

PRATIQUES & RECHERCHES

*en santé
mentale*

N° 35
Mai 2004
5 €

Fédération d'aide à la
Santé Mentale
CROIX-MARINE



*RÉGION de
BASSE-NORMANDIE*

Observatoire de la violence

SOMMAIRE

1

Édito

Docteur J.F. GOLSE

OBSERVATOIRE DE LA VIOLENCE

D. Patrick CHALTIEL, Psychiatre, Médecin chef, Ville Evrard

2

6

HOMOPHOBIE : PARADIGME DE LA VIOLENCE

Dr Denis MATHIEU. PH psychiatrie - CH Flers

LA VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER : UN RISQUE PROFESSIONNEL ?

Enquête en Basse-Normandie en 2002 Dr VALLAEYS A.,
Dr GOURNAY M., Dr VASSE T., REAGEASSE A., CREVEUIL C.

1 3

1 6

JOURNÉE Association CROIX MARINE

Jérôme ORANGE, Cadre Supérieur de Santé,
Secteur de Psychiatrie Générale, Flers - Domfront

*Un incident technique nous prive des photos
de la journée de Flers, nous prions nos
lecteurs de bien vouloir nous en excuser.*



Risque professionnel et risques du métier

62 % des personnels soignants non médicaux des CH spécialisés en psychiatrie ont été victimes de violence au travail de la part de patients, nous apprend une enquête réalisée en Basse-Normandie en 2002 et dont nous a rendu compte madame le docteur VALLAEYS lors de son intervention à la journée Croix-Marine de Flers du 26 mai dernier dont le thème était « Violence et psychiatrie ». Disons d'emblée que le thème était circonscrit à la violence des usagers à l'égard des soignants ce qui n'est pas méconnaître la violence qui peut aussi être exercée par l'institution et les soignants ; cet autre thème qui entretient d'étroites relations avec celui qui nous occupe aujourd'hui sera traité une autre fois.

62 % disais-je ; c'est énorme et justifie pleinement le titre de l'intervention : « la violence en milieu hospitalier : un risque professionnel ? ». C'est énorme mais c'est aussi fort peu dès lors que l'on sait que ce nombre correspond à l'expérience de toute une carrière et qu'on se remémore ses propres expériences et celles des soignants avec lesquels on a pu discuter du sujet. Tout le monde en fait a connu, subi ou vécu des situations de violence. Ce qui revient à dire que nombre de situations définies comme violentes (incivilité, agressivité, agression...) ne sont pas systématiquement reconnues comme telles par les soignants. Comment l'expliquer ? En fait, il me semble parmi d'autres facteurs que les soignants tiennent compte de l'intentionnalité des actes. De très nombreuses violences sont en fait non intentionnelles et l'on pourrait citer l'agitation confuse ou délirante, les troubles du comportement du dément, les moments délirants féconds etc... ce qui renvoie d'ailleurs à l'irresponsabilité pénale « il n'y a ni crime, ni délit... »

Dans d'autres situations, nombreuses également, on peut discuter de la part de responsabilité qui incombe au sujet conformément à l'attitude qui prévaut actuellement de ne pas déresponsabiliser trop facilement les patients (au risque d'ailleurs d'une éventuelle dérive qui remplit les prisons de malades mentaux). Dans un autre cas enfin, le patient est totalement responsable de son attitude.

Les violences sont d'autant plus péniblement ressenties que la personne concernée est tenue pour responsable de ses actes et que l'intention de nuire est clairement perçue. Il est bien établi en psychiatrie de catastrophe qu'il existe une différence de gravité en terme de traumatisme psychique entre ce qui résulte d'une catastrophe naturelle et ce qui résulte d'un acte intentionnel, un attentat par exemple.

Il me semble qu'implicitement, la profession infirmière, et c'est sa grandeur, établit une différence entre la violence risque professionnel et ce que l'on appelait autrefois les risques du métier, terme qui se référait à une certaine acceptation d'une part de difficultés.

Est-ce à dire qu'il ne faut rien faire ? Bien sûr que non et vous trouverez dans cette revue un certain nombre de pistes de travail pour réduire le risque de survenue de violence et réduire aussi les conséquences de ces violences sur les soignants.

Il faut emprunter à la modernité tout ce qui concerne la prévention des risques et l'accompagnement des personnels confrontés à la violence. Et quand tout ceci est pris en compte, garder la sagesse ancienne d'accepter les risques du métier.

Docteur J.F. GOLSE

PRATIQUE ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :
Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction :
Maryse CORBET

Comité de rédaction :
J. ANDERSON,
Jeanne BERTAUX,
Jean FILMONT,
Jean-Noël LETELLIER,
Serge LOQUET,
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,
Bernard NOUHAUD,
M. PITON,

Mise en page et impression :
Imprimerie Artistique LECAUX
TOURLAVILLE • 02.33.88.52.52

Crédit photo : Mairie de Tourlaville

Secrétariat : 02 33 21 84 66

ISSN 1157-5135
Dépôt légal : 2^e trimestre 2004



OBSERVATOIRE DE LA VIOLENCE

ÉTAT des lieux et projets (janvier 2001 à novembre 2003)

A - L'Observatoire de la violence est une entreprise institutionnelle que j'ai l'honneur de mener depuis 3 ans à laquelle a participé une cinquantaine de professionnels de notre établissement.

