenche le comportement que la stratégie comportementale elle-même sont - dans une large mesure - génétiquement préprogrammées, de telle sorte que le comportement vient simplement s'inscrire dans le moment présent pour répondre à sa signification biologique première. Pour ce qui est de l'acteur social, le fonctionnement cérébral doit lui permettre de vivre des expériences affectives positives - et d'éviter des expériences négatives - dans ses multiples interactions avec un milieu social divers et changeant. Dans, et par, ces interactions, le comportement acquiert sa dimension historique. Il est à la fois reflet et moteur d'une histoire individuelle. Quant au sujet réfléchissant et délibérant, il a besoin d'un fonctionnement cérébral qui accomplisse des élaborations cognitives et affectives plus complexes qui se fondent sur des cadres de référence intériorisés - et continuellement retravaillés et réappropriés - de telle sorte que le comportement puisse prendre place et sens dans un projet personnel plus conscient, réfléchi, et voulu.

► LES PROCESSUS CÉRÉBRAUX MIS EN JEU

Au sein du cerveau, c'est essentiellement au niveau mésencéphalo-diencephalique (cf. encadré « *Cerveau et processus d'ordre affectif* ») que des comportements sont élaborés et contrôlés qui assurent la satisfaction des besoins biologiques élémentaires de l'individu et la défense de son intégrité physique. À ce niveau fonctionnel, deux systèmes neuronaux interviennent de façon essentielle pour orienter l'attitude fondamentale de l'individu et son comportement observable :

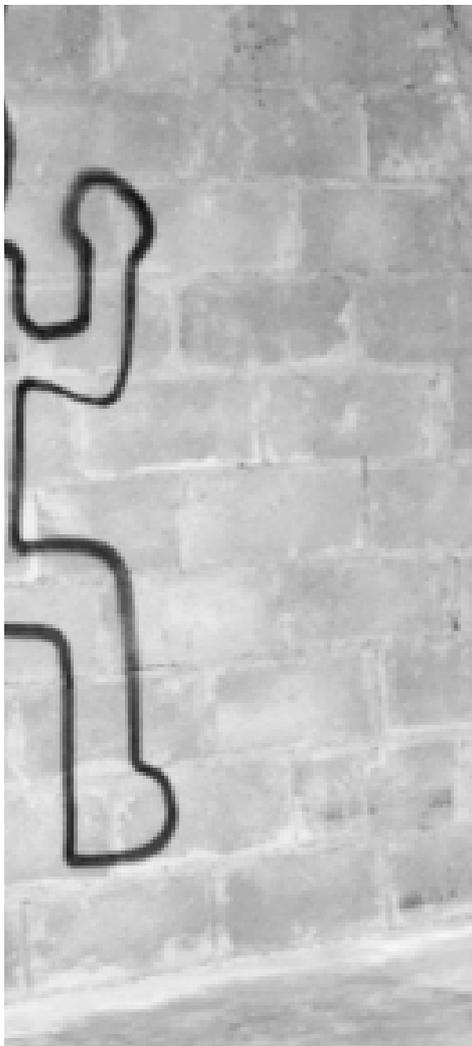
- un système d'appétence et de récompense (qui s'étend du tegmentum mésencéphalique, à travers l'aire hypothalamique latérale, vers un ensemble de structures télencéphaliques), système qui oriente le comportement vers des objets susceptibles de conduire à la satisfaction de quelque besoin primaire ;

Photo : H. Lavielle



- un système plus médian, périventriculaire, d'aversion et de défense dont l'activation induit des comportements de défense (fuite, agression « défensive », immobilité) qui visent tous à mettre un terme à une expérience aversive générée par une situation dangereuse ou simplement déplaisante (stressante, menaçante, provocante, frustrante). Étant donné que l'agression est un instrument efficace, tant pour s'approprier quelque chose, que pour se défendre de quelque chose, il n'est guère surprenant que, dès les premières recherches, les observations faites chez l'animal (dans des expériences de stimulation ou de lésion) aient conduit à considérer que l'aire hypothalamique latérale d'une part, et l'hypothalamus médian et la substance grise périaqueducule d'autre part, étaient des composantes essentielles du « substrat nerveux » de l'agression. De fait, une stimulation hypothalamique latérale déclenche une agression intra ou inter spécifique chez le rat, comme chez le chat, et a pour effet d'accentuer l'attitude de dominance chez le singe ; à l'inverse, des lésions hypothalamiques latérales abolissent certains comportements d'agres-

sion que l'animal présente de façon spontanée. Une stimulation appliquée à l'hypothalamus médian ou à la substance grise périaqueducule induit des agressions d'allure plus « défensive » et plus « affective » (avec des réactions émotionnelles souvent intenses), alors qu'une destruction de la région dorsale de la substance périaqueducule abolit l'induction naturelle de ces mêmes comportements. Il a été montré que le niveau d'activité et de réactivité du système périventriculaire d'aversion et de défense subissait, de façon tonique, une double influence modératrice, l'une à médiation GABAergique, l'autre à médiation opioïdique. On peut alors manipuler localement la transmission GABAergique qui a pour effet de modérer, d'atténuer, l'état aversif induit par une stimulation naturelle ou expérimentale. Ce faisant, on introduit un biais d'ordre affectif dans les relations entre entrées et sorties du cerveau, une distorsion qui affecte nettement l'attitude générale et le comportement de l'animal. Une injection locale (dans la partie dorsale de la substance grise périaqueducule) d'un agoniste du GABA (qui renforce la transmission GABAergique



se trouve confronté, pour la première fois, avec l'intrusion d'une souris dans sa cage. Les deux effets comportementaux sont liés, car la probabilité de déclenchement du comportement d'agression interspécifique décroît à mesure que s'atténue, en quelques semaines, l'hyperréactivité émotionnelle induite par la lésion septale. Cette probabilité reste élevée pendant des mois, dès lors que la lésion septale est réalisée à un âge précoce (à 7 jours par exemple), car dans ce cas, la lésion induit une hyper réactivité durable. Il faut souligner que la lésion septale, qui accroît très nettement la probabilité de l'agression interspécifique chez le rat naïf (et de ce fait, néophobique face à la souris) n'a nullement cet effet chez le rat qui a eu l'occasion de se familiariser, au préalable, avec l'espèce souris. La lésion septale induit donc une attitude défensive plus marquée face à diverses menaces, et non pas une quelconque « agressivité ». La mise en jeu de ce substrat mésencéphalo-diencephalique dépend également des relations fonctionnelles qu'il entretient avec le com-

plexe nucléaire amygdalien. C'est ainsi qu'on a constaté que la prédisposition individuelle du chat à répondre de façon offensive ou de façon défensive à certaines menaces étaient étroitement corrélée à la fois avec des caractéristiques fonctionnelles intrinsèques de l'amygdale et avec des caractéristiques individuelles de la transmission synaptique entre l'amygdale et l'hypothalamus ventro-médian. Et en manipulant expérimentalement ces dernières caractéristiques, on peut modifier d'une façon prévisible la prédisposition naturelle du chat. L'amygdale est également impliquée toutes les fois que la signification affective d'un stimulus ou d'une situation change sous l'effet de l'influence structurante de l'expérience.

► MULTIDÉTERMINATION DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATÉGIE AGRESSIVE

Chez tous les mammifères, à l'exception de l'homme, l'individu peut recourir (et dans certaines circonstances, est contraint à recourir) à une stratégie agressive qui permet de s'approprier (ou d'éviter) quelque chose, afin de couvrir

et, de ce fait, l'influence modératrice qui s'exerce sur l'induction de l'aversion et d'un comportement de défense) a pour effet d'accentuer les réponses d'approche vers le stimulus naturel et de faciliter les comportements offensifs dans des situations d'interaction sociale. À l'inverse, l'injection d'un antagoniste du GABA (qui a des effets locaux opposés) accentue les comportements de retrait et de fuite en réponse à une stimulation, avec une tendance accrue à présenter, face aux congénères, des comportements de défense.

Le rôle important joué par une forte appétence ou une forte aversion dans la détermination de l'usage offensif ou défensif d'une stratégie agressive apparaît également dans le fait que la probabilité de mise en œuvre d'une semblable stratégie est étroitement corrélée avec le niveau individuel de réactivité émotionnelle. C'est ainsi que des lésions du septum ont pour effet, à la fois d'accentuer très fortement la réactivité émotionnelle du rat et de faciliter nettement le déclenchement de réactions agressives par des chocs électriques douloureux ainsi que le déclenchement d'une agression lorsque le rat

Cerveau et processus d'ordre affectif

Les deux systèmes neuronaux dont la mise en jeu détermine l'une ou l'autre des deux attitudes fondamentales de l'individu face à un environnement (appétence ou aversion, approche ou fuite) sont distribués à travers l'ensemble des étages fonctionnels hiérarchisés du système nerveux central. Au niveau élémentaire (genèse des connotations affectives brutes intervenant dans la détection et dans la satisfaction des besoins biologiques élémentaires), les deux systèmes sont dissociés dans l'espace : le système d'appétence est localisé dans la région ventrale du mésencéphale (partie haute du tronc cérébral) et il se prolonge vers l'avant dans la région latérale de l'hypothalamus (situé à la base du cerveau) ; en situation plus médiane, le système d'aversion est localisé dans la substance grise centrale du mésencéphale et il se prolonge vers l'avant dans la région médiane de l'hypothalamus.

Au niveau intermédiaire (élaboration, mémorisation et reconnaissance d'une signification affective plus complexe intervenant dans la satisfaction des besoins relationnels et affectifs), les deux systèmes se rejoignent au sein de l'amygdale (située dans la profondeur du lobe temporal) où peut ainsi s'opérer une sorte « d'algèbre interne » des connotations appétitives et aversives, plaisantes et déplaisantes. Au niveau supérieur, le cortex préfrontal (partie la plus antérieure des hémisphères cérébraux) joue un rôle prééminent dans la planification, le contrôle et l'adaptation des actes intentionnels (avec quête de sens et de cohérence). Le cortex cingulaire (dans la région médiane de ce cortex pré-frontal) est interconnecté avec l'amygdale et il est impliqué dans la détection de tout changement qui affecte telle ou telle signification affective et dans l'utilisation des informations de nature affective dans le jeu de la « mémoire de travail » (qui sous-tend la planification de l'action). Le septum (situé dans la région antérieure et médiane de la base du cerveau) est interconnecté avec l'hypothalamus et avec l'amygdale, et il est une composante importante d'un système neuronal dont l'activité a pour effet de modérer l'intensité des réactions émotionnelles.

ses besoins biologiques élémentaires et de maîtriser ses interactions au sein d'un système social biologiquement déterminé. Dans le cas d'un semblable individu biologique, les structures cérébrales qui sont organisées de façon relativement linéaire et qui actualisent cette stratégie potentiellement disponible peuvent être décrites, à juste titre, comme le « substrat nerveux de l'agression ». Mais la simple existence de ce substrat ne devrait nullement conduire à considérer que le cerveau génère une « agressivité » endogène censée être une entité naturelle, une réalité causale universelle. De plus, les choses changent fondamentalement dès lors que nous nous tournons vers l'espèce humaine. En particulier dans nos pays développés, l'homme n'est contraint (ou, à tout le moins, ne devrait être contraint) que de façon tout à fait exceptionnelle à recourir à une agression pour survivre et pour défendre son intégrité physique ainsi que celle de sa descendance. Comme acteur social, ses interactions s'inscrivent dans un système social culturellement déterminé, avec des aspirations, des projets, des valeurs et des normes spécifiquement humains. Il tend à satisfaire ses intérêts personnels qui évoluent comme une construction relationnelle élaborée dans - et par - les rapports dialectiques entre ses propres besoins et désirs et les personnes censées être susceptibles de les satisfaire. Grâce à l'interprétation et à la symbolisation des expériences vécues, l'histoire individuelle de l'acteur social génère un sens qui lui est propre, qui n'est plus génétiquement préprogrammé et qui n'est plus simplement le fruit de l'histoire évolutive de l'espèce. Et en sa qualité de sujet réfléchissant délibérément, l'homme a la capacité de déterminer de façon consciente la façon dont il s'engage dans (et dont il continue à orienter) les expériences concrètes qu'il vit : il peut, en particulier, choisir de recourir à des stratégies « prosociales » plutôt qu'à des stratégies de nature agressive. Dès lors que le neurobiologiste s'intéresse aux relations cerveau-comportement qui prévalent chez l'homme, et qu'il souhaite que les données qu'il s'efforce d'obtenir chez l'animal aient - à cet égard - des vertus explicatives pertinentes, il doit avoir conscience et tenir pleinement compte d'un déplacement majeur : déplace-

ment d'un ensemble de relations entre causes et conséquences qui sont génétiquement préprogrammées et, de ce fait, assez rigides vers un ensemble de relations entre moyens et fins qui sont historiquement et culturellement conditionnées et qui sont plus « plastiques », plus sensibles à l'influence structurante et personnalisante de l'expérience.

► QUELLE COGNITION SOCIALE ?

S'il s'intéresse aux comportements violents de l'homme, le neurobiologiste ne peut prétendre les « expliquer » en parlant du comportement observable (tel ou tel « modèle » d'agression) et en analysant les processus et mécanismes cérébraux qui sont impliqués dans l'élaboration de cette « sortie » comportementale. Dès lors qu'un acteur social recourt à une stratégie agressive face à une certaine situation, la question qui se pose est, dans une large mesure,

celle de sa cognition sociale et de ses états affectifs d'origine sociale qui dépendent de son histoire individuelle au sein d'un contexte socio-culturel donné. Plus concrètement, deux questions complémentaires se posent : pour quoi a-t-il perçu, interprété, vécu la situation de telle sorte que l'agression lui a paru être la stratégie appropriée, celle qui lui permettrait de maîtriser la situation, ou plus exactement de maîtriser sa propre relation à cette situation ; pourquoi a-t-il eu effectivement recours à ce type de stratégie comportementale (avec ici deux sous-questions plus précises : dans quelle mesure les conduites agressives ont-elles été positivement ou négativement renforcées tout au long de son histoire individuelle. Qu'en est-il des processus qui auraient pu retenir l'agresseur potentiel, processus tels que l'évaluation pertinente des risques encourus, l'expérience vécue de l'atta-

L'Institut pour la Promotion du Lien Social (IPLS)

Fondé en juin 2000, l'IPLS se donne pour objectif de contribuer, par sa réflexion et son action, à la lutte contre les façons d'être et d'agir qui blessent autrui, contre les attitudes et les comportements qui portent atteinte à l'intégrité physique et psychique d'autrui. Car ces violences altèrent la qualité des relations interpersonnelles à tous les niveaux, ce qui a pour effet de générer de la souffrance et de fragiliser la cohésion sociale.

L'objectif est ambitieux, et sa réalisation - qui ne peut être que partielle - requiert à la fois une mise en œuvre progressive d'un ensemble d'activités et une coopération confiante avec tous ceux qui œuvrent dans la même perspective. L'enjeu est d'une importance telle que seule la conjonction d'initiatives convergentes a des chances sérieuses de pouvoir peser sur la situation qui prévaut à l'heure actuelle.

La spécificité de l'IPLS est de constituer un trait d'union entre l'Université et la Cité, un lieu de rencontre, de débat et d'échange pour les chercheurs et les acteurs sur le terrain. Les activités envisagées - et, pour certaines, déjà engagées - par l'IPLS traduisent ce souci d'appréhender avec des « regards croisés » les phénomènes de société sur lesquels il importe d'agir et de procéder ensemble à une évaluation des pratiques mises en œuvre, dans l'espoir de pouvoir les rendre plus satisfaisantes et plus efficaces. Ces activités, qui sont censées s'enrichir mutuellement, sont les suivantes :

- recherches théoriques et recherches-actions conduites dans des quartiers dits « sensibles » ;
- séminaires thématiques et des conférences-débats ;
- journées d'étude ;
- groupes de réflexion et de prospective d'action travaillant sur des projets initiés par les acteurs de terrain. Les groupes « Prévention des conduites à risque » et « École et lien social » sont déjà fonctionnels depuis plusieurs mois. Un autre groupe « Promouvoir le lien social dans l'espace de la ville » est en cours de constitution
- des actions de formation.