Né d'un groupe de travail, sollicité par la CME et la CSSI, à l'occasion des premières relocalisations, l'observatoire s'est progressivement mis en place et installé dans la durée, les participants au groupe initial ayant fait le constat que la complexité du problème nécessitait un travail de fond et ne pouvait se résumer à quelques vœux pieux ou recommandations. Ainsi, le rapport conclusif de ce groupe de travail s'est transformé en rapport d'étape (publié dans l'info.psy sous le titre « vers un observatoire de la violence »).

Dans ce rapport (de nov. 2001), je faisais état des premières constatations et des premières difficultés liées à cette problématique. Je voudrais vous les rappeler ici, en résumé, car la plupart de ces constatations et difficultés demeurent d'actualité.

I - La première constatation, c'est que la violence est un comportement interactif naturel, et non pas un symptôme.

Les comportements violents sont la conclusion inévitable et équifinale de toutes formes de dérégulation des rapports entre individus dans le monde animal en général et, plus particulièrement humain. Les sociétés humaines modernes se distinguent, en effet des sociétés animales par l'introduction du prédateur (alors que les sociétés animales visent toujours à maintenir l'exterritorialité du prédateur). La question de la violence ne saurait donc être repoussée systématiquement, par la société, du côté de la psychiatrie (à moins de faire de la psychiatrie le régulateur universel des relations humaines, et l'instrument de la normativité sociale, dérive dont on a connu les effets délétères à différentes époques et dans différents pays). Néanmoins, la question de la violence concerne la psychiatrie au moins sous deux angles.

Il existe une violence spécifique, conséquence à la fois des symptômes des maladies mentales et des réponses apportées par la société en général et par la médecine en particulier, à ces symptômes que sont :

Le vécu persécutif et la méconnaissance du trouble ;
La désinhibition de l'agressivité pulsionnelle, l'impulsivité ;
Le syndrome d'influence et l'automatisme mental ;
L'excitation psychique et l'agitation...

2- La violence, phénomène interactif par excellence, fait toujours l'objet d'une projection linéaire sur l'autre : la violence, c'est toujours l'autre et très rarement soi-même. Ça commence dès la petite enfance : « c'est lui qui a commencé » et ça se poursuit à l'âge adulte, sous des formes diverses dont la plus courante est celle que le thérapeute familial Nagy avait baptisée : « la légitimité destructive ». La psychiatrie peut ici jouer un rôle d'analyseur permettant aux « partenaires de la violence » d'introjecter quelque peu leur part et leur participation à ces violences dont chacun se prétend victime.

En effet, la psychiatrie se spécifie, dans le champ de la médecine, par sa compétence en matière de méconnaissance et de projection (qui caractérisent le fonctionnement psychotique). On pourrait dire, en quelque sorte qu'il y a quelque chose de la psychose dans toute violence, sous ses aspects de méconnaissance et de projection) **Pour autant, toute violence ne justifie pas de soins !**

II - La seconde constatation du rapport d'étape était la suivante :

Plus la psychiatrie s'humanise et fait reculer sa propre violence (réduction des soins sous contrainte, renoncement à l'exil asilaire, à la maltraitance institutionnelle, destigmatisation de la folie, intégration sociale des malades...) plus les soignants psy souffrent et sont déconcertés par la violence qu'ils subissent, tant de la part des patients que l'ensemble du corps social. Ce sentiment d'injustice ou d'effort unilatéral provoque chez les soignants des réactions régressives : nostalgie d'une psychiatrie fermée et musclée, courant négationniste quant à la déshumanisation asilaire : **il faut donc valoriser le travail des équipes de psychiatrie.**

Compte rendu de l'analyse des fiches d'événement de 2002

III – La troisième constatation du rapport d'étape s'inspirait de l'apport des cyndiniques (sciences du danger visant à la prévention des risques naturels et industriels)

Ces recherches ont montré que la prise des stratégies était de viser le « risque zéro » comme objectif, ce pour plusieurs raisons :

1 – Trop de sécurité tue la sécurité : lorsqu'on instaure un dispositif visant à la sécurité absolue, les acteurs perdent trop vite leur vigilance et leur attention aux dangers propres à leur métier... C'est à ce moment que se produisent les accidents graves et les catastrophes.

2 – Le risque zéro comme objectif conduit les acteurs à un évitement de toute « prise de risque » car la prise de risque est constitutive du progrès humain : sans prise de risque, on n'apprend pas à marcher, à faire du vélo, à aborder une personne du sexe opposé.... Et même dès le départ, on ne sort pas de l'utérus maternel.... Ou de l'asile !