Marc Haug, Directeur de recherche UMR-CNRS 7043, directeur de l'IPLS.



Photo : C. Cordonnier

chement, du lien affectif et un soutien social digne de confiance ?). Ce changement de perspective ne diminue nullement l'intérêt des recherches d'ordre neurobiologique pour une meilleure compréhension de la détermination des conduites agressives chez l'homme. Bien au contraire, les données ainsi mises au jour se laissent beaucoup plus aisément confronter avec celles obtenues dans les recherches de psychologie génétique et de psychologie sociale relatives aux conduites agressives chez l'homme. En effet, l'investigation d'ordre neurobiologique peut éclairer nombre de caractéristiques individuelles, parmi lesquelles on citera :

- le niveau général de réactivité émotionnelle et le degré de sensibilité spéci-

fique au caractère aversif d'une menace, d'une provocation, d'une frustration ;

- la prédisposition à répondre de façon impulsive ;
- la genèse, le degré individuel et les répercussions comportementales de l'anxiété ;
- le développement, au cours des phases précoces de l'ontogenèse, d'un certain « style de comportement » caractérisant l'individu ;
- l'élaboration de l'état affectif de « confort social » et des comportements « affiliatifs » qui, à la fois, reflètent cet état et le génèrent ; la façon dont le cerveau constitue (et se réfère à) la mémoire autobiographique ;
- les mécanismes par lesquels des pro-

cessus ou événements tels que la familiarisation, le succès ou la défaite, la punition, modifient la signification cognitive et affective d'une situation donnée. Nous disposons, pour ces caractéristiques individuelles et pour quelques autres, de nombreuses données d'ordre neurobiologique qui feraient facilement l'objet de plusieurs exposés. Le cerveau humain ne devrait donc plus être considéré comme le « générateur » d'une « agressivité » censée être une fatalité d'ordre biologique (en mettant de façon abusive l'accent sur l'implication causale de tel facteur humoral ou de tel gène !), mais plutôt comme l'« instance de médiation » d'un dialogue qui peut revêtir une forme agressive pour des raisons que seule une approche multidisciplinaire a des chances sérieuses de pouvoir éclaircir. ■

Les racines de la violence

Y a-t-il des facteurs spécifiquement génétiques qui conduisent les hommes à des comportements violents, ou ces comportements sont-ils davantage dictés par notre environnement ? Pour Pierre Karli, seule une vue d'ensemble des conditions d'apparition de la violence et des multiples dysfonctionnements de notre société qui y prennent une large part permet de mieux comprendre les façons d'être et d'agir que nous constatons et déplorons. Et seul un débat ouvert, lucide et débarrassé des habituels préjugés d'ordre idéologique a des chances sérieuses d'apporter quelques vraies réponses à ce qui est très certainement un vrai problème. Voici, par l'un des grands spécialistes de la biologie des comportements d'agression, une étude globale des origines multiples des attitudes et des conduites violentes.

■ Karli P., *Les racines de la violence, réflexions d'un neurobiologiste*, Éditions Odile Jacob, 2002, 24 €.

Texte issu de la communication de Pierre Karli présentée au cours de la Journée d'étude « Violence et enfant » organisée à Strasbourg à la Société de Psychiatrie de l'Est, le 13 mai 1995 et publiée dans Neuropsychiatrie, Enfance Adolescence, 45 (1-2), 1-5.

Bibliographie de l'auteur

- Karli P., *L'homme agressif*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1987. (Réédité dans la collection Opus, n° 31, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996).
- Karli P., *Le cerveau et la liberté*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1995.

Qu'est-ce qu'être disponible pour l'autre ? C'est avoir fait en soi le Vide : Vide de représentations, vide de fantasmes portés sur l'autre, vide des objets de peur qui focalisent l'attention avec une attente anxieuse d'une réaction crainte. Le Vide est un concept majeur dans cette relation à l'autre qui rapproche métapsychologie analytique et institutionnelle et esthétique japonaise qu'on retrouve dans les sports de combat.

Photo : J. Renard



La tentation de la violence

● Ginette Michaud, psychiatre, psychanalyste.
Elle a été maître de Conférence à l'université Paris VII - Denis-Diderot.
Elle est fondatrice d'Euro-Psy et membre d'Espace Analytique.

Il y a de nombreuses années, j'inventais par hasard une technique que je baptisais, ce qui la décrivait assez bien : « séances au sol ». Il s'agissait de séances de psychothérapie pendant lesquelles je recevais une malade, grande schizophrène, sujette parfois, pendant une séance « ordinaire » à des accès d'angoisse avec une violence pas toujours contenue. À l'hôpital, l'équipe soignante n'aurait sûrement pas accepté sans réaction qu'une séance de thérapie se déroule de cette manière. Elle serait intervenue, seringue à l'appui... mais dans le « privé », comme on dit, quoi faire : arrêter le travail à cause de la violence ou aménager ? C'est cette dernière possibilité que j'ai choisie. Je maîtrisais donc ma patiente, au sol, vigoureusement, en l'entourant fermement de mes bras et jambes, tout en formulant sans cesse ce qui se passait. En appa-

rence, la scène devait ressembler à un violent combat plus qu'à une thérapie. Il me semblait nécessaire de nommer ce que je faisais, ce que je pensais de ce qu'elle pouvait ressentir, en formulant ce que j'avais cru comprendre de ses angoisses. Tout cela en l'assurant de façon continue de ma présence, et de l'absence de peur que j'éprouvais, pour moi et pour elle. Que ce moment allait finir, qu'il fallait qu'elle se tranquillise et qu'elle ait confiance dans le bon déroulement de sa crise... Suivait, lorsque la crise se terminait, une reprise avec elle des événements et parfois des questions à propos d'un énoncé de quelques mots qui en ponctuait la fin. Cet énoncé, ajouté aux autres suivant les crises précédentes, donnera en fin de processus le récit d'un traumatisme qu'elle avait vécu quelques années auparavant... Je suis convaincue que la violence conduite de



façon raisonnée et avec « *mushotoku* » (ce que le bouddhisme zen entend avec approche gratuite et non compétitive) peut être un outil efficace lorsqu'elle est appliquée comme un instrument d'échange, un peu particulier soit, mais qui tient son efficacité de la connaissance qu'on peut en avoir. Il est nécessaire de parcourir ce champ immense de la violence en allant chercher, hors de notre civilisation rationnelle et « mondaine », des éléments de réflexion indispensables à qui veut travailler avec des malades qui, parmi leurs symptômes, agissent la violence presque au quotidien. C'est aussi un mode de recherche qu'on peut avoir avec des enfants ou adolescents qui manifestent, par leurs passages à l'acte ou leurs actings, que la violence est devenue un mode d'expression qui signe leur structure, ou du moins celle qu'ils risquent d'inscrire en eux face au défaut de l'espace socioculturel dans lesquels ils sont plongés. Psychopathes, pervers, psychotiques, il est question pour eux de l'inscription dans leur espace psychique du signifiant primordial désignant leur assujettissement

intime à une loi humaine d'échange, de respect de l'autre et des valeurs sociales.

► RÉFLEXION SUR LA VIOLENCE DE NOTRE SIÈCLE

« *Le XIX^e siècle fut le siècle de l'espoir, de la croyance au progrès social, de l'aptitude de chaque homme à devenir un être fraternel pour les autres. Le XX^e siècle est celui de l'inquiétude et des désillusions du progrès (1)* ». Le XXI^e siècle sera celui de la violence, autant s'y préparer... Qu'est-ce à dire ?

Comment la civilisation peut-elle revenir ainsi en arrière ? En effet, depuis les premiers hommes et l'état de société, le polissage des mœurs a longtemps été de surface. La violence était au menu souterrain réglant les rapports sociaux. Meurtres et corruptions infiltraient les organismes de tous les étages de la société. Guerres de religions, loi du talion, tortures... Depuis la nuit des temps a été dévolu aux guerres le soin de régler, par le bas, les rapports de puissance entre les États. Depuis la Révolution Française, les lois et les institutions internes, les « ministères »

comme « la Défense », « la Justice », sont inscrits dans des rôles bien définis. Tout cela fonctionne tant que l'État fait autorité. Quand l'État se dérobe dans ses représentants les plus marquants, comment la violence peut-elle être canalisée ? Que manque-t-il à notre société pour qu'elle réagisse aux conflits par la violence ? Que manque-t-il aux hommes que nous sommes pour ne pouvoir vivre sans ce facteur ? La société serait-elle malade des hommes qui la constituent ? Fabriquerait-elle des pathologies particulières ? Comment la société future va-t-elle se constituer ? Le match du siècle sera-t-il entre psychotique et psychopathe ? Il s'agit en effet, dans les deux cas de figures, d'expression particulière d'agénésie d'instances importantes pour la constitution des sujets dans leurs rapports au monde et aux autres.

■ Le psychopathe présente une agénésie du surmoi. De fait, une absence de constitution de cette instance fera que tout événement n'aura prise sur lui qu'à travers son propre plaisir, il ne sera pas concerné par le jugement de l'autre sur son acte et lui-même, sur son acte, n'aura pas de jugement. Ni remords, ni regret. Il ne sait pas ce que c'est ; transgression sans angoisse pour l'adolescent psychopathe.

■ Le schizophrène, pour sa part, souffre d'agénésie de l'imaginaire et le paranoïaque d'agénésie du symbolique. Ils auront l'un et l'autre, pour des raisons inverses, tout autant de difficulté à dialoguer avec autrui et à lui faire sa place, ce qui est la base du comportement social. Mais peut-on y faire quelque chose ? On sait que pour le schizophrène, il est plus facile, toutes proportions gardées, de faire par la thérapie analytique de véritables « greffes d'imaginaire » (2). Pour le paranoïaque, comme pour le psychopathe, il semble bien que la greffe de symbolique, ou de surmoi qui touche à la structuration du rapport à l'autre et à la limite que donnent à tout acte ces instances intériorisées, sera plus difficile, voir impossible, à mettre en place. Et pour l'adolescent caractériel, borderline ou psychopathe, comment faire la part de ce qui est une manifestation due à la crise de son âge ou un manque pathologique en train de s'installer auquel il faudra palier ?

C'est une question importante car notre civilisation « *fabrique du psychopathe* » (3). En effet, on peut supposer qu'avec le règne de l'image, de la toute puissance de la représentation sur la parole, de la parole utilisée comme représentation, on ne puisse faire place à l'intériorisation d'une parole de vérité dite par un père ou un adulte respecté dont la parole « vaudrait ». L'utilisation de la parole par les médias en fait un instrument imaginaire et séducteur pour le public. Celui-ci arrive de moins en moins à juger, n'ayant pour sa gouverne que des représentations contradictoires et suspectes.

► LA VIOLENCE COMME DÉBOREMENT DES LIMITES PULSIONNELLES.

On dit souvent que la violence est le résultat d'un débordement des pulsions qui ne trouvent plus d'issue acceptable pour le sujet. La pulsion, dont l'origine est dans le corps biologique, ne trouve pas alors d'autre voie comme peut l'être le refoulement de son expression par des représentations qui seraient repoussées hors du champ de conscience. La violence laisserait-elle toute représentation hors champ ? La pulsion, en effet, peut s'entendre comme une force interne qui ne peut être arrêtée que par un phénomène extérieur. Celui-ci va en détourner une certaine énergie pour donner un sens à un acte qui devient alors un « acte véritable » et non une issue énergétique à une poussée irrépressible vers le passage à l'acte. La phase critique qui s'amplifie montre bien l'inertie qui s'empare de toute situation lorsqu'il y a perte de contrôle, point de non-retour.

À la lumière des arts martiaux, les quatre réponses centrales à la situation critique sont : **se soumettre, fuir, lutter ou agresser**. Avant de pouvoir être utilisé pour guider la force dans les sports de combat, le comportement va résulter du traitement que vont réserver les éléments extérieurs au développement de la pulsion. René Thom, mathématicien contemporain, propose un modèle mathématique de la morphogenèse. À partir du monde des formes rencontrées dans la nature, il établit des formules faisant le lien entre les conditions extérieures ramenées à un petit nombre observable et la force de la poussée observée, toujours unique, continue. Il en arrive à établir des modèles variables

et représentables par des figures en trois dimensions qui illustrent le comportement discontinu produit lorsqu'une force continue se trouve confrontée à des forces variables. La plus simple, avec une force continue et deux variables, donne le modèle du pli qui montre qu'à un point donné de l'évolution du modèle, en fonction de l'augmentation des deux variables, le comportement ne croit plus dans le même sens, mais opère un retournement : c'est le point de catastrophe. Quand l'aménagement du potentiel ne peut plus être « négocié », intervient le retournement en son contraire. Il n'y a plus de comportement satisfaisant, gratifiant, et l'issue violente (agressivité ou passage à l'acte) se profile comme issue possible, mais ce n'est pas la seule. En effet, dans le modèle à deux variables de l'exemple que donne Zeeman, un adepte de Thom, lors de la montée du potentiel de la force continue, le comportement se retourne en deux possibilités. Il donne l'exemple du chien en hostilité avec un autre chien. Montent le conflit et la tension puis, au moment où le chien le plus fort va aller à l'attaque, l'opposant fuit ou se soumet.

► UNE AUTRE ISSUE À LA VIOLENCE

Comment trouver cette issue ? Sans doute par la parole. Ce qui peut arrêter la violence, détourner la catastrophe vers un autre axe, c'est bien la parole, mais la parole qui fait acte, qui arrête, qui ne glisse pas, qui fait sens intrusif pour l'autre au point de provoquer un arrêt de la montée pulsionnelle et une reprise ; reprise qui fait place à l'autre et dont la place était abolie par la montée de violence.

Lorsque cette parole est « ratée », elle est impuissante. Alors que la parole « juste », « l'acte juste » vont permettre l'arrêt de la violence et la reprise du sens dans l'échange. C'est le même « acte juste » qu'il est nécessaire de trouver pour pouvoir pratiquer les sports de combat : comment cet acte juste se développe, en comptant justement sur l'autre, en faisant toute la place à l'autre, ce qui est le contraire de l'acte violent, mais qui permet de l'accueillir. En effet, pour ces pratiques est nécessaire cette attitude qu'on retrouve dans les arts martiaux, dans la philosophie japonaise autant que dans la psychothérapie institutionnelle dans le travail



Photo : J. Renard

avec les malades psychotiques : la nécessité de pratiquer envers l'autre « disponibilité et vigilance » pour la psychothérapie institutionnelle, « *mushin et zanshin* » pour les maîtres du Budo. Ces pratiques sont contraires à l'analyse avec les névrosés où Freud nous conseille une ascèse de relation dans le transfert qui impose une attitude de « neutralité bienveillante » pour le psychotique. Il faut plus qu'être neutre avec un patient psychotique qui ne s'approche que s'il perçoit chez l'autre une attitude ouverte et respectueuse. La neutralité prise comme attente sans demande ne peut avoir de sens pour lui que de rejet, Quant à la bienveillance...