3 – Ce qui est beaucoup plus opérant que la poursuite sécuritaire du risque zéro, c'est l'analyse des incidents, précise et détaillée. Kervern dit même, de façon prorogative : il faut laisser vivre les incidents pour mieux en connaître les accidents potentiels.

Il n'est pas de soins sans prise de risque. Le calcul de ce risque fait partie intégrante de tout projet évolutif.

Donc, ce rapport d'étape se concluait par la proposition d'un outil de travail faite à toutes les équipes soignantes de l'établissement, sous la forme d'une fiche d'événement violent (dont je vais vous rendre compte, dans un instant, pour l'année 2002).

Il instituait aussi la constitution, dans chaque service ou fédération de services, d'une cellule locale de l'observatoire : petit groupe pluridisciplinaire de soignants (médecin, psycho, cadre, infirmier, aide-soignant, ash). Ces cellules locales ont quatre missions :

1 – Informer l'ensemble de l'équipe de l'existence de cet outil d'analyse des incidents de façon à être

informé en retour, sur tout événement violent, même mineur survenu dans le service.

2 – Recevoir les victimes, les témoins et si possible les auteurs de ces événements afin de les accompagner dans la rédaction de la fiche d'événement.

3 – Aider et accompagner les victimes face à d'éventuelles séquelles de traumatismes physiques ou psychiques, ou dans une éventuelle judiciarisation du préjudice subi.

4 – Faire remonter aux réunions de l'observatoire, les remarques et propositions des soignants ou des patients ayant vécu des violences dans le contexte du soin psychiatrique.

Une cinquième mission (plus facultative) est pour chaque cellule locale, de se donner un sujet de recherche clinique, épidémiologique ou sociologique sur le thème de la violence.

Le rapport d'étape insistait, en conclusion, sur le rôle et le positionnement de l'observatoire au sein de l'établissement.

Ce positionnement se veut celui d'un groupe de recherche-action susceptible de faire des propositions à l'établissement en matière de prévention, de régulation ou de traitement des événements violents.

Il se veut aussi celui d'un groupe de vigilance, susceptible d'attirer l'attention sur des violences cachées, subintrantes ou non reconnues comme telles.

Il ne doit en aucun cas apparaître comme une instance jugementale décernant de bons ou de mauvais points mais une instance visant à améliorer les solidarités d'équipes et la culture humaniste de l'établissement.

B – Je vais, maintenant, vous commenter un petit moment le recueil des informations issues des 98 fiches d'événement recueillies au cours de l'année 2002.

D'abord l'aspect statistique Un peu aride mais indispensable.



Après ces chiffres, je souhaite surtout dire un mot sur les questions ouvertes du questionnaire : celles qui nécessitent une rédaction et non un simple cochage. Car, c'est là, bien entendu, que se ressentent, de la façon la plus évidente, les difficultés, les ressentiments, les colères et les espoirs... mais aussi la façon dont l'outil de travail : fiche d'événement, a été vécu et utilisé.

Pour certains, réelle appropriation, voire même amélioration de la fiche avec des rubriques supplémentaires. Pour d'autres, bouteilles à la mer, messages désespérés à la cantonade. Pour d'autres encore, caractère très impersonnel et bâclé du rapport dans le style « déclaration obligatoire » Mais, je veux insister ici sur un point qui m'a frappé. 48 fiches sur 98 montraient que leur rédaction avait réellement fait l'objet d'un travail de réflexion pluridisciplinaire de qualité, témoignant d'un souci d'humanité, de solidarité et de bienveillance ! (On parle souvent des institutions sous leurs aspects de maltraitance, mais on parle rarement des bienveillances qui y ont cours). Ce résultat qualitatif nous a permis de dépasser les déceptions liées aux vives critiques et accusations que l'observatoire a du essuyer, ou au dédain voire au désintérêt absolu d'une bonne partie de notre communauté soignante.

Je voudrais donc insister sur ce simple fait : en 2002, sur 10 secteurs de l'établissement, 48 incidents ou accidents violents ont été élaborés, en équipe pluridisciplinaire, afin de donner lieu à des propositions (ou parfois à des constats de carences, objet de revendications.)

A la question : à quoi cela a-t-il bien servi ? Je réponds ceci : Si une équipe soignante est vigilante aux incidents et aux accidents inhérents à son métier et habituée à tirer des leçons préventives de chaque événement, cette équipe n'a-t-elle pas déjà un sentiment d'assurance plus grand que celui d'une équipe où les violences sont tuées, masquées, évitées.... ou pire, maltraitées ?

Ce sentiment de confiance et de « sécurité interne suffisamment bonne » n'est-il pas seul capable de détourner le soignant de cette fascination morbide commune pour la violence du malade, au profit de son humanité profonde et de sa détresse ?