► FAIRE PLACE À L'AUTRE

Le patient psychotique ne cherche pas à ce que l'autre éprouve une disposition quelconque, surtout pas « bonne ». En effet, il est si difficile pour lui de s'approcher de l'autre que la perception d'un désir quelconque chez celui qui écoute sa parole lui rend d'emblée suspecte et limitante la relation. Qu'est-ce d'autre que la bienveillance que l'intention de faire la place à l'autre, pour qu'il s'approche, et de l'aider dans le plus fort des cas ? Ce n'est pas ce qu'espère un psychotique. Chez lui, ni demande, ni désir, quoiqu'il puisse en paraître. Il faut, pour garantir la rencontre, qu'il



puisse repérer chez l'autre une simple « disponibilité » plutôt qu'une intention quelconque, fût-elle bonne. Et l'on peut se rendre compte, par le travail clinique avec les patients, que la disponibilité n'est pas simple. De même que dans les arts martiaux, l'attitude « *mushotoku* », gratuite et sans souci de compétition, va permettre l'accueil de l'action de l'autre. Qu'est-ce qu'être disponible, tant pour les arts martiaux que pour l'accueil d'un patient ? C'est avoir fait en soi le Vide : Vide de représentations, vide de fantasmes portés sur l'autre, vide des objets de peur qui focalisent l'attention avec une attente anxieuse d'une réaction crainte. Le Vide est un concept majeur dans cette relation à l'autre qui rapproche métapsychologie analytique et institutionnelle et esthétique japonaise qu'on retrouve dans les sports de combat. Le Vide, concept de base qui, mis en place comme attitude intérieure, loin d'empêcher la réponse adaptée envers le patient ou l'adversaire, va permettre de porter le regard et l'attention à tout mouvement de l'autre imprévisible. Aucune gêne, aucun encombrement du « mental » ne viendra empêcher les perceptions et la réaction immédiate et « juste ». Le regard, sans point d'attache précis, cette « attention flottante » selon le terme même que Freud proposait pour

le travail de l'analyste, le libérait pour une saisie de l'émergence inattendue des manifestations de l'inconscient chez son patient. C'est dans ces circonstances que peut surgir, pour l'analyste, la parole « juste », l'interprétation qui fera sens, qui signera un mouvement de continuité entre la parole du patient et son intervention propre. Dans les sports de combat, pour être prêt, toujours là, présent, le sujet qui combat est l'autre, il anticipe. Il n'a rien en tête qui encombre sa disponibilité. Il peut ainsi réagir et trouver la réponse juste, l'acte juste, le *yomi* (lecture anticipatoire permettant la réponse juste) et le *sakki* (détection de la volonté d'attaque chez l'autre, même cachée). L'acte juste peut être de métaboliser la continuité. Ainsi, la force du coup est accompagnée par le combattant qui la reçoit et la renvoie en réponse à celui qui l'a adressé. Le sujet et l'autre se continuent, ne font qu'un seul mouvement...

► ENTRE VIOLENCE ET ANGOISSE

Ainsi donc, pour exister et penser, il faut l'autre, depuis le début, et même si la vie n'est pas un combat, ou une thérapie, les éléments auxquels ces disciplines nous confrontent montrent que la relation avec l'autre n'est jamais simple, qu'elle est « encombrée » ; d'où parfois, la gêne et l'encombrement

l'emportant, l'entrée dans l'angoisse. Celle-ci évoque les rapports qu'un sujet entretient avec l'Autre, derrière l'autre, moïque, qu'il a face à lui. Et l'angoisse est en relation avec l'Autre, cet Autre qui se cache derrière l'autre qu'on voit et qui est l'Autre qu'on suppose. Mais, nous dit Lacan, il n'y a pas d'Autre de l'Autre mais cela, nul ne le sait et derrière tout autre, le sujet ne peut que supposer un Autre mal intentionné. Ne pas savoir provoque l'inquiétude, l'angoisse. Qu'est-ce qu'il me veut celle-là ? Comme modèle de l'angoisse, Lacan nous donne justement comme illustration de ce moment difficile, l'exemple d'un sujet qui serait, tout petit, devant une mante religieuse plus grande que lui, s'approchant et le regardant ? Qu'est-ce qu'elle me veut ? Il ne semble que trop clair, ce qu'elle veut. Et le sujet d'éprouver, devant cette certitude, cette sensation indéfinissable d'anéantissement avec creux à l'estomac et impression de mourir sur place, sans plus d'émotion que de pensée, sans plus de possibilité de bouger que de parler. L'angoisse cloue au sol. Elle « troue l'imaginaire », empêche les émotions et se résout parfois en violence. Il faut donc métaboliser la violence en développant le champ des émotions. L'émotion interrompt la violence si est dite la parole « juste », capable de l'arrêter. Ainsi, cette façon de faire est-elle très difficile avec les psychopathes qui n'éprouvent pas d'émotion, privant l'autre de moyen adéquat pour stopper la progression de l'acte violent

► VIOLENCE ET RÉEL

Partons du fait que la violence est une réponse à une impossibilité d'avoir en face de soi l'acte juste, la parole juste. La violence apparaît lorsque l'acte juste, la parole juste sont manqués. On sait que la construction du sujet se fait par et avec la parole, parole des parents, nomination des choses, des sentiments, des événements. Le réel doit être nommé pour venir s'intégrer dans le vécu symbolique d'un sujet. Sinon, il reste à l'état de réel, actif et surpissant, mais pas forcément intégrable. Rien de plus nocif, voire de plus meurtrier, que le non dit sur des éléments concernant la vie d'un sujet et ses éprouvés. Cela peut aller jusqu'au traumatisme le plus enfoui et peut empêcher la constitution de la vie psychique

de façon harmonieuse. Il peut en résulter les pathologies les plus graves, comme la psychose où il n'y a pas de tampon inscrit entre le sujet et le réel qui l'habite. En effet, la construction de l'identité, du « Je » passe par la construction d'un espace métonymique du « dire » contenant, qui protège le sujet des « radiations » du réel.

Dans la technique des arts martiaux, la structuration du réel par la nomination des mouvements est constructive. Les enchaînements ne sont plus simples mouvements de défense ou d'attaque dont le résultat peut être craint car non représentable. Au contraire, et même si la rapidité, gage d'efficacité est présente, la nomination possible des mouvements fait que le sujet peut entrer dans l'inconnu, faire de l'inconnu qui fait peur du connu qu'on peut nommer, et par là habiter le réel d'un partage de sens que la culture et la technique proposent. Le symbolisme est en acte et structure le réel par la représentation parfois imaginaire du sujet qui s'en approche. Les enfants autistes sont sensibles à cette approche de « *la grue qui pique le poisson* » ou « *la grenouille qui saute* » ou tout autre mouvement rapporté à une vie à laquelle ils peuvent s'identifier. La représentation ne sera alors pas dangereuse. Elle pourra être intégrée comme un savoir/pouvoir sur le mouvement qui, nommé, s'intégrera à leurs représentations psychiques. On sait bien que c'est justement par impossibilité à affronter le rapport à l'autre humain que le psychotique est handicapé dans ses rapports sociaux.

► LE CORPS ET LA VIOLENCE

Comment alors intégrer la violence, sinon par le transfert que le sujet va développer, qui va « amadouer » cette peur de l'autre et permettre l'échange. La violence est, selon Hassen Chedri (4) « *ce qui s'impose à un être contrairement à sa nature* » ; « *les techniques des arts martiaux vont mettre ceci en pratique, utiliser la violence de l'opposition, de la contention pour faire arriver le sujet, prudemment à trouver une dynamique de réajustement de l'extérieur* ».

Le corps se construit par l'échange avec l'autre. Il se construit de l'extérieur. C'est la mère qui, par son appel, ses sourires, ses manipulations, son adresse à son enfant, son « holding » pour tout

dire, va lui donner les limites avec lesquelles il vivra son échange avec le monde des autres ; ça s'appellera le corps, lieu d'échanges. Le corps vécu est un espace de contact qui doit avoir une « certaine épaisseur » pour neutraliser les angoisses de chacun. C'est la distance de sécurité intégrée et métabolisée par le sujet qui fait que le corps, habituellement, ne pose plus problème dans l'échange quotidien sauf, bien entendu, lorsqu'il est l'interlocuteur privilégié des émotions au moment de l'amour ou quand il se rappelle au sujet par la douleur. Cette distance de sécurité, cette « distansécure » comme on pourrait la nommer, est problématique dans la psychose.

Toute approche à l'intérieur de cette limite deviendra pour le sujet une agression insupportable. La distance juste par rapport au corps va donc être à trouver.

► L'ART DE TOSQUELLES

Un jour Tosquelles arriva dans son service au milieu d'une grande agitation. Un malade, dans son coin, démolissait tous les infirmiers tentant de l'approcher. Tosquelles proposa à tout le monde de s'éloigner, prit une chaise, et s'assit à une bonne distance. Il commença à parler au patient qui se détendit progressivement. Puis, il rapprocha sa chaise, par petits coups, en continuant à parler. Il arriva alors à la distance où le malade commença à s'agiter. Il avait atteint le périmètre de

sécurité, la « **distansécure** ». Pour la franchir, il faudra ensuite à Tosquelles du temps, de la patience et du transfert.

Tosquelles nous montre ainsi la voie pour développer, par des moyens techniques, l'approche des grands violents immatures, des adolescents caractériels, des paranoïaques sans contrôle ni critique de leur délire, des schizophrènes dans une phase paranoïde et imprévisible, des psychopathes dont la parole est à prendre pour ce qu'elle est : une attitude de séduction sans valeur d'engagement. Garantir un lieu d'échange pour un sujet en mal de construction, grâce aux techniques diverses martiales ou thérapeutiques, permet d'envisager de traiter la violence et d'avancer dans la recherche à laquelle elle nous convoque comme réponse à une « *grande difficulté d'être, intime et ultime* » selon le terme de Jacques Pain. ■

Ce texte est une synthèse de la préface de l'ouvrage Paysages et figures de la violence, à paraître prochainement aux éditions Grifon Matrice (cf. encadré ci-dessous).

1- Henriquez E., introduction « De la horde à l'État », *essai de psychanalyse du lien social*, NRF Gallimard.

2- Pankow G., *L'homme et sa psychose*, Aubier-Montaigne, Paris, 1969.

3- Pain J., *Paysages et figures de la violence*, Grifon, Matrice, Paris, à paraître 2003.

4- Chedri H., *Paysages et figures de la violence*, Grifon, Matrice, Paris, à paraître 2003.

Paysages et figures de la violence

Depuis de nombreuses années, des groupes ont pensé la violence comme un vecteur de travail essentiel à la construction personnelle. Praticiens, chercheurs, engagés dans des formations complémentaires martiales, universitaires, institutionnelles, ces enseignants de la violence proposent des réflexions, des stages, des interventions. Le livre qu'ils proposent est né d'une expérience différente d'encadrement de la psychose par le corps et par l'acte ; d'une longue méditation sur la violence, le Zen et la psychothérapie institutionnelle ; et enfin de la volonté clinique de penser une métapsychologie du passage à l'acte.

Trois pôles sont abordés :

- l'étude du travail avec les grands violents, les arts martiaux et la formation qui peut, et doit, en découler pour les personnes ayant à en découdre ;
- l'étude du travail avec des enfants psychotiques à travers des ateliers d'arts martiaux ;
- l'étude des concepts des phénomènes institutionnels comparés entre la psychothérapie institutionnelle et l'esthétique japonaise que ces expériences convoquent.

■ Bernier P., Chedri H., Luca-Bernier de C., Marques V., Pain J., Porterie J., Zayas C., sous la direction de Jacques Pain, préface Ginette Michaud, *Paysages et figures de la violence*, Éditions Grifon Matrice, à paraître 4^e trimestre 2003.

■ Pour en savoir plus : Euro-Psy, Collectif Pernéty, 45, bis rue Pernéty, 75014 Paris. Tél. : 01 45 43 00 10. Fax : 01 45 45 45 45. E-mail : secretariat@euro-psy.org ; Site : www.euro-psy.org

Élaborer des pistes de traitement de la violence, comme dans le cas particulier d'un état d'agitation aux urgences, c'est échafauder un canevas de réflexions qui se nourrit de la médecine et de la psychiatrie.

Psychotropes et violence

- François Danet, Psychiatre, médecin légiste, Service de Médecine Légale Psychiatrique des Urgences ;

- Pierre Achache, Médecin urgentiste, Département d'Urgence et de Réanimation Médicale ;

- Nadya Bouchereau, Cadre infirmier, Département d'Urgence et de Réanimation Médicale ; Hôpital Édouard Herriot, Lyon (69).

a violence est devenue, ces dernières années, une préoccupation centrale des soignants qui travaillent en milieu hospitalier. Outre le savoir à acquérir et le savoir-faire à construire, il s'agit aussi d'élaborer, face à la violence, un savoir être qui pose la question d'une fonction soignante fondée sur une nouvelle éthique de l'implication personnelle.

▶ ABORD ET EXAMEN DU PATIENT

L'agitation est un trouble du comportement consécutif à une douleur interne insupportable pour la personne qui la

vit. Il s'agit d'un état qui peut rapidement diffuser à l'environnement du patient, y compris au médecin et à l'équipe soignante. Isoler le patient de son entourage immédiat est le plus souvent indispensable afin de favoriser la sédation de la crise. Les soignants doivent savoir prendre en compte leur ressenti, et notamment le sentiment de peur ou l'excitation, pour prévenir une contention brutale (physique et/ou chimique) qui répondrait en miroir aux manifestations du patient. Calme et bienveillance, mais également fermeté et distance, sont de rigueur, avec l'idée

d'être à la fois acteur de la scène, mais aussi observateur dans une dynamique de décalage à reconstruire continuellement, (Barus-Michel, 2003 ; Morasz, 2002 et 2003). Le premier élément thérapeutique à mettre en place est la prise de contact avec le patient ; un temps essentiel de la contenance psychique qu'opère l'institution dans son ensemble. Cette première « approche » permettra également d'évaluer les critères de dangerosité du patient et de la situation, avec l'idée sous-jacente de programmer rapidement une contention physique, éventuellement accompagnée d'une sédation chimiothérapique. Des mesures de sécurité sont également nécessaires pour ne pas exposer les soignants et les témoins éventuels de cette agitation à une violence incontrôlable. Si possible, l'examen doit au moins permettre d'évaluer les circonstances d'apparition de l'agitation, son mode de début et l'existence éventuelle d'un facteur déclenchant. Il faut aussi rechercher des antécédents psychiatriques et médicaux, ainsi qu'un éventuel suivi médical et/ou psychiatrique antérieur. Le médecin et l'équipe soignante doivent également mettre en évidence des signes cliniques, comme l'état délirant, l'hémétisme dans le contact, une bizarrerie, des propos incohérents, des signes d'imprégnation toxique ou d'ivresse, une impulsivité, des affects dépressifs (voire mélancoliques), une tonalité maniaque de l'humeur (Meunier et Elchardus, 2002).

► CONTENTION PHYSIQUE ET CHIMIOTHÉRAPIE

Si l'agitation présente des critères de dangerosité, la poursuite de l'examen médical est contre-indiquée et doit laisser la place à des mesures d'urgence.

■ La contention physique est réalisée dès que la décision en est prise, immédiatement et en équipe. Son objectif est de soigner l'angoisse psychotique et l'agitation. Il s'agit d'un acte thérapeutique, d'un soin intensif médico-psychologique, qui doit être impérativement prescrit par un médecin. La contention requiert la présence de six personnes : immobilisation (une personne pour chaque membre, une pour la tête et une pour la coordination), dialogue et éventuelle injection. Le médecin prescripteur de la conten-



tion doit être présent aux côtés des autres soignants lors de cet acte. Il « porte » sa décision, représente le pôle médical de l'institution, accompagne l'équipe, parle et explique (brièvement) au patient l'acte thérapeutique qui lui est administré. L'équipe qui contient le patient est mixte, composée de différents représentants du personnel paramédical. Le lieu de la contention doit être, si possible, à l'abri des regards des autres consultants du service.