Quant aux autres violences : celles qui ne ressortent en rien de notre métier mais de psychiatrisations abusives, de conditions de travail conjoncturelles ou encore d'une maltraitance sociale persistante à l'égard des malades mentaux et de la psychiatrie, nous nous devons d'en dénoncer sans relâche les effets désastreux sur la santé des malades, celle de leur entourage familial et celle des équipes qui s'en occupent.

C - Je souhaite maintenant faire un petit répertoire des propositions concrètes effectuées par l'observatoire de la violence au cours de ces trois années de fonctionnement (de 2001 à 2003). En effet, beaucoup de critiques et d'attaques à l'égard du travail mené par l'observatoire gravitent autour du thème : « tout ça, c'est du baratin démagogique et ça n'amène rien dans le concret des difficultés des soignants ». Voici donc quelques remarques, recommandations et propositions de l'observatoire, selon les différentes incidences explorées au cours de nos réunions.

1 - Tout d'abord, il s'avère actuellement nécessaire de concevoir et de mettre en chantier une unité spécialisée de traitement des malades agités et perturbateurs. Ce traitement spécialisé ne doit, en aucun cas opérer une ségrégation entre patients, mais concerner des phases de soin programmées, en collaboration étroite avec les équipes de secteur.

Les raisons qui nous conduisent (malgré une certaine réticence d'une partie de la communauté médicale) à cette option sont multiples :

L'humanisation des structures hospitalières relocalisées, en particulier à proximité du lieu de vie des malades, conduit à une perméabilisation des frontières et à une multiplication des échanges entre le dedans et le dehors. De ce fait, qui constitue un pas essentiel vers la déstigmatisation, l'unité hospitalière devient aussi moins contenante pour les malades très agités, la contention prolongée en chambre ou la surmédication sédatrice, laissant des traces très blessantes en termes de violence du soin.

Les carences socio-économiques, éducatives et sanitaires que vit une bonne part de notre

population du 93 conduisent à un taux élevé de personnalités mal structurées, de jeunes patients rompus aux carences, aux violences et aux conduites poly addictives de la marginalisation. Ces personnes, souvent impulsives, incapables d'élaborer psychiquement dans le dialogue, soutenues, au plan thymique, par l'excitation que suscite la « légitimité destructive », produisent souvent des cascades de violences désastreuses pour les autres malades hospitalisés, pour leurs familles et pour les soignants. Pour ces personnalités difficiles, certaines phases de contention sont nécessaires et souvent préliminaires à toute possibilité d'alliance thérapeutique. La chambre d'isolement est, là aussi ; inappropriée pour jouer ce rôle.

Enfin, pour ce qui concerne la dangerosité psychiatrique, du ressort de l'UMD régionale, une unité départementale permettrait de faciliter la liaison et le débat diagnostic, évitant certain malentendu et incompréhension qui ont pu, par le passé, produire des effets de violences inter-institutionnelles.

L'observatoire de la violence a argumenté et défendu cette option tout au long de ses 3 années d'existence, afin qu'elle soit inscrite, en contrat d'objectif et de moyens, au projet d'établissement. Cette semaine, ce projet a reçu l'approbation de l'ARH. Reste bien entendu, l'attribution des moyens ad hoc.

En ce qui concerne les effectifs soignants des unités d'hospitalisation, d'accueil et de crise, (les plus exposées), l'observatoire de la violence a attiré, à de multiples reprises, l'attention de l'administration sur le fait que les effectifs minimums dits « de sécurité », constituaient, en fait, des effectifs d'insécurité, dans la mesure où aucune disponibilité soignante ne pouvait, dans ces conditions, se mettre à l'écoute des patients dans leur besoin de relation humaine. Le soin est alors mécanisé, deshumanisé, ce qui est aux antipodes du soin psychiatrique. Ainsi, les effectifs soignants de ces unités ne doivent jamais être conçus et calculés sur la base de l'effectif dit « de sécurité », qui doit demeurer une situation exceptionnelle.

En matière de formation, l'observatoire a fait le constat des insuffisances de préparation des soignants à la confrontation, au stress de la violence et à sa gestion à court et long terme. Également d'un manque de formation à la clinique psychiatrique chez les jeunes diplômés. L'observatoire a encouragé et favorisé le développement, en collaboration avec la formation permanente, de formations spécifiques. Il a également insisté sur la nécessité d'une solidarité inter-générationnelle entre soignants favorisant le

compagnonnage et la transmission des savoir-faire.

En matière de facteurs de prévention, l'observatoire a défendu le maintien, et le renforcement de la participation au sein des unités hospitalières, d'animateurs d'activités d'expression artistique. Ces espaces de sublimation et de pause dans le soin, donnent au sujet soigné le sentiment d'un autre regard, valorisant ses ressources propres et sa créativité.

Par ailleurs, l'observatoire a soutenu vivement le travail des centres d'Accueil et de Crise.

En matière juridique enfin, l'observatoire a fait connaître, discuté et diffusé, auprès des soignants qui ont participé à ses travaux, les textes légaux les plus récents sur la question de la réparation des préjudices matériels, physiques ou psychiques et sur les dispositifs de défense et d'accompagnement, par l'établissement, des personnels victimes de violence.

Au total, il me reste, malgré tout, un sentiment de grande incomplétude quant au chemin parcouru, pendant ces trois années, en compagnie de la cinquantaine de personnes qui se sont jointes à ce projet :

Cette insatisfaction tient au fait que nous sommes restés, tout au long de cette réflexion, entre soignants, et que nous n'y avons traité que des violences que nous subissons : violences cliniques, violences institutionnelles, violences contextuelles. N'avons nous pas, ce faisant « joué le jeu » projectif de la violence, consistant à désavouer sa propre part ou à la légitimer en tant que rétorsion.

Ne devons nous pas passer à une autre phase. Une phase de dialogue avec les patients, les ex-patients, et leurs familles, pour les entendre décrire ces formes modernes de violence que nos soins ne peuvent ou ne savent éviter.

C'est pourquoi j'ai décidé d'inviter, parmi nous, pour ces journées de travail certains patients et certains proches de patients à qui je demanderai de réagir, s'ils le souhaitent, aux propos qui y seront tenus. Car, pour ce qui me concerne, si l'observatoire continue, ce sera avec eux.

D. Patrick CHALTIEL
Psychiatre
Médecin chef
Ville Evrard



HOMOPHOBIE : PARADIGME DE LA VIOLENCE

Dr Denis MATHIEU. PH psychiatrie – CH Flers

N'étant pas sociologue mais psychiatre, je vais m'intéresser à l'homophobie comme objet social dans ses répercussions sur le psychisme des individus. Pour ce faire, nous commencerons par voir comment la notion d'homophobie s'est construite puis nous verrons quels sont les effets sur la pensée et enfin comment chacun s'arrange avec.

Nous ne pouvons que faire un premier rapprochement entre d'une part l'apparition du terme d'homophobie dans un premier article d'un psychologue en 1971 et la disparition de l'homosexualité du DSM en 1973. En fait, les deux termes ont une vie étroitement liée.

Si nous revenons dans le passé, nous trouvons de nombreuses illustrations de pratiques homosexuelles dans toutes les époques et toutes les civilisations. Ce n'est pas un phénomène nouveau, par contre l'instrumentalisation de ces pratiques érotiques à des fins politiques est beaucoup plus récente.

Je vais évoquer essentiellement l'Occident européen et je dirai quelques mots sur d'autres civilisations.

Le moyen-âge est une civilisation où la notion d'homosexualité n'a pas de réalité. Ce sont les actes qui sont pris en considération dans les codes et non pas les personnes. Il n'y a pas d'assimilation entre actes homosexuels et personnes homosexuelles. La construction de l'homosexualité est concomitante de la construction de l'homophobie.

En Occident, le moyen-âge est marqué par la primauté du christianisme. Pendant tout le début de la période médiévale, le christianisme ne se distingue pas par une hostilité particulière face aux amours de même sexe. Nous donnerons pour exemple, David et Jonathan dans le livre de Samuel qui trouve sa consécration dans un poème d'Abélard.

Une autre image du catholicisme et qui est en vogue au moyen-âge, est celle de Saint Sébastien qui résista aux flèches que lui décocha Dioclétien en 286, et qui est l'image même de l'éphèbe valorisant l'homoérotisme. Plus spécifiquement des couples de saints de même sexe sont mis en valeur au cours de la période médiévale, on peut citer Perpétue et Félicité, martyres du 3^e siècle ou bien encore Polyeucte et Néarque dont Corneille a changé plus tard le sexe pour des raisons évidentes. Nous pouvons encore citer Serge et Bacchus. Un autre couple qui avait toute sa place dans la chrétienté du moyen-âge est celui formé

par le Christ et Saint-Jean, ce « disciple que Jésus aimait » selon les termes mêmes des évangiles.

En fait, ce couple servira d'exemple dans de nombreux monastères jusqu'au 10^e-11^e siècle. La contre-réforme s'en servira d'ailleurs comme argument contre le christianisme romain.

Ces exemples montrent que le christianisme n'était pas, a priori, opposé aux amours de même sexe. Comment en quinze siècles, en est-on arrivé à un pape ouvertement homophobe. L'exégèse classique fait de Sodome et Gomorrhe la parabole de la condamnation de l'homosexualité par Dieu. Mais cette exégèse n'apparaît qu'au premier siècle de notre ère. Elle a un but essentiellement politique. A la période de la vie supposée du Christ, l'interprétation de Sodome et Gomorrhe était polymorphe. Les villes avaient été détruites car les habitants avaient tenté d'avoir des relations sexuelles avec les anges envoyés sur terre ou bien parce qu'ils n'avaient pas respecté les règles de l'hospitalité ou encore pour les nombreuses débauches de ces villes. Jusqu'au premier siècle, il n'est pas fait mention d'homosexualité de la population de Sodome et Gomorrhe.