■ La sédation médicamenteuse immédiatement après la contention physique se discute. Face à une agitation violente, il est très difficile d'affirmer le diagnostic de psychose, même si le patient présente des signes de la lignée psychotique (logorrhée, contact hermétique, attitude bizarre, propos incohérents et délirants, apragmatisme, hygiène dégradée...). Il peut donc s'avérer problématique de prescrire, d'emblée, un traitement médicamenteux. Reste que les équipes des services de

psychiatrie préfèrent, le plus souvent, qu'un patient contenu physiquement aux urgences soit également sédaté avant son transfert. Seul inconvénient, s'il en est, la sédation supprime la symptomatologie psychotique aiguë dont ne sera pas témoin l'équipe psychiatrique qui aura comme mission le soin au long cours. Cela dit, nous pouvons dire qu'il faut prescrire une chimiothérapie adjuvante à la contention quand l'agitation persiste (Nozinan® ou Tercian® 50 mg IM par exemple, en l'absence de contre-indication et avec une surveillance adéquate). Outre la psychose, l'agitation peut se greffer sur un tableau clinique hystérique, limite, voire toxique. Quand le patient présente des troubles vraisemblablement psychopathiques, sans élément dépressif, il peut être préférable de recourir aux forces de l'ordre, plutôt que d'endecher le dispositif hospitalier psychiatrique. Dans le cas de troubles abandonniques ou hystériques, qu'il est difficile de différencier aux urgences, le traitement chimiothérapique peut com-

porter des benzodiazépines (Tranxène® 50 mg IM par exemple). Le cas de la suspicion de toxiques doit conduire à une contention physique, avec ou sans chimiothérapie, pour calmer l'agitation et prévenir une chute, dans l'attente de l'évaluation psychiatrique ultérieure.

► EFFETS PSYCHO-DYNAMIQUES

DU TRAITEMENT DE LA VIOLENCE AIGUË

Le traitement de la violence aiguë aux urgences, telle qu'elle est décrite ici, est triple : physique par la contention, chimiothérapique par le traitement, légale par l'hospitalisation d'office.

Le lieu où est découvert la violence du patient peut être comparé à une scène. Confrontés à cette violence, les soignants adoptent des rôles, à la fois pré-établis en regard de la division du travail et de la distribution des tâches, mais aussi spontanées en raison du caractère brusque et imprévu de la situation. L'équipe doit très vite aller chercher des attaches et, par un appel à l'interphone du service ou par « bouche à oreille », sollicite des soignants en renfort auprès du patient. **Il s'agit de mobiliser des moyens d'action pour la survie du patient, face à une menace aiguë pour son intégrité.** Si l'arrivée des soignants doit être rapide, elle s'effectue néanmoins dans le calme, sans agitation ni excitation en miroir. Comme les meilleurs chirurgiens, **il s'agit de faire peu de gestes, mais suffisamment précis pour que l'intervention soit rapide et ménage l'intégrité physique et psychique du patient.**

Le premier effet du neuroleptique est de diminuer l'intensité de la violence en mettant en veilleuse les sources énergétiques pulsionnelles. Consécutivement à la contention, la chimiothérapie permet de couper le moteur de l'agitation et de l'excitation et de canaliser, dans une activité coordonnée, les énergies dispersées. Cela dit, alors que la contention physique a une action à la fois quantitative et qualitative (maternante, contenante, étayante et groupale) sur la pulsionnalité violente, l'action neuroleptique sédatrice est surtout quantitative. Elle présente d'ailleurs le risque, à posologie élevée, de rendre le patient indifférent aux stimulations internes et externes, et de grever ses capacités à se réorganiser (Kapsambelis, 2002). Le traitement que l'équipe d'accueil du CHS met en place dans un second

temps, la crise passée, peut avoir un effet qualitatif, surtout pour ce qui est du neuroleptique antiproductif. Il réduit la désinhibition pulsionnelle dont l'agressivité et la destructivité sont les conséquences les plus tangibles. Ces neuroleptiques, et en particulier les molécules récentes (Risperdal®, Solian® et Zyprexa®), peuvent faciliter l'établissement d'une relation d'objet de plus en plus objectivée (l'énergie pulsionnelle étant de mieux en mieux liée), ainsi que de meilleures capacités de secondarisation. L'action du neuroleptique pourrait être envisagée comme rétablissant les liaisons entre affect et représentation, la prescription se saisissant du mouvement pulsionnel destructeur. Cela dit, malgré les études démontrant une meilleure tolérance des antipsychotiques atypiques, ces derniers comportent encore des effets secondaires préjudiciables pour le patient et pour ses capacités à faire des liens entre affect et représentation, dont l'émoussement affectif, la baisse de la libido et la prise de poids.

► EFFETS PSYCHODYNAMIQUES

DE LA VIOLENCE SUR LE LONG TERME

Le traitement du patient violent peut comporter, suite à l'épisode aigu, une association brève benzodiazépines-neuroleptiques. L'action conjointe de ces molécules qui se potentialisent suscite un processus de retour à un narcissisme protecteur et récupérateur, dont l'effet le plus délétère est l'isolement sensoriel, perturbateur de l'activité onirique et élaboratrice. Le ressort thérapeutique réside toutefois dans la régression analytique, qui peut ouvrir sur une phase de progression au cours de laquelle l'humeur se normalise en même temps que le Moi se réorganise. Le modèle régression-gratification-progression trouve un écho dans les travaux actuels concernant la chambre d'isolement, qui conduit à une sorte d'atténuation de la perception des stimulations externes (Kapsambelis, 2002).

Il est intéressant de noter, en particulier parce que les patients violents ne sont pas exclusivement des schizophrènes agités, qu'il existe des effets thérapeu-

Neuroleptiques et violence

Effets psychodynamiques des neuroleptiques sur la violence aiguë	Effets psychodynamiques des neuroleptiques au long cours sur la violence
<p>Effets thérapeutiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • action sédatrice quantitative • diminution de l'intensité de la violence • mise en veilleuse des sources narcissisme protecteur et récupérateur • coupure du moteur de l'agitation et de l'excitation • canalisation des énergies dispersées dans une activité coordonnée • réduction de la désinhibition pulsionnelle, de l'agressivité et de la destructivité • facilitation de l'établissement d'une relation d'objet de plus en plus objectivée • liaison de l'énergie pulsionnelle • contribution à de meilleures capacités de secondarisation <p>Effets secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • à posologie élevée, indifférence aux stimulations internes et externes • amoindrissement des capacités à se réorganiser 	<p>Effets thérapeutiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • régression analytique pouvant ouvrir sur une phase de progression • restauration des limites du Moi et de la différenciation dedans-dehors • associés aux Benzodiazépines, retour à un narcissisme protecteur et récupérateur • associés aux Antidépresseurs, normalisation de l'humeur, action potentialisante de la libido, atténuation de la déplétion libidinale • investissement du thérapeute, par le biais d'un nourrissage oral passif <p>Effets secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • isolement sensoriel • perturbation de l'activité onirique et élaboratrice • émoussement affectif • baisse de la libido • prise de poids



tiques des neuroleptiques sur l'économie narcissique. Les neuroleptiques sont d'une efficacité importante dans les situations d'éclatement du Moi. Ils restaurent les limites du Moi et la différenciation dedans-dehors. De ce fait, ils peuvent améliorer la symptomatologie des états-limites qui présentent une crise violente caractérisée par la fragilisation des limites entre Soi-hors Soi, Moi-non Moi, dedans-dehors. Comme pour les psychotiques, la fragilité des capacités de contenance, de secondarisation, liées en particulier aux carences précoces peuvent être partiellement atténuées par une chimiothérapie neuroleptique. Indirectement et dans un second temps, et également pour les états limites, les antidépresseurs, par leur effet sur l'accès mélancolique éventuellement sous-jacent, peuvent avoir une action potentialisante de la libido, en atténuant la déplétion libidinale liée au pôle autistique du schizophrène. Il faut cependant rester vigilant car l'amélioration peut laisser la place à une recrudescence de l'angoisse et de la tension interne, mais aussi à un vécu hallucinatoire et délirant. Outre sa fonction propre, le psychotrope est investi de tout ce qui ne s'adresse

pas au thérapeute tout en lui étant destiné. Une part parfois importante des besoins, pulsions et défenses du patient, se trouve engagée, voire enfermée, dans le psychotrope et ce qu'il représente. Il peut alors, tantôt grever l'expression des affects, tantôt rapprocher du thérapeute par le biais d'un nourrissage oral passif. Face à ces constatations, la mise en place de thérapies bifocales, à savoir le traitement psychothérapique et chimiothérapique concomitant par deux thérapeutes différents, peut s'avérer pertinente. Puisque la prescription est un agi et que le prescripteur travaille dans le réel, il est nécessaire qu'un autre thérapeute se consacre à la vie fantasmatique (Guyotat, 2000).

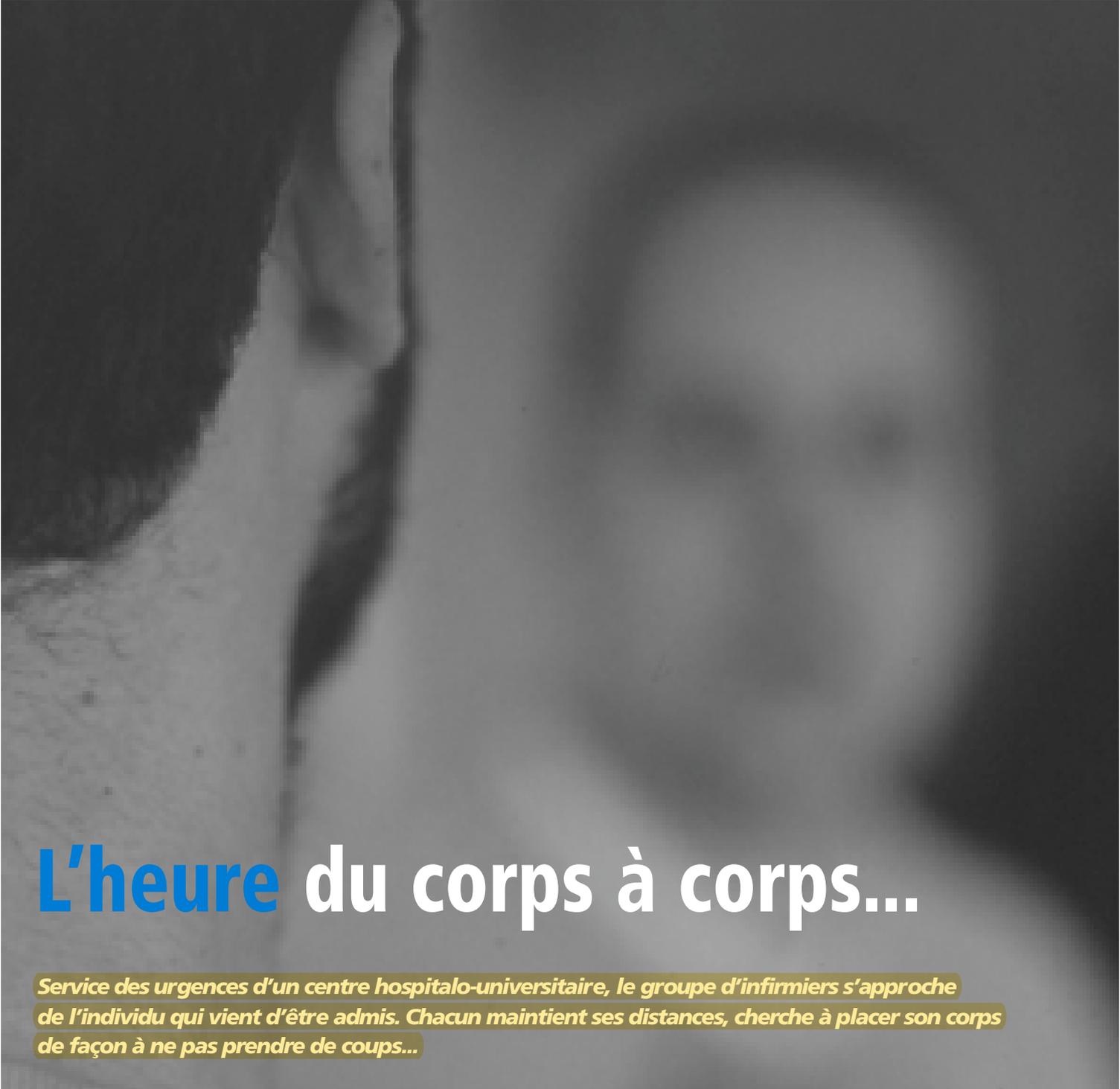
► EN CONCLUSION

La question centrale qui se pose face à la violence et la détresse est celle de la rupture, dans un contexte où les montages institutionnels (personnels, familiaux, professionnels, sociaux...) ne peuvent plus assurer l'étalement de la personne. Il faut donc pouvoir concevoir la fonction soignante comme une institution à part entière, en se donnant les moyens de légitimer l'idée que la crise qui amène un patient violent à

l'hôpital doit être traitée comme un risque de rupture dans une trajectoire et non pas seulement comme la survenue d'une défaillance (organique, fonctionnelle, sociale ou psychique) transitoire. ■

Bibliographie

- Barus-Michel J. (2002), *Clinique et sens*, in Barus-Michel J., Enriquez E. et Lévy A., Vocabulaire de psychosociologie, 313-323, Paris, érès, 2003.
- Danet F., Elchardus J.-M., *Victimes et pathologies traumatiques*, in Blettery B. et al., Urgences, 172-176, Paris, Masson, 2002.
- Guyotat J., *Les maladies mentales et les dépressions*, in Michaud Y. et coll., Université de tous les savoirs, Qu'est-ce que l'humain ? Vol.2, 399-409, Paris, Odile Jacob, 2000.
- Kapsembelis V., *Formulations psychanalytiques des effets des neuroleptiques*, Revue Française de Psychanalyse, LXVI (2), 2002.
- Meunier F., Elchardus J.-M., *Le praticien et la violence*, in Blettery B. et al., Urgences, 177-180, Paris, Masson, 2002.
- Morasz L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Paris, Dunod, 2002.
- Morasz L., *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital*, Paris, Dunod, 2003.



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.

Les agressions de base



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 vellétés 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



Photo : J. Renard

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 analystes 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 l'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'anxiété 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



Cette illustration clinique nous permet d'aborder la seconde partie de ce dossier, centrée sur l'agir thérapeutique face à la violence, muni de repères théorico-cliniques précieux. Elle nous montre à quel point la réponse soignante face à la violence est avant tout question de positionnement ; un positionnement qui échappe à toute protocolisation. La souplesse et le décalage ne se prescrivent pas !

Photo : C. Cordonnier



« Ouvre la porte avant que je la

► RÉAGIR :

L'IMPASSE DE L'INTERACTION AGRESSIVE

■ Les contre-attitudes face à la violence

L'exposition d'un sujet à une situation violente entraîne l'activation de mécanismes psychologiques automatiques qui ont une fonction de défense destinée à maintenir à distance, ou à maîtriser l'angoisse générée par la situation et à tenter d'y faire face. Ces réactions psychologiques sont normales. Elles peuvent survenir chez chacun d'entre nous, de manière imprévisible et dans un dosage, à chaque fois original, dépendant autant de l'intensité de la violence à laquelle nous sommes confrontés, que de l'impact subjectif que prend cette situation pour nous.

Si ces réactions - automatiques - contribuent à juguler l'angoisse qui nous étreint, l'expérience nous montre

qu'elles sont parfois contre-productives ou paralysantes. En effet, ces réactions inconscientes, à l'image des classiques mécanismes de défense, peuvent parfois déborder leur fonction en nous entraînant alors dans une dynamique d'amplification de l'interaction violente. L'exemple clinique apporté par Pauline, une soignante qui participait à un groupe de formation sur le thème de la gestion de la violence que j'animais, l'illustre. Pauline s'interrogeait sur une situation qu'elle venait de vivre.

Alors qu'elle était « tranquillement installée dans la salle de soin de son service », un patient avait fait brutalement irruption en criant. Sa réaction « automatique » avait été de le « recadrer » en élevant automatiquement le ton pour se mettre au diapason d'un patient qui se plaçait en position dominante par sa présentation « offensive ». En après-coup, Pauline avait un double question-

● Laurent Morasz, psychiatre, psychanalyste à Lyon (69).
Directeur de l'institut de formation DKM Formations.



défonce ! »

nement. D'abord elle avait le sentiment d'avoir « aggravé » l'excitation du patient par sa réaction, ensuite elle se demandait pourquoi elle s'était sentie si rapidement envahie par les propos d'un malade qu'elle connaissait bien.

■ Ouvre-moi la porte !

Nous lui proposons alors de rejouer la scène sur le mode du jeu de rôle. Pauline se trouve dans le bureau infirmier quand l'action commence.

Pascal (le patient) entre sans frapper, visiblement énervé. Sans attendre, il interpelle Pauline en la tutoyant. Il lui demande d'aller « ouvrir la porte, de suite, avant qu'il ne la défonce ». Le reste de la scène se passe très vite.

Pauline : vous n'avez pas à me tutoyer.

Le patient : je fais ce que je veux, ce n'est pas parce que tu as une blouse

que tu m'impressionnes. Si tu ne m'ouvres pas, tu vas voir ce qui se passera quand je serai sorti.

Pauline : parlez-moi sur un autre ton, Monsieur X., vous ne me faites pas peur.

Le patient : ouvre-moi la porte, c'est tout ce que je te demande.

Pauline : pas question, d'abord vous me parlez plus calmement et ensuite vous sortez du bureau. Vous n'avez pas de sortie en fin d'après-midi. Vous le savez, vous connaissez le contrat.

Le patient : je l'emmerde ton contrat.

Pauline : comme vous voulez. De toute façon je ne vous ouvrirai pas.

Le ton monte, chacun des protagonistes répond à l'autre en crescendo et Pascal finit par sortir en jetant une chaise avant d'aller s'attaquer à la porte à coups de pieds.

Nous voyons rapidement s'installer le rapport de force dans cette courte scène. Le tutoiement et l'irruption dans l'espace intime de la salle de soins viennent effracter « l'enveloppe » de notre

collègue. Interpellée immédiatement dans ses limites, elle se défend comme elle le peut, c'est-à-dire en refusant en apparence de « céder » au ton et à la demande explicite du patient. Elle répond sur la forme (tutoiement...), montrant ainsi qu'elle est touchée personnellement et impactée par l'intrusion du patient. Mais ce faisant, elle « tombe » dans le piège, dans la mesure où elle se retrouve exactement là où il l'attend : dans le rôle d'une soignante rigide et apeurée, dont les contre-attitudes vont valider et amplifier son mouvement premier d'agressivité.

Ressentant la nécessité de « le cadrer » l'infirmière le renvoie au règlement (« pas de sortie »), à la convenance (« ne me tutoyez pas ») et à une fin de non-recevoir (« je ne vous ouvrirai pas »). Or, ces différentes notions nécessitent une capacité de représentation et d'attente que Pascal ne possède plus forcément à cet instant. Par ses réponses, Pauline joue le jeu de l'agressivité apparente qui cache la souffrance, la détresse et le désarroi du patient. Ainsi, au lieu « d'ouvrir » le champ relationnel, ses interventions verbales rigidifient l'interaction.

Alors pourquoi une soignante expérimentée comme elle s'est-elle laissée entraîner dans une dynamique agressive qu'elle critique, elle-même, en après-coup ? La réponse est simple : c'est parce qu'elle est humaine qu'elle a réagi à cette irruption violente par l'activation de mécanismes de défenses automatiques que nous allons maintenant détailler.

► COMPRENDRE : LES RÉACTIONS PSYCHIQUES FACE À LA VIOLENCE

■ Les réactions de condensation et de nucléarisation

L'agressivité amène une réduction des champs relationnels des protagonistes en les poussant à se centrer sur ce qui, selon eux, pose problème. Ici, Pascal ne pense qu'à sa sortie, tandis que Pauline se focalise sur son tutoiement et le non respect du cadre : c'est la condensation. Sur un plan énergétique, cette réaction psychique liée à la confrontation à l'agressivité a comme effet pervers de favoriser le passage à l'acte en ce sens qu'elle fait converger dans un champ relationnel de plus en plus réduit une charge pulsionnelle de plus en plus

importante : c'est la nucléarisation. Tout cela aboutit à une discussion impossible. Chacun cherche en effet alors plus à convaincre l'autre de la légitimité de son propos qu'à le « rencontrer » dans ce qu'il a à dire.

■ Les réactions spéculaires

Cette condensation est servie par les réactions spéculaires (en miroir) induites par la violence. Les situations violentes ont en effet tendance à susciter, chez celui qui les subit, le même vécu indifférencié reposant sur une tendance à l'excitation pulsionnelle et au recours réactionnel à l'agir (colère, injonctions fermes, appel de renforts...). Cette véritable identité de perception repose sur des mécanismes relativement archaïques et très puissants (identification projective...). C'est ainsi que Pauline nous dira que ce patient l'a mise « dans un état d'énerverment fou » et qu'elle avait envie « de le jeter dehors » ; le dehors dont il était question étant, bien entendu, plus proche d'une chambre d'isolement que d'une sortie dans le parc...

■ L'écrasement des fonctions de transitionnalité

Parallèlement, l'agressivité et la violence attaquent directement la transitionnalité, base du soin relationnel. La perte de cette capacité de jeu, de cette capacité de rencontrer l'autre, pousse à la radicalisation des positions, à la fermeture relationnelle, au repli sur des positions subjectives affirmées, ainsi qu'à la perte de toute souplesse au profit de certitudes, de procédures, de règlements... Elle signe l'échec de la relation, la fermeture de nos capacités soignantes d'ouverture sur l'autre. Dans ce cas, par exemple, Pauline perd toute capacité de recul. Elle ne peut plus « jouer » relationnellement avec le patient, ni avec le cadre. La déliaison dans laquelle elle se trouve plongée balaie sa créativité - pourtant importante -, sa souplesse et son expérience, au profit d'un raidissement autour d'un cadre qu'elle incarne (« *je ne l'aurais jamais laissé sortir, même si pour cela j'avais dû m'interposer physiquement. Il m'avait trop mis hors de moi* »).

■ La sollicitation du contre-agir

Ces différents phénomènes placent le soignant dans un rapport de force assez

rigide, qui se nourrit et se renforce d'une tendance accrue à l'agir. L'acte appelle en effet l'acte. Cette réponse agie est au mieux thérapeutique quand elle est soutenue par une pensée préalable (quand on pose un acte rassurant ou apaisant, par exemple). Elle est au minimum palliative quand elle est portée par une procédure acquise qui permet sa contenance (lors d'une mise en isolement inévitable). Elle est au pire spéculaire quand elle repose sur une réaction en miroir contre-agie, poussant à répondre sur le même registre que le patient dans une dynamique agressive réciproque qui n'est plus tiercée par un quelconque repère de soin. Dans ce jeu de rôle, nous commençons à nous situer dans ce dernier registre. En effet, le groupe qui observe Pauline s'accorde à dire qu'elle s'est montrée involontairement « *provocante* ». Elle focalise sur le tutoiement, indique ensuite au patient « *qu'il ne lui fait pas peur* », tout en montrant le contraire sur un registre non-verbal. Elle s'agite aussi en haussant immédiatement le ton dès l'entrée du patient dans la salle de soin, dans une réactivité et une impulsivité peu contenante...

Bien entendu, il ne s'agit pas ici de critiquer le personnage joué par Pauline, mais de voir comment nous pouvons tous être un jour entraînés dans ce type d'interaction, certes regrettable, mais au combien compréhensible d'un point de vue psychodynamique...

■ La distorsion de la temporalité

Ces différents mécanismes de défense vont être accentués par la distorsion du rapport au temps induit par la confrontation à la violence. Dans ce cas, l'immédiateté est la règle. Le présent est surinvesti, la carence préconsciente globale empêche une bonne part de la capacité d'attente dont l'évocation même provoque parfois le déchaînement pulsionnel. Nous sommes dans le « tout, tout de suite » ; l'attente équivalant au frustrant rappel du principe de réalité. Mais cette tendance à l'immédiateté qui touche Pascal envahit aussi Pauline. Elle cherche ainsi, elle-même, une solution immédiate, répondant à Pascal à la même vitesse que lui. Elle ne propose pas de temps d'arrêt, de pause, d'espace de réflexion. Elle ne le fait pas car elle ne le peut, à ce moment, entraînée qu'elle est par un patient pressé et



Photo : C. Cordonnier

une dynamique interactionnelle qui la presse tout autant...

■ L'attaque des capacités de pensée
Face à la déliaison à l'origine de la relation violente, et face à celle qui en découle, les psychismes des uns et des autres auront tendance à trouver appui sur des fixations régressives de type schizo-paranoïdes. Quand cette régression est limitée, elle permet au soignant de s'adapter au danger de la situation en lui faisant vivre un vécu d'incertitude et de méfiance qui va accroître sa vigilance et lui permettre de faire face, de manière optimale, à la situation. Mais quand cette régression va trop loin, elle balaie tout sur son passage et place le soignant « sujet » dans un état de détresse fondamentale et de danger mal défini. Lors du debriefing du jeu, Pauline nous parlera de l'impression de « *gel de la pensée* » qu'elle a ressenti et du sentiment « *de danger extrême mais mal défini* » qui l'a envahie dès l'entrée de Pascal. « *Je ne pouvais plus penser, je réagissais par automatisme, je ne voulais qu'une chose : qu'il sorte et qu'il me laisse tranquille. À un autre moment, j'aurais sans doute réagi différemment.* »



Mais là, je ne sais pas ce qui s'est passé. J'étais comme hors du temps, face à lui, seule et démunie ».

► AGIR : DE L'EMPRISE CROISÉE À LA FERMETÉ SOUPLE

■ Un danger : l'emballement de l'emprise soignante

Face à la désorganisation psychique induite par la violence (et par l'emprise qu'elle exerce en elle-même sur nous), nous allons donc avoir tendance à activer, nous-même, des mécanismes du même ordre. C'est d'ailleurs pour cela que dans certaines réunions institutionnelles consacrées au traitement de la violence peuvent apparaître des solutions aussi opératoires que l'intervention de vigiles pour faire face aux mouvements agressifs dans les services. L'activation de cette contre-emprise soignante est assez inéluctable dans le sens où elle répond à un besoin naturel de contrôler son cadre, ses repères et l'impact symbolique et réel des autres sur nous. Mais il est fondamental de la repérer pour pouvoir s'en dégager et éviter ainsi la poursuite d'une folle spirale concentrique qui finit dans la

nucléarisation d'un passage à l'acte. Le paradoxe à résoudre dans le soin peut donc s'énoncer ainsi : comment offrir une réponse thérapeutique contenant, restaurant un minimum de maîtrise sur les processus violents en cours, sans pour autant y opposer une contre-emprise qui, en contribuant à attaquer le besoin actuel d'emprise du patient, tend à l'y empêcher, et donc à « jeter de l'huile sur le feu » ? C'est du côté des principes de décalage et de fermeté souple que nous pouvons trouver certaines pistes.

Après un échange dans le groupe, nous décidons de rejouer le jeu en essayant d'assouplir l'ensemble de l'interaction par le « décalage » du positionnement soignant du professionnel qui a à affronter Pascal.

La personne qui joue le personnage de Pascal attaque de la même manière. À sa grande surprise, les réponses obtenues sont d'un tout autre registre.

Patient : ouvre-moi la porte tout de suite avant que je la défonce...

Soignant : oulala Pascal, ça n'a vraiment pas l'air d'aller !

Patient : je te demande pas de me causer mais de me laisser sortir.

Soignant : qu'est-ce qui fait que ça devienne insupportable pour vous de rester ici ?

Patient : comment voulez-vous que je reste dans cette tôle avec tous ces dingues ?

Soignant : c'est vrai que c'est difficile.

Patient : c'est facile à dire, mais on voit que ça n'est pas vous qui êtes enfermé dans ce service de fou à attendre qu'un abruti de médecin qui décide tout vous fasse sortir...

Soignant : silence du soignant visiblement décontenancé.

Patient : alors vous me l'ouvrez cette porte ?

Soignant : Pascal, je suis comme vous dans ce service. Il y a un cadre qui s'applique à moi comme à vous. Je peux comprendre que vous ayez envie de partir, mais vous savez que je n'ai pas le pouvoir de le décider.

Patient : je ne vous demande pas de décider mais de m'ouvrir la porte.

Soignant : dans la mesure où votre cadre de soin n'autorise pas les sorties à cette heure, je n'ai pas le droit de vous ouvrir. Par contre, je sens bien que vous ne pouvez pas rester comme ça ici. Vous êtes mal et, dans ces conditions, c'est vrai que cela peut vous être difficile d'être enfermé.

Patient : vous voyez bien, même vous vous le dites !

Soignant : Oui, je le dis et je me demande si cet état n'a pas un rapport avec la visite de votre femme cet après-midi. Il s'est passé des choses difficiles ?

Patient : vous mêlez pas de ça. C'est mon affaire.

Soignant : je ne veux pas m'immiscer dans vos affaires Pascal, mais si vous êtes si angoissé je peux peut-être vous aider. Je suis là jusqu'à 21 heures, alors si vous avez besoin d'en parler, vous me le direz et je vous verrai quand vous le voudrez car je pense vraiment que c'est difficile ce que vous vivez en ce moment. Pour ce qui est de votre désir de sortie, je vais faire en sorte que vous voyez le médecin dès qu'il sera là demain pour que vous évoquiez cela avec lui. Pascal oscille entre un air toujours aussi en colère et un bougonnement plus rassurant. Il s'est assis sur une

des chaises devant le bureau.

Soignant : *Vous pouvez rester avec moi si vous préférez, car quand on est mal c'est vrai que l'ambiance du service peut être difficile à vivre.*

■ La technique du décalage

Cette manière de jouer est assez différente de la première séquence. La personne qui a joué Pascal dans les deux cas témoigne : « la seconde fois, j'ai eu l'impression d'être entendu, il (le soignant) ne s'est pas accroché à la forme de mon expression mais à ce que je voulais transmettre. Je me suis senti respecté dans ma souffrance. J'étais même assez décontenancé car, à certains moments, il ne réagissait pas comme je l'attendais. J'attaquais, et il ouvrait le dialogue sur quelque chose qui m'ébranlait parce que ça sonnait juste. Tandis que la première fois, c'était facile, la soignante jouait vraiment le jeu. Je m'énervais et je la sentais faire de même. J'étais moins entendu, mais aussi moins remis en cause en retour. C'était plus serré. D'ailleurs ça me faisait presque du bien de m'énerver sur elle. Je comprends que les patients puissent avoir du plaisir dans cette toute-puissance. Par contre, dans le second jeu, j'avais moins de plaisir. C'était plus triste, plus vrai, mais plus déprimant aussi. ». L'écart entre ces deux perceptions provient du décalage.

• Dans le premier jeu, soignant et soigné entrent dans un rapport de force basé sur des atteintes narcissiques croisées dans lesquelles aucun des protagonistes ne veut avoir la position basse. Le droit à attaquer, à être en colère, est dénié. Il ne s'agit pas de tout laisser faire, mais d'entendre ce qui se dit par ce qui se montre. Totalemment absorbée

par le combat, la soignante se focalise dans le noyau du conflit, ce qui l'empêche de s'en dégager. Il s'agit d'un duel dans tous les sens du terme. Le patient attaque la soignante qui se trouve (et qui se met) en position d'incarner le cadre et le règlement (cf. fig. 1) au lieu de se positionner comme tiers, c'est-à-dire comme autre en utilisant le cadre comme tiers.