En fait, l'interprétation de Sodome comme en lien avec la pratique de l'homosexualité apparaît à un moment où les rabbins (en particulier Philon Le Juif) veulent pouvoir donner une définition du peuple juif, trouver une définition qui le distingue de ses voisins méditerranéens. C'est une première instrumentalisation de cette pratique érotique comme moyen politique. En fait cette interprétation de Sodome mettra plusieurs siècles à se répandre et à être acceptée dans la chrétienté à la suite de Saint-Paul.

Progressivement, le rejet des actes homosexuels s'affirme dans les textes des érudits chrétiens. C'est un levier pour pouvoir contrôler ce qui se passe dans l'intimité des foyers et comme pour Philon Le Juif, c'est une façon de se définir par rapport aux autres Ceci servira par la suite de justification à l'interventionnisme des monarques. C'est une tentative d'établir une frontière entre la chrétienté et les autres civilisations et par-là de

s'assurer de la fidélité des peuples. Cette pratique du mistigri perdure.

La constitution des différents groupes politiques au moyen-âge va s'appuyer en partie sur le rejet de l'homosexualité. On notera une résistance très forte de la population jusqu'à l'an 1000 à ce rejet. Les pratiques antiques du commerce libre de la sexualité restent très présentes. Les lois condamnant l'homosexualité sont très peu et très difficilement appliquées. Elles n'ont pas d'efficacité, ceci est peut-être en lien avec l'illettrisme général qui n'entre pas dans les discours des érudits.

Le monde catholique au moyen-âge se construit progressivement autour d'un clergé régulier. On note une liberté sexuelle qui est rapidement réprimée par les évêques. En fait l'argument principal des interdits de l'homosexualité dans les couvents n'est pas directement lié à l'homosexualité mais à la sexualité en général. Il y a d'un côté les chastes et de l'autre côté ceux qui ont des pratiques sexuelles. Or le monde des couvents est unisexué et l'interdit de la sexualité devient de fait un interdit de l'homosexualité. C'est aussi pour des questions de gouvernement que les évêques prennent cette position, ils veulent pouvoir s'appuyer sur le clergé régulier comme exemple afin d'imposer leur contrôle sur l'ensemble de la population.

Ce que les évêques ont fait, a été repris par les différents monarques de la chrétienté, c'est une transposition en droit laïc du droit canonique. On peut citer en 544, Justinien qui promulgue les premières lois contre la sodomie et ceci lui permet d'en user comme arme politique contre ses ennemis. Très rapidement dans la Rome du premier millénaire, l'imputation d'homosexualité devient le crime quand aucun autre ne peut être trouvé. Ceci est d'autant plus aisé que la pratique en est largement répandue.

Dans d'autres pays, comme l'Espagne, apparaissent aussi des lois contre l'homosexualité dès le 7^e siècle. Ceci permet de montrer la soumission des rois Wisigoths à l'Eglise. Par ces lois, ils montrent leur allégeance au christianisme auquel ils viennent récemment de se convertir. On voit aussi apparaître les premières lois contre les juifs. Ce lien de répression des Juifs et des homosexuels ne fera que se perpétuer à travers l'histoire.

Enfin, pour en finir avec le moyen-âge, j'aimerais citer la chevalerie. Elle est plus qu'un système militaire, c'est une véritable organisation sociale.

On voit une allégeance d'un homme à un autre homme, où les femmes sont totalement exclues. La geste de la chevalerie fait état de liens amoureux entre le vassal et le suzerain. La chevalerie est un exemple intéressant du traitement de l'homoérotisme par l'histoire et par les historiens. Tous les textes des historiens, jusqu'à récemment, tentent d'ôter la valeur homoérotique aux récits du moyen-âge. Il en va ainsi de la liaison entre Lancelot et Galehot, entre Roland et Olivier et dans toute la chanson de Roland des couples de guerriers dont l'un meurt de perdre l'autre. Les termes utilisés dans ce grand récit sont explicitement des termes concernant l'amour. Les historiens ont voulu les dégrader en termes d'amitié alors que d'autres textes de la même époque attestent que la notion d'amitié avait son propre vocabulaire au moyen-âge. Ceci nous montre comment la négation possible des sentiments homophiles est nécessaire à une certaine histoire qui soutient des concepts hétéronormés.

Je passerai rapidement sur la période allant du 13^e au 19^e siècle où l'homophobie est mise en acte. Cette période est marquée par les liens forts dans la construction sociale entre l'homosexualité et le mal. L'homosexualité est associée à l'hérésie à la sorcellerie et au judaïsme. Parallèlement, la société s'oriente vers une société étatisée où la sphère du privé n'existe plus, où les gouvernants interviennent dans cette sphère du privé.