• Dans le second jeu, le soignant ne dénie pas la violence de l'interaction, mais y répond de manière décalée. Il voit l'agression, mais pointe le malaise qui s'y associe. Il perçoit le tutoiement, mais accepte le besoin temporaire d'intrusion parce que, justement, il ne s'adresse pas à lui en tant que tel mais à ce qu'il représente dans le fantasme du moment du patient. Il ne renvoie pas cette extrajection à la « tête » de Pascal. Au contraire, il maintient une certaine empathie qui lui permet d'entendre la plainte de Pascal, et même de comprendre ses motivations (ce qui a considérablement désarçonné celui qui jouait le rôle du malade). Il exerce une fonction de détoxication laissant s'exprimer la violence tout en la contenant et en lui donnant un sens potentiel (ras le bol, visite conjugale...). En lieu et place du maintien à bonne distance de premier jeu (qui peut se vivre comme un rejet), la deuxième version permet même la proposition d'un rapprochement.

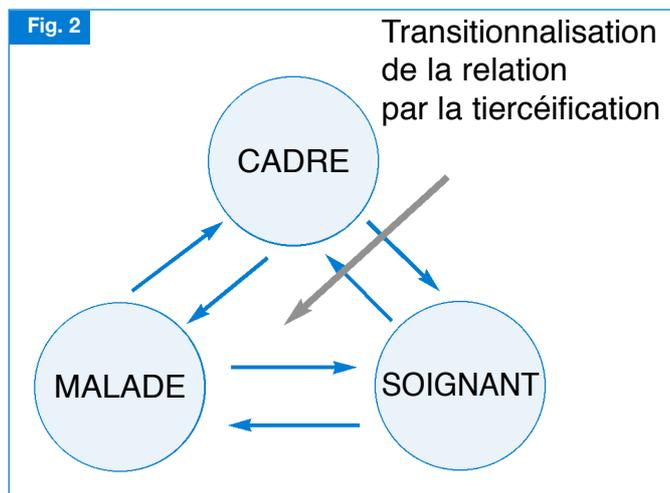
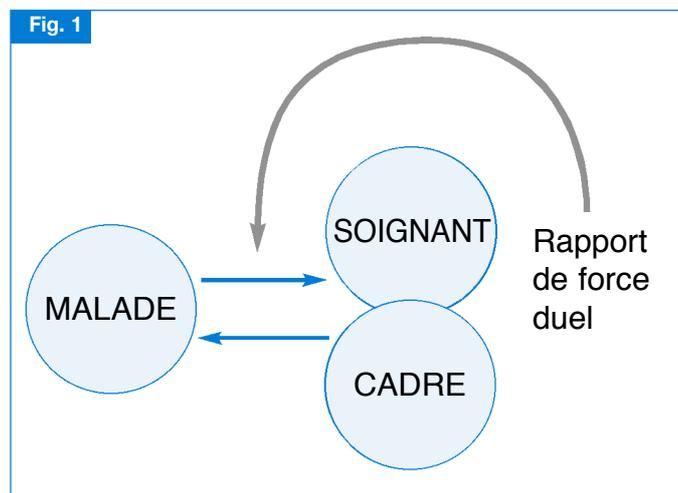
Dans la même optique, la dynamique est bien plus celle d'un compromis que d'une lutte entre un refus et une acceptation. Cette « ouverture » passe par une ouverture de l'espace relationnel (cf. fig. 2), par une triangulation permise par le double décalage de la tiercéification du cadre et de la mise en position « méta » du soignant qui commente, en même temps qu'il la vit, l'interaction dans laquelle il est.

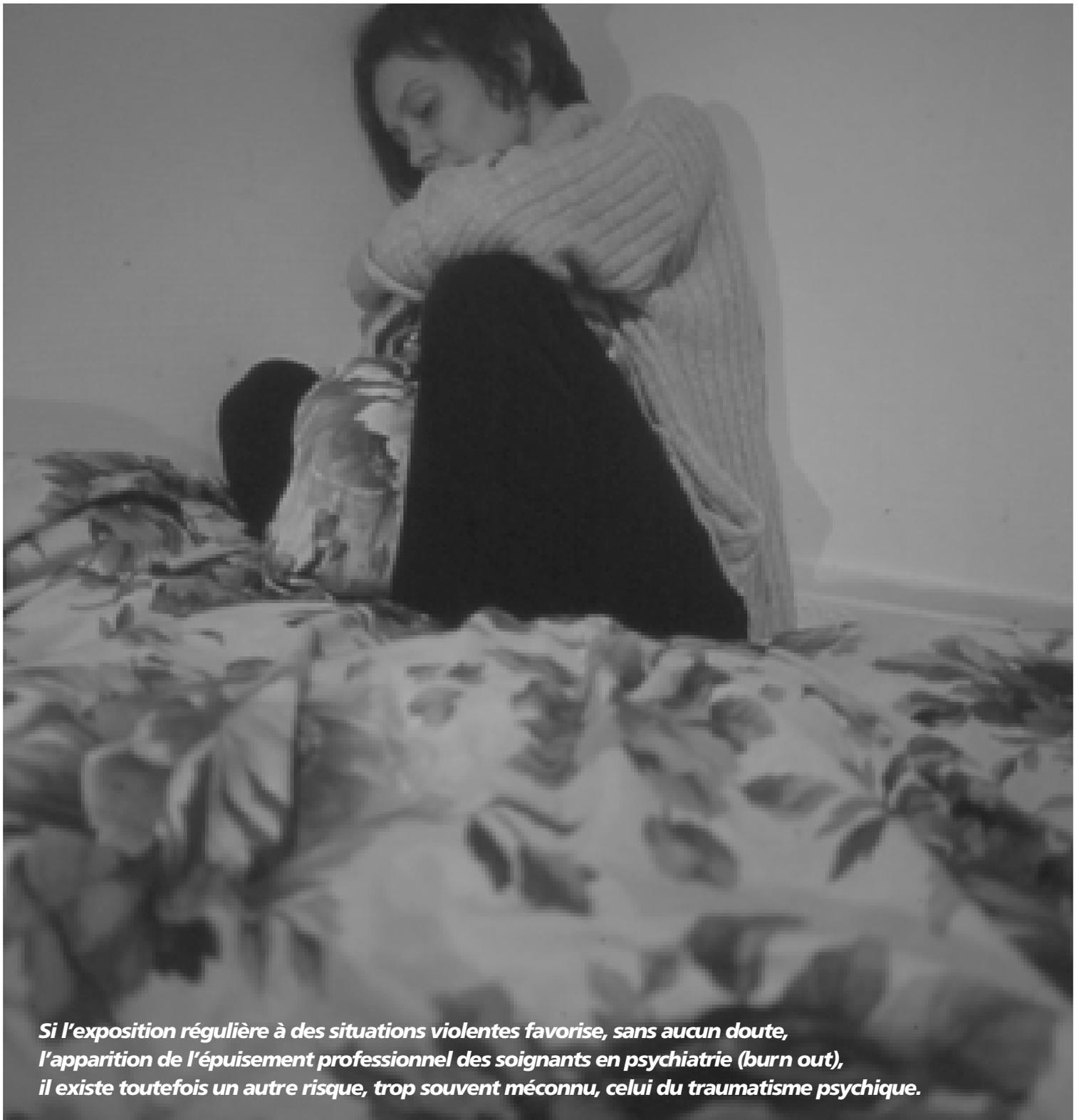
► QUELQUES PISTES POUR CONCLURE

Nous avons vu que ces réactions psychiques face à la violence relèvent essentiellement d'un registre inconscient et/ou réflexe. C'est d'abord en tant qu'individu que nous sommes convoqués. Il ne s'agit pas d'avoir honte de cette réaction, ni de la stigmatiser, mais de comprendre, et d'accepter, que notre psychisme ne tient pas compte, dans l'immédiateté du fait, que nous soyons soignants. En ce sens, il ne s'agit pas de lutter contre ces sentiments « contre-transférés » ou contre leur apparition, mais de les connaître, pour mieux les reconnaître en nous et, par leur analyse, pouvoir mieux s'en dégager. Le positionnement soignant vient dans un second temps, porté en cela par un travail de secondarisation qui, s'il est favorisé par l'expérience, n'est jamais aussi automatique que le positionnement défensif lié à l'abîme et à la déliaison générés par la confrontation avec la pulsionnalité violente.

Le vaste problème du « comment réagir face à la violence » ne peut donc faire l'économie d'une réflexion clinique approfondie sur ce qui fonde la pulsionnalité violente et sur les conséquences psychiques qu'elle provoque.

Ainsi, c'est munis de ces repères théorico-cliniques que nous pourrions - individuellement et collectivement - « agir » de manière soignante face à ces processus, parce que nous aurons pu « comprendre » ce qui se jouait dans ces interactions complexes et que nous aurons su utiliser notre « réagir » pour nous en décaler et, par là même, créer un lien, créer du lien, pour « toucher » le patient dans ce qu'il est, sans nous bloquer sur ce qu'il nous montre... ■





Si l'exposition régulière à des situations violentes favorise, sans aucun doute, l'apparition de l'épuisement professionnel des soignants en psychiatrie (burn out), il existe toutefois un autre risque, trop souvent méconnu, celui du traumatisme psychique.

Y a pas de quoi en faire un drame...

● Laurent Morasz,
psychiatre, psychanalyste
à Lyon (69).

Directeur de l'institut de formation
DKM Formations.

Face à un acte violent, ou à une situation qui l'est symboliquement, nous pouvons tous un jour voir notre psychisme débordé par une masse d'excitation supérieure à ce que nos défenses du moment nous permettent de contenir et de supporter. Cette effraction crée une béance psychique, une véritable crypte autour d'une zone de non-pen-

sée - la zone d'impact - qui se comportera comme une épine irritative destructurante, plus ou moins durable, aux effets immédiats et/ou différés. Rappelons que dans la dynamique du traumatisme, ce n'est pas le fait dans sa réalité directe qui fait trauma, mais l'événement. C'est le sens individuel que lui donnera le sujet - en fonction de son état du moment, de son histoire et de

ses occurrences inconscientes et symboliques - qui créera les conditions d'une rencontre traumatique entre lui et un fait. La charge traumatique ne dépend donc pas inéluctablement de la nature ou de l'intensité de l'acte incriminé, mais plutôt du sens qu'il prend pour celui qui en est la victime, dans un alliage intime et subjectif. Bien entendu, la part de réel entre en ligne de compte, au moins par la dose de charge pulsionnelle et par la gravité du déchainement de violence qu'elle implique, mais elle n'en détermine pas la gravité de manière linéaire. Ainsi, des actings laissant des traces bien réelles sur le soignant peuvent parfois se révéler moins traumatiques que des agirs, en apparence moins violents (dans leur réalité), mais en fait bien plus désorganisateur pour la victime.

L'histoire du traumatisme est bien celle d'une (mauvaise) rencontre. L'événement qu'il constitue dépend bien plus de l'impact qu'il a sur soi que de l'appréciation quantitative générale qui en est donnée.

À ce propos, j'ai souvent été frappé d'entendre de nombreux soignants, visiblement traumatisés par des actings qu'ils ont subis, témoigner du manque de compréhension à l'égard de leur souffrance. Ils expliquent s'être entendu dire, par leurs propres collègues, alors qu'ils leur exposaient leur vécu traumatique « *qu'il n'y avait pourtant pas de quoi en faire un drame* »... Cela montre que certains soignants continuent de mesurer « *le droit au traumatisme* » selon une échelle de gravité réelle, basée sur les conséquences physiques de ce dernier, alors même qu'ils connaissent, pour la plupart, les théories psychodynamiques du traumatisme.

▶ LES DEUX FORMES DE TRAUMATISME

Cette subjectivité de la rencontre traumatique s'explique également par l'effet d'après-coup de la dynamique du trauma. Freud a bien distingué une première forme de traumatisme qui fait **trauma dans l'instant où il surgit**, d'une seconde forme : **le trauma en après-coup**. Dans ce dernier, un premier événement laisse une trace traumatique dont une part bénéficiera du refoulement. C'est un second événement symboliquement significatif qui réactivera, en après-coup, l'empreinte laissée par le premier dans une éclosion traumatique

« visible » dans ce deuxième temps. Cette distinction théorique, quoi qu'intéressante, trouve toutefois ses limites en pratique clinique quotidienne. Car c'est surtout dans la rencontre psychothérapique durable avec des sujets « traumatisés » que ces différentes formes se dévoilent.

■ L'histoire de Lucie

Lucie est une infirmière expérimentée. Elle a déjà eu à faire face à de nombreux passages à l'acte dans le service dans lequel elle travaille depuis une dizaine d'années. À deux reprises, cela lui a d'ailleurs valu un arrêt de travail pour « *panser ses plaies* ». Ce qui ne l'a pas empêché de revenir travailler une fois ses plaies « *cicatrisées* » avec l'entrain et la bonne humeur qui est habituellement la sienne.

Un matin, un patient s'agite. Elle va le voir alors qu'il se trouve au seuil de sa chambre « *pour comprendre ce qui se passe* ». Comme elle le dira plus tard, elle n'était pas inquiète, le service était plutôt calme. Elle était « *en forme* » et ce, d'autant plus qu'elle encadrait, ce jour-là, une jeune élève infirmière ; une activité d'accompagnement « *qui la passionne* ». C'est donc détendue qu'elle s'approche du patient qui, sans prévenir, la jette par terre et la roue de coups avec ses mains puis avec ses pieds... Ses collègues arrivent « *après un très long moment* » et ceinturent le patient avant de l'amener en chambre d'isolement. La stagiaire aide Lucie à se relever. « *Je me suis rendue compte qu'en fait, je n'avais rien (à part quelques hématomes), mais j'étais mal, très mal* ». Lucie reprend son travail après quelques minutes de discussion avec ses collègues. « *Il fallait bien assurer* ».

Elle se met « *en fonctionnement automatique* » puis rentre chez elle à la fin de son service. Elle ne reverra son unité que quatre mois plus tard. En effet, une fois chez elle, elle est prise d'angoisses massives qui lui font perdre le sommeil et la plongent progressivement dans un authentique vécu dépressif...

Ce cas est assez exemplaire car il illustre plusieurs notions importantes telles que :

- l'effet de surprise : Freud a beaucoup insisté sur ce concept. Ainsi, nous pouvons considérer que le psychisme est d'autant plus vulnérable qu'il n'est pas préparé. La peur permet, par exemple, au Moi d'anticiper une part de l'afflux pulsionnel en activant différents mécanismes et postures de défenses. Lucie était (trop ?) détendue de jour là. Le patient concerné n'était pas connu pour être violent.

- le décalage entre gravité réelle et gravité psychique : alors même qu'elle a dû faire face, antérieurement, à des traumatismes aux conséquences physiques bien plus graves, c'est à l'occasion de ce trauma-ci, « *aux conséquences pourtant ridicules* » dira-t-elle, qu'elle développe un syndrome de répétition post-traumatique rapide.

- la distinction des deux formes de traumatisme : bien entendu, nous pouvons penser que les traumatismes précédents se sont condensés dans ce dernier événement, dans un après-coup amenant Lucie à ressentir aujourd'hui ce qu'elle avait refoulé hier... Cette hypothèse de travail est intéressante mais inexacte dans ce cas. En effet, le suivi psychothérapique qu'elle a engagé rapidement laisse à penser que les premières scènes de violence ont été « digérées » de manière satisfaisante, l'afflux d'excitations ayant pu être traité par ses capacités de liaison et de fantasmatisation du moment. Il s'agit donc pour elle de « micro-traumatismes ». Alors peut-être est-ce la sommation de ces derniers qui la font basculer dans cette décompensation ? Là encore, ce cas est observable mais pas pour Lucie. Pour comprendre ce dont il a été question dans son cas, écoutons ce qu'elle dira à son thérapeute durant une séance.

« *Cette salope n'a rien fait* »

« *Mon cauchemar est en train de changer. Je ne vois pas la même scène à chaque fois (le patient qui la frappe). À peu près une fois sur deux, c'est un visage que je vois, celui de la stagiaire. Je suis à terre, j'essaie de crier mais aucun son ne sort. Je force, j'y mets tout mon souffle, mais aucun son ne sort. Elle est là, elle me regarde, elle ne bouge pas. Je vois ses deux yeux vides, froids, impassibles. Je me sens anéantie. Je vais mourir et je n'arrive pas à lui dire de m'aider.*



to : J. Renard

Mais elle non plus, elle ne m'aide pas d'elle-même. C'est quand même bizarre les rêves parce que, dans la réalité, elle aurait bien vu que j'avais besoin d'aide. »

À ce moment de la séance, Lucie s'arrête, visiblement anxieuse.

Un long silence suit avant qu'elle ne reprenne avec une tonalité de voix totalement différente. Elle est en colère. Je pourrais même dire qu'elle est furieuse : « ça me revient maintenant. Cette salope n'a rien fait... ».

Derrière le premier souvenir traumatique lié au déchaînement violent du patient se cache donc un autre trauma (le bon ?) : celui du lâchage. En effet, dans son souvenir, la stagiaire n'a esquissé aucun geste d'aide vers Lucie. Elle est restée immobile, silencieuse et ce sont les cris de Lucie qui ont alerté les collègues qui ont effectivement trouvé cette stagiaire prostrée contre le mur. La passivité de cette dernière est probablement liée à son propre vécu immédiat du traumatisme. Mais cette explication que Lucie évoque elle-même ne calme pourtant aucunement sa colère.

Les séances suivantes marqueront en effet le glissement progressif des cauchemars de Lucie vers cette scène de « passivité ». Elle ne décolère pas pendant des semaines, nourrissant ses associations de toutes les situations « intolérables » où des gens restent

impassibles à sa détresse ou à ses demandes d'aide. Le trauma semble donc bien se situer autour de ce scénario fantasmatique précis : elle, en situation de danger - danger ou difficultés provoqués par un homme - et la non assistance portée par une femme...

La suite de la thérapie montrera la fonction de « souvenir écran » de cette scène avec la stagiaire. Il s'agissait bien d'un traumatisme en après-coup, mais le trauma (initial ?) qui découlera du long travail associatif sera d'une toute autre nature... C'est la réminiscence et l'élaboration d'un souvenir infantile lié à un abus sexuel par un membre de sa famille qui permettra la disparition progressive de la symptomatologie post-traumatique. Ce qui a fait traumatisme dans le service, c'est à la résonance symbolique d'une situation d'emprise sur son corps, devant une femme impassible qui n'intervient pas, alors qu'elle le doit...

► RECONNAÎTRE LE RISQUE TRAUMATIQUE

Ce cas illustre fort bien la double détermination du traumatisme. Ce trauma, elle le doit bien à son travail et à ce patient, mais en ce qu'il a fait sens pour elle, ce jour-là, avec cette stagiaire-là, et avec son histoire intime... Bien entendu, il n'est pas question de culpabilité ni de responsabilité des uns et des autres. Ce dont il est question c'est d'éléments psychiques, d'aléatoire, d'accident, de

souffrance... De la vie en quelque sorte... Ce que montre également cette histoire, c'est la variabilité clinique du traumatisme. Les suites immédiates peuvent ainsi être totalement absentes (impassibilité apparente), modérées (émotion) ou aiguës (sidération, stupeur, agitation, crises d'angoisses, conversions, lésions psychosomatiques, éclosions délirantes...). Leur nature ne préjuge en rien de l'évolution future. Classiquement, nous pouvons observer une phase de latence plus ou moins longue émaillée d'une symptomatologie variée (repli, vécu dépressif, idées suicidaires, alcoolisation, difficultés d'adaptation...). Cette phase peut être suivie d'un tableau post-traumatique constitué : le syndrome de répétition post-traumatique. Ce dernier associe rêves traumatiques et répétition à l'état de veille (qui font revivre la scène de manière souvent compulsive et identique), inhibition psychomotrice et réactions de sursaut (due à l'hypervigilance défensive d'un psychisme aux abois). Mais la temporalité et la présence de tel ou tel symptôme sont d'une grande variabilité individuelle. Ainsi, il est très important que chaque soignant ait une connaissance suffisante de ces phénomènes pour les reconnaître quand ils le touchent, et pour accompagner correctement ses collègues en situation de vécu traumatique. Car être soignant, c'est aussi savoir prendre soin de soi et de ses pairs... ■

N'ayons pas peur d'affirmer que le clivage fait partie du soin et que ce qui est toxique pour une dynamique d'équipe n'est pas sa présence mais son absence d'élaboration.

L'enjeu n'est donc pas de déterminer quelle partie de l'équipe a raison mais de considérer que chacun est dépositaire d'une part de « vérité ».



Photo : C. Cordonnier

Soigner la violence en équipe

● Laurent Morasz,
psychiatre, psychanalyste
à Lyon (69).
Directeur de l'institut de formation
DKM Formations.

Soigner la violence c'est l'accueillir, la rencontrer, la moduler, la contenir et lui donner du sens. Cette contenance soignante suscite l'activation de nombreux mécanismes de défense individuels. L'interaction violente provoque ainsi, en elle-même, impulsivité, souffrance, écrasement de

la transitionnalité et perte d'une part de nos capacités de penser. Ces attaques de nos capacités internes de distanciation s'exercent également sur un plan collectif. La dynamique groupale qui sous-tend le travail en équipe est ainsi, elle-même, mise à mal par les mêmes processus. Toutefois, cette mise en difficulté collective de nos capacités de distanciation est aggravée par l'attaque du groupe par un mécanisme puissant : le



clivage. Ce dernier provoque une véritable scission du groupe soignant en opposant certains infirmiers à d'autres, l'équipe au corps médical ou les soignants à l'administration...

Le clivage est d'abord l'expression d'une défense groupale. L'équipe, pour échapper à la fantasmagorie persécutoire induite par la violence, peut ainsi avoir tendance à désigner un bouc émissaire (administration, collègue dysfonctionnel, autre partie de l'équipe, patient particulier, médecin incompetent...) dont la fonction est de servir de mauvais objet

en mettant à l'écart du groupe et de son appareil psychique la représentation douloureuse engagée.

À d'autres moments, une représentation caricaturale de l'acte violent dans laquelle le déterminisme est simplifié et appauvri peut être utilisée pour diviser la représentation de l'acte de sa charge affective. Cette rationalisation défensive a pour fonction de tenir à distance la déliaison en tentant d'organiser une représentation claire, partagée par tous et consensuelle. Cela peut se traduire par l'éjection du porteur de violence (le malade, la victime...) dans une sortie ou une mutation précipitée. Tout se passe comme si le groupe soignant voulait oublier, voire annuler, ce qui rappelait l'épisode douloureux. C'est ce même aspect défensif qui explique la gêne suscitée, parfois, par le retour dans un service d'un collègue « traumatisé » dont la venue vient réveiller la trace mnésique et affective du passage à l'acte...

▶ PARTAGER LA SOUFFRANCE EN ÉQUIPE

■ L'histoire de Myriam

Myriam est une patiente difficile. Elle est hospitalisée depuis plusieurs semaines à la suite d'une tentative de suicide. Son séjour se passe plutôt mal. Elle est vécue par l'équipe comme « arrogante et provocatrice ». Elle est opposante au soin, joue beaucoup avec les limites et tient les infirmiers dans un certain mépris. « Elle n'écoute pas ce qu'on lui dit, elle parade dans l'unité en asticotant les autres patients ». Myriam a ainsi eu l'occasion d'insulter et de bousculer plusieurs fois certains soignants, qui en ont parlé à son médecin. « Mais ça n'a servi à rien, tout ce qu'il nous a dit c'est qu'elle avait besoin de se confronter au cadre en raison de sa structure hystérique et qu'il fallait la laisser s'exprimer... ». Le climat se durcit de jour en jour, sans que rien ne semble pouvoir l'apaiser. Un jour, pour un motif banal lié à une dispute avec un patient en salle de télévision, Myriam « fait une crise ». Elle s'agite et griffe avec rage le patient concerné et les infirmiers qui s'interposent. Pendant que deux d'entre eux l'amènent dans sa chambre, une autre infirmière va « sortir le médecin de ses consultations pour le faire revenir à la réalité du terrain ». Il est en effet le

seul référent médical présent cet après-midi-là. Ce dernier se retrouve ainsi « projeté » dans la chambre de Myriam. Il s'approche du lit pour entamer le dialogue avec elle alors que les soignants présents restent à distance. Elle lui saute alors dessus, ce qui contribue à le faire trébucher sur le lit, dans un corps à corps « délirant » dans lequel Myriam ceinture tellement son médecin « qu'ils ne formaient plus qu'un ». Les infirmiers présents, « sidérés et surpris » selon leurs mots vivent un (long ?) moment de flottement puis tentent « maladroitement car ils étaient liés l'un à l'autre » de les séparer. « Mais c'était délicat, car on avait peur de faire mal au médecin », ajouteront-ils, non sans malice...

Le passage à l'acte a « réussi » du point de vue de l'équipe. Myriam n'est plus « une hystérique avec qui il faut être souple » mais une « psychopathe à envoyer en chambre d'isolement »... Le médecin « a enfin entendu la souffrance de l'équipe ». Mais à quel prix...

« Allumez le feu »

Après ce passage à l'acte, deux opinions s'affrontent. L'équipe soignante pense « que cette patiente limite a enfin pété les plombs devant le médecin. Et là, comme par hasard, comme c'est lui qu'elle a agressé directement, elle se retrouve en isolement. Tant qu'elle nous agressait, nous, ça n'était pas grave, nous sommes là pour ça... ». Le médecin, de son côté, a plutôt l'impression « que l'équipe n'a pas été assez contenante, et qu'il n'aurait pas dû se trouver dans cette situation où il a eu à gérer le défaut d'organisation des infirmiers qui n'ont pas su réagir à cette patiente qui allait mal ».

Myriam renforcera encore le clivage. Elle se confondra en excuses auprès du médecin « j'étais si mal, Docteur, je ne me rendais pas compte de ce que je faisais. Je me suis faite agresser par un patient à la salle télé et les infirmiers me sont tombés dessus, comme d'habitude, ce qui m'a encore plus mise en furie ». Elle ajoutera au passage qu'elle aimerait « vite sortir de la chambre d'isolement (trouvée dans un autre service) car les entretiens médicaux (avec son médecin préféré) lui manquent ».

À la lecture de ce cas, nous percevons de manière assez nette les lignes de fracture dans la prise en charge, nourries par le clivage, et qui ont probablement constitué des facteurs précipitant du passage à l'acte. Ce repérage du clivage dans l'équipe, et la non prise en compte de la phase d'amplification qui en découle, peut paraître assez criant à la lecture de ce cas. Mais n'oublions pas que ce mécanisme groupal est avant tout inconscient. Nous pouvons donc tout être « englués » dans celui-ci quand nous sommes en position soignante, « le nez dans le guidon ». Tout l'enjeu est donc de permettre à chaque équipe, qui vit ces processus, de se mettre à certains moments dans une situation suffisamment tierce pour dénouer les fils qui se sont enchevêtrés dans l'acting.

▶ LE CLIVAGE EST SOIGNANT !

Il ne s'agit pas d'éviter le clivage, bien au contraire. En effet, ce dernier montre que le soin « prend » pour Myriam.

Je m'explique. Soit on considère que le clivage est à proscrire et constitue un échec d'une relation soignante qui devrait être en permanence cohérente, bienveillante et sereine... dans une dynamique oscillant entre illusion et totalitarisme ; soit, on considère que le soin réside dans la construction d'un espace soignant propre à accueillir les projections et les fantasmes des patients. Et c'est bien ce que fait ici Myriam : elle transfère (au sens du transfert psychanalytique) sa problématique (de clivage entre bon et mauvais objet, d'idéalisation...) sur l'espace du service qui prend alors une dimension scénique lui permettant de montrer « au dehors » ce qu'elle ne peut se représenter « à l'intérieur » de sa propre problématique. En ce sens, refuser le clivage, revient à refuser que les patients fassent ce pourquoi ils sont hospitalisés, à savoir exprimer leur souffrance !

N'ayons pas peur d'affirmer ainsi que le clivage fait partie du soin et que ce qui est toxique pour une dynamique d'équipe n'est pas sa présence mais son absence d'élaboration. **L'enjeu n'est donc pas de déterminer quelle partie de l'équipe a raison mais de considérer que chacun est dépositaire d'une part de « vérité » sur ce qu'est Myriam dans son entier.**

Bien entendu, la difficulté d'élaboration

existe en ce qu'elle intervient dans une équipe dont les capacités d'élaboration sont partiellement mises à mal par les effets psychologiques individuels et collectifs de la violence et de l'agressivité dont est empreinte cette prise en charge. C'est pour guider la réflexion soignante que j'ai élaboré la grille d'analyse des comportements violents présentée au début de ce dossier (cf. p. 23). Utilisée avec les soignants impliqués dans cette situation, nous allons voir comment la systématisation de la démarche d'élaboration autour de ces neuf questions va modifier la représentation des protagonistes du conflit.

▶ CE QUI SE CACHAIT DERRIÈRE LE CLIVAGE

■ 1- Qui sont les agresseurs ?

La réponse qui vient immédiatement tendrait à désigner Myriam. Elle exprime effectivement une violence verbale, puis physique. Mais le médecin peut également être considéré comme l'agresseur de l'équipe : sa surdité à l'égard des mises en garde et des plaintes des soignants pendant des semaines a fait ressentir à ces derniers une certaine violence psychologique liée à son abstention. Mais cette même équipe n'est pas neutre non plus. Myriam considère avoir été agressée par l'irritation grandissante des soignants qui, dans les faits, ont réagi avec exaspération aux attaques répétées dont ils ont été victimes. Pour finir, nous pouvons nous demander si l'équipe n'a pas indirectement agressé le médecin en « le sortant de sa consultation » pour le confronter directement à Myriam... avec la suite que l'on connaît.

■ 2- Quelles sont les types de violences activées ici ?

On repère entre autres : des violences physiques et verbales portées par Myriam ; des violences psychiques directes par l'exposition au stress dans la durée des soignants sans adaptation de cadre ; une violence psychique passive directe par l'incapacité réciproque entre le médecin et les soignants de se venir en aide ; une agression physique passive indirecte dans le déterminisme du corps à corps entre le médecin et Myriam.

Mais, globalement, le groupe d'analyse va surtout insister sur la violence psychique. C'est ainsi que nous appren-



Photo : C. Cordonnier

drons que Myriam est considérée, comme « la préférée » du médecin. À titre d'exemple, elle est la seule du service à bénéficier d'entretiens quasi-quotidiens. Ces derniers sont d'ailleurs particuliers : aucun infirmier n'a le droit d'y participer, alors que l'entretien conjoint est la règle dans le service. L'équipe n'est jamais tenue au courant de ce qui s'y déroule, cette « confidentialité » étant largement commentée par des propos d'abord érotisés autour de la proximité duelle du médecin et de Myriam puis, plus agacés, en raison de l'exclusion et de la dévalorisation que cette attitude clivée non parlée leur fait vivre.