Le 19^e siècle voit apparaître une nouvelle catégorisation sociale avec création d'une bourgeoisie et d'une classe ouvrière. Cette bourgeoisie va rapidement vivre les ouvriers comme une menace, on va avoir un double mouvement pour endiguer cette menace. L'éducation en est un qui fait entrer une partie des pauvres dans le système bourgeois et l'autre est la création d'un code de bonnes conduites. La lutte contre l'église catholique romaine par les philosophes des lumières est une arme redoutable pour maîtriser le peuple. En effet, toutes les théories des lumières reposent sur une naturalisation des phénomènes de la société humaine. La nature devient un argument clé dans les rapports humains. Ainsi, la société bourgeoise du 19^e siècle va s'approprier cette notion de nature pour faire de leur organisation sociale celle qui est naturelle. Ce qui devient naturel, c'est le couple marié hétérosexuel. Il y a laïcisation de ce que l'église avait voulu imposer. C'est toute la morale chrétienne qui est transposée, sans plus aucune référence religieuse, dans la morale sociale. Il n'est plus possible de s'y opposer car elle est décrite comme naturelle et non plus liée à une



HOMOPHOBIE : PARADIGME DE LA VIOLENCE

Dr Denis MATHIEU. PH psychiatrie – CH Flers

philosophie ou à une théologie humaine. L'autre versant, celui de l'éducation des masses laborieuses, s'appuie sur des constructions historiques faites par des représentants de cette classe bourgeoise, qui vont gommer ce qui est contraire au message et qui va pouvoir interpréter les faits dans le seul sens de ce qu'elle veut porter comme message moral. N'est-il pas étonnant que dans les manuels d'histoire, ce sont toujours les bons qui gagnent ?

La fin du 19^e siècle est marquée par le marxisme. Dans cette théorie et ses dérivés, on trouve aussi une instrumentalisation de l'homosexualité comme un repoussoir : les homosexuels sont des bourgeois, un bon communiste ne saurait être homosexuel. Ceci est un point que l'on retrouve dans toutes les sociétés organisées sur le modèle communiste et dans le discours des partis communistes de l'ouest pendant presque un siècle.

Un fait marquant de la fin du 19^e siècle et du début du 20^e est la médicalisation de la société. Là encore, nous allons voir apparaître dans la terminologie médicale l'anathème contre l'homosexualité. Il est remarquable que jusqu'à la fin du 19^e siècle, les psychiatres et les aliénistes n'avaient pas d'opinion sur l'homosexualité. C'est quand la psychiatrie devient un instrument de contrôle de la société qu'elle définit l'homosexualité comme pathologique. C'est en rendant pathologique un fait de société que la psychiatrie peut espérer le contrôler. C'est à Richard Von Krafft-Ebing que revient le privilège, en 1889, dans sa *psychopathia sexualis*, de définir l'homosexualité comme une perversion, une maladie mentale congénitale entrant dans le cadre général de la théorie de Pinel sur la dégénérescence, il ajoute qu'elle est rarement guérissable. Magnan, digne disciple de Diafoirus, fait de l'homosexualité un trouble spino-cérébral postérieur. Cette affirmation sera la justification de la lobotomie comme traitement de l'homosexualité.

Enfin ce tour d'horizon de la construction historique de l'homosexualité par un discours homophobe ne peut pas faire abstraction de la psychanalyse. La psychanalyse, dès sa fondation, s'est intéressée au sexuel. On peut même dire que la psychanalyse n'est qu'une théorie de la place de la sexualité dans la société, du contrôle social de la sexualité privée. La psychanalyse se définit elle-même

comme une méthode d'observation, une théorie de l'esprit et enfin comme méthode de traitement des troubles psychiques. Sa filiation et son intrication avec la médecine et la psychopathologie est claire. Ceci va amener certains psychanalystes à construire une norme qu'ils vont assimiler à une normalité. D'autre part, la psychanalyse, qui dans ses principes relève de la sphère de l'intime, va très rapidement céder à la tentation d'avoir son mot à dire sur la société et à vouloir influencer sur le cours de la société. Comme pour la religion, mais de façon bien plus rapide, la psychanalyse est devenue une référence dans tous les débats de la société. Elle a été laïcisée et ses dogmes ont été intégrés dans le discours des penseurs actuels. Les thèmes et croyances de la psychanalyse se sont naturalisés et sont devenus des évidences dans notre société.

Cette première partie nous a montré comment l'homosexualité s'est construite à partir de l'homophobie, comment elle a été instrumentalisée comme arme de contrôle par les différents groupes dominants. Nous allons voir maintenant comment l'homophobie structure la pensée. Pour ce faire, je prendrai quelques questions de société et quelles réponses l'homophobie apporte à ces questions.

En préalable nous devons définir l'homophobie. On peut donner deux acceptions : en premier c'est la crainte d'être avec un homosexuel dans un lieu fermé et en deuxième c'est le rejet de l'homosexualité et une hostilité systématique à l'égard des homosexuels. Plus généralement c'est une attitude qui revient à dénigrer chez une personne les qualités attribuées à l'autre sexe. De façon caricaturale, c'est le rejet des femmes masculines et des hommes féminins qui seront dits efféminés.