■ 3- Quels sont les objets de l'agression ?

Les cibles des dynamiques violentes découlent de ce que nous venons de développer. L'équipe et le médecin sont



des cibles évidentes. Mais l'apaisement que nous avons pu constater au fil de l'élaboration pousse le groupe d'analyse à mettre également Myriam en avant dans un statut de victime. Pour celui-ci, elle subit en effet un dysfonctionnement institutionnel majeur dont on ne sait plus vraiment à ce stade de la réflexion si elle le déclenche ou le majore. Au-delà des individus, c'est donc l'institutionnalité même du fonctionnement psychique collectif de ce groupe soignant qui paraît impliqué.

■ 4- Quel est le trouble mental sous-jacent ?

Là, les choses apparaissent moins claires dans le groupe. L'agressivité reprend même de plus belle. « *C'est une hystérique, puisque le médecin l'a dit...* » est une phrase qui reviendra plusieurs fois, énoncée avec un certain sarcasme. De fait, il semble que le médecin ait privilégié

cette hypothèse par le biais du diagnostic posé, mais aussi de ce qu'il engage avec cette patiente (entretiens psychothérapeutiques intenses, non-appui sur l'institutionnel...). Mais au-delà de cette catégorisation, peut-être un peu hâtive pour une patiente qui n'est suivie que depuis peu, je propose au groupe concerné de s'interroger sur son mode de relation d'objet dans un but de compréhension de sa manière d'être en lien avec l'autre plus que dans la recherche d'une vérité entre deux hypothèses qui s'affronteraient. Ce recentrage a pour effet de remettre l'observation clinique au centre des débats du groupe et de valoriser les apports de tous, comme autant de pierres complémentaires permettant de comprendre, par leur juxtaposition, ce que Myriam est venue jouer dans le service.

L'anacritisme est majeur. Myriam passe de phases de régressions importantes à

des moments d'agitations anxieuses durant lesquels elle tente, par la menace, la séduction ou d'autres manœuvres plus élaborées, de manipuler les soignants comme les patients. Par ses propos « bien placés », elle distille une méfiance entre les intervenants qui les amènent à « *se monter les uns contre les autres* ». À aucun moment, elle ne se plaindra de l'hospitalisation, ni ne demandera à sortir. Elle s'énerve, insulte, bouscule mais semble « *bien décidée à rester dans le service* ». Elle est aussi décrite comme très impulsive, alternant rapidement investissement passionnel de tel ou tel soignant, puis rejet violent. Chaque règle du service semble être le prétexte à discussion. « *On dirait qu'elle conteste pour le principe, même si à ce moment-là le cadre ne la gêne pas vraiment* ». Elle surgit souvent à l'improviste dans la salle de soins. « *Elle est intrusive, elle veut savoir ce que les autres patients ont...* ».

En somme, Myriam semble fonctionner sur un mode limite. Cette hypothèse restera à confirmer par la suite, d'autant que certains patients névrotiques peuvent, en cas de crise, nous l'avons vu, fonctionner temporairement sur un mode limite apparent. Mais la question a son importance en termes de représentation (agressivité ou violence fondamentale ? ; degré de conscience ?...) et donc, de contre-transfert...

■ 5- Quel est le degré de conscience ?

Le groupe aboutit à un degré 2. « *Myriam donne l'impression de tout maîtriser, mais en fait je pense qu'elle est elle-même dépassée par ce qu'elle agite autour d'elle* », dira un infirmier. Ce choix, qu'il soit juste ou non, est surtout important par ce qu'il montre de distanciation. En effet, lors de la première présentation du cas, les actings de Myriam étaient décrits et compris comme des agirs de degré 3.

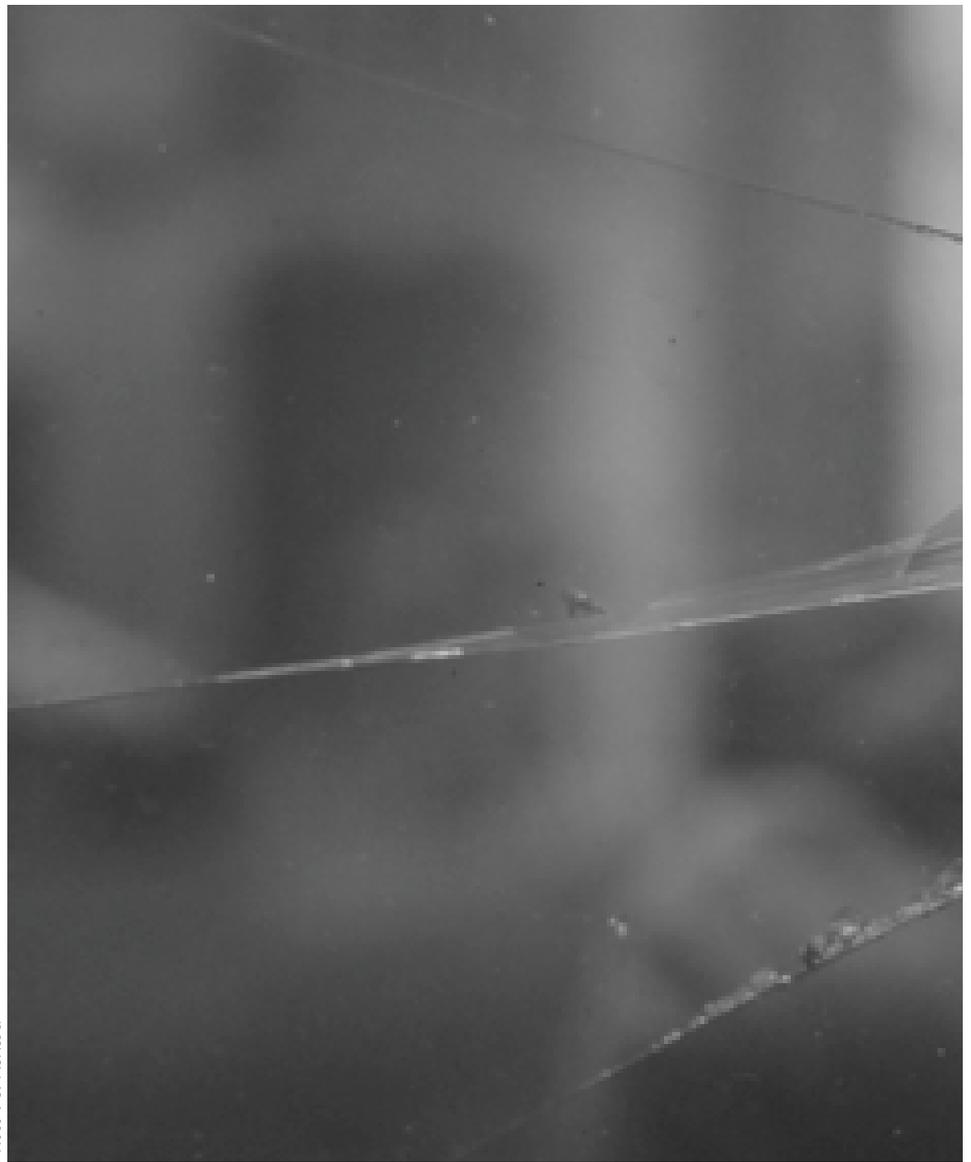
■ 6- Quels sont les aspects interactionnels du passage à l'acte ?

Le passage à l'acte décrit relie deux partenaires : l'acteur (Myriam), la victime (le médecin), et plusieurs observateurs (les infirmiers présents) dans un environnement particulier : le service de soin. Nous avons pu noter dans les cinq premiers items de cette grille que l'interaction mettait en jeu de nombreux éléments connexes co-agissants. Ce qui

semble certain, c'est que la psychopathologie de Myriam (fonctionnement limite), le climat émotionnel ambiant (fonctionnement limite spéculaire de l'équipe exaspérée), les facteurs d'environnement (entassement dans la chambre), l'attitude des observateurs (équipe décidée à confronter le médecin à l'agressivité de Myriam), la proximité relationnelle entre Myriam et son médecin (attitude pré-victimelle ?), le climat de service (début d'après-midi, pas d'activités...) ont conjointement abouti à cet acting. Toute élaboration et toute explication dynamique se doivent donc d'inclure ces différents paramètres sans, a priori, en privilégier l'un par rapport à l'autre.

■ 7- Quelle peut en être la compréhension psychodynamique ? Myriam noue deux types de liens différents dans le service. L'un, centré sur le médecin, se joue sur le terrain d'une apparente séduction. Cependant, au-delà de la sexualisation apparente de ces liens, c'est peut-être bien plus d'un transfert anaclitique positif dont il est question. Ce dernier, n'est pas destiné à séduire l'autre dans une dynamique triangulée de type oedipienne, mais à le maîtriser en l'enfermant dans une relation d'emprise excluant, de fait, la question de l'ambivalence et de la distanciation. Les faits montrent d'ailleurs que Myriam semble « tenir » le médecin, au grand dam de l'équipe. Cet hyperinvestissement est d'autant moins bien perçu qu'il se joue dans le clivage par rapport à un groupe soignant vécu comme mauvais objet, disqualifié par l'agressivité et l'omnipotence de Myriam. Ce vécu est renforcé par le clivage qui s'est installé dans l'organisation parallèle du soin entre le médecin et son équipe. Il ne s'agit pas, bien sûr, d'exclure *a priori* la possibilité d'entretiens plus individualisés des prises en charge institutionnelles. Dans de nombreux cas d'ailleurs, l'organisation d'un clivage fonctionnel entre les deux pôles du soin (interstitiel et duel) peut favoriser l'élaboration de patients fonctionnant sur ce mode. Mais dans ce cas, les choses devraient pouvoir être parlées et organisées conjointement, de manière à ce que chacun se sente respecté et soutenu dans son rôle respectif. L'écueil ici n'est donc pas que ce groupe se soit laissé cliver, ce qui est inévitable dans nombre

Photo : J. Renard



de cas, mais que rien n'ait été mis en place pour penser la projection sur l'espace transitionnel de soin de la problématique interne de Myriam. Cette exclusion réciproque entre l'équipe et le médecin réveille chez eux des vécus oedipiens. La situation peut réactiver des vécus de rivalité fraternelle entre les soignants et Myriam, en apparence préférée par le personnage paternel que peut représenter le médecin. La proximité relationnelle et secrète entre Myriam et ce même médecin peut également activer une fantasmatique oedipienne liée à la sexualité des parents (mais que font-ils donc derrière cette porte dont nous ne pouvons être tenus au courant ?). D'ailleurs, d'un point de vue symbolique, la scène violente évoquée peut être vécue comme la réification de la scène primitive, dans ce corps à corps dont on ne sait s'il est violent ou amoureux... N'est-ce pas ce que l'équipe a agi inconsciemment ? Mais tout aussi symboliquement, ne peut-on considérer que l'équipe a été pendant

des semaines la cible d'attaques qui visaient en fait le médecin ? La proximité relationnelle dans laquelle Myriam était plongée avec lui pouvait, en effet, lui être insupportable, mais elle ne pouvait l'attaquer directement au risque de mettre en danger ses défenses idéalisantes basées sur le clivage de l'objet. Ainsi, plutôt que d'opposer et de renvoyer dos à dos médecin et soignants, peut-être peut-on les considérer comme les deux côtés (objets partiels) d'un même objet total (l'objet soin). Prise dans sa dynamique limite, Myriam attaque l'ambivalence de l'objet. Elle attaque, tout en le reconnaissant, le cadre dans lequel elle se situe, dans une véritable forclusion des effets du tiers. Penser ainsi Myriam entraîne invariablement un décalage des représentations du groupe d'analyse et la remémoration de certains points, jusqu'ici passés sous silence. Ainsi, nous constaterons que l'équipe ne sait à peu près rien des motivations de sa tentative de suicide, tant elle a été aveuglée par les agirs et



les provocations répétitives de Myriam. De la même manière, un infirmier expliquera avoir remarqué que Myriam s'agitait surtout quand « *le service était calme ou quand elle n'avait pas d'activités spécifiques prévues* ».

Ne faut-il pas y voir là l'expression de la dynamique de violence fondamentale typique des fonctionnements limites ? Par l'acte, Myriam ne tente-t-elle pas d'échapper à un effondrement dépressif constitutionnel ? Son apparente maîtrise de l'agressivité ne cache-t-elle pas une récupération libidinale secondaire de mouvements violents fondamentaux plus déstructurants et plus inquiétants ?

Ces hypothèses sont intéressantes en ce qu'elles permettent au groupe de « voir » différemment Myriam. Des propositions d'activités émergent. Certains soignants diront même « *qu'elle a finalement des côtés sympathiques* ». L'empathie devient possible, les identifications sont imaginables. Il n'y a plus un seul responsable, mais la prise de

conscience d'un parcours commun : celui d'une condensation transféro-contre-transférentielle dont le point commun est sans doute la paralysie préconsciente des uns et des autres conduisant à ces agirs. Le travail de pensée effectué « ensemble » est une véritable bonification psychique pour les participants. Différents sens se laissent percevoir. La symbolisation commence à structurer l'ensemble. C'est ainsi que la question du « que faire ? » peut-être abordée.

■ 8 - Quel a été le traitement ?

Là encore, l'écart entre les réponses spontanées - motivées par la colère - et les propositions de fin d'analyse du cas est frappant. Il ne s'agit plus de trouver des réponses opératoires rapides et sans appels, telles que la suppression des entretiens duels « trop excitants », « *l'appel systématique du médecin référent quand elle s'agite* » (même le week-end et la nuit ?), mais d'envisager la prise en charge de Myriam d'une

manière différente.

Il ne s'agit plus de « cadrer » une patiente provocatrice mais de mettre en place des activités infirmières médiatisées dans ces temps « vides » pénibles pour elle. De la même manière, les participants se sont rendus compte qu'elle n'avait aucun traitement antidépresseur. D'autres évoquent la possibilité de la prise à la demande d'un traitement anxiolytique accompagné d'une « *éducation au traitement* » visant à lui permettre de gérer elle-même l'étayage médicamenteux quand la mise en mots n'est pas possible ou ne suffit plus. Une autre soignante évoque la possibilité de « *la prendre dans son groupe de relaxation* » pour lui apprendre des techniques d'auto-relaxation (activité habituellement valorisée dans le service).

Bien entendu, ces quelques exemples ne constituent pas une conduite à tenir, mais ils illustrent à quel point cette équipe s'était laissée entraîner dans une dynamique mortifère en résonance avec celle de la patiente. C'est cette relation spéculaire, entre agirs et contre-agirs, qui, par le biais et en raison de l'attaque des capacités préconscientes du groupe soignant, les empêchaient « d'avancer ensemble ». De toute manière, c'est décidé, dès la fin de la formation, le groupe se promet d'organiser une synthèse autour de Myriam qui permettra de mettre tout cela en perspective. La différence d'avec les tentatives d'échanges déjà effectuées entre ces collègues tenait sans doute à ce qu'il ne s'agissait plus de « *demander des comptes à l'autre (l'équipe, le médecin)* », ni « *de faire cesser cette situation (par exemple par l'éviction de la patiente)* » mais « *de penser ensemble à ce que nous dit Myriam en nous montrant tout cela* ». C'est sans aucun doute cela la réintroduction d'une clinique de l'agir...

■ 9 - De quel cadre relève l'agression ?

Le cadre auquel nous faisons référence ici concerne autant l'adaptation du cadre de soin que le cadre social (plainte...). « *Le cadre découle naturellement de ce que nous avons dit précédemment* », résumera un soignant.

La notion de cadre a repris tout son sens par la mise en pensée. Il ne s'agit plus de solliciter un cadre « sanction » mais d'adapter le cadre de manière cohérente aux processus qui s'y développent. ■