Le premier thème social que nous allons aborder est celui de la présentation ou de la représentation de l'homosexualité dans les médias, la littérature ou le cinéma.

La presse people est friande des scandales sur les personnes en vue. Il existe un jeu entre les fausses révélations, le publi-reportage, et le vrai travail de paparazzi. Ne vous êtes-vous jamais demandé pourquoi certaines personnes sont régulièrement à la une de la presse trash et d'autres pas. Nous pourrions prendre un exemple. Soit un rocher que nous dirons imaginaire, situé au bord d'une mer et

dirigé par un roitelet. Dans la presse à scandale, on parle en permanence des frasques sexuelles et sentimentales des deux descendantes du souverain mais jamais de la vie privée du futur monarque. Pas la moindre photo compromettante, pas la moindre rumeur et à chaque occasion officielle, c'est l'une des sœurs qui est à son bras. La presse people rétorquera qu'elle ne veut pas de procès, en révélant un secret de polichinelle, alors qu'elle se nourrit des procès qui lui sont intentés. Non, dans notre cas d'école et bien sûr totalement théorique, l'invisibilisation de l'homosexualité est à l'œuvre. C'est une des formes les plus répandues de l'homophobie dans la presse. Car cette presse est le support le plus puissant de la vision hétéronormée de la société. Elle nie toute réalité en dehors de cette norme. Dans la presse plus large, on voit une mise en scène de la vie hétérosexuelle. Il y a instrumentalisation du couple hétérosexuel comme support de la normalité. En particulier, et comme le rappelle M. BIRENBAUM, les hommes politiques se montrent dans la presse avec leur femme, leurs enfants et leur labrador en couverture de magazine alors que ceci est en totale contradiction avec leur vie privée réelle.

Le cinéma et la télévision ont aussi un traitement particulier de l'homosexualité. Il est marqué par une homophobie importante. Le cinéma américain après le code Hays en 1930 interdit tout « acte inconvenant ». Ceci s'applique autant aux actes explicitement sexuels qu'aux scènes déshabillées. Mais surtout le code Hays n'autorise la présentation de l'homosexualité que comme pathologique, comme déviance sociale et ayant une fin tragique. Ceci va être renforcé par le sénateur Mac Carthy qui avec sa chasse aux communistes s'en prend aux homosexuels d'Hollywood qu'il considère comme des traîtres à leur patrie. Longtemps, ce sont des allusions, que seul un public averti pouvait saisir qui véhiculait un discours sur l'homoérotisme. Qui se souvient de la scène dans *Spartacus* de Kubrick où Laurence Olivier s'approche de Tony Curtis et lui confie qu'il aime autant les escargots que les huîtres ! Ce n'est que récemment et après les années 1980 que le cinéma va commencer à traiter de l'homosexualité comme un mode de vie, de la relation aux autres qui ne soit pas forcément mortifère. Les séries télévisées intègrent généralement un personnage homosexuel mais il est caricatural et est souvent seul et sa vie intime n'est pas abordée, il est très généralement déssexué.

La littérature utilise les mêmes mécanismes homophobes que la presse c'est-à-dire à la fois un discours contre l'homosexualité et une critique qui réduit les œuvres homosexuelles. On voit ainsi

l'usage de la dérision, de la moquerie, du dénigrement des personnes supposées homosexuelles. La satire est le moyen ordinaire qui grossit le trait. Elle trouve son expression dans Ronsard contre Henri III ou encore de Scaron contre Mazarin. Cette veine de la moquerie a été reprise dans le théâtre de boulevard avec l'homosexuel présenté comme grotesque, le plus connu étant la *cage aux folles* qui a été jouée plus de 5000 fois. Les discours des érudits vont dans le même sens et reprennent les mêmes préjugés sous couvert de rationalité.

L'autre versant de la littérature est la critique qui va systématiquement discréditer tous les écrits relatifs à une homosexualité vécue en dehors du drame. Les livres qui parlent des amours de même sexe sont très rarement cités dans les revues de critiques littéraires.

Nous allons voir maintenant comment l'école promeut l'homophobie et est par essence homophobe. Lorsque l'on lit un manuel d'éducation sexuelle, on remarque que c'est en fait un manuel sur la reproduction sexuée. Ce n'est pas un manuel sur la sexualité. Ceci à elle enseigne que ce sont les professeurs de sciences naturelles qui dispensent ces cours. En quoi un professeur de biologie est-il compétent pour parler du désir ! Dans les manuels, la vie sexuelle présentée est celle du couple hétérosexuel stable qui a des enfants. Ces manuels font fi de toute autre forme de sexualité. Là encore, on voit une naturalisation d'un modèle sociétal, celui du couple hétérosexuel. L'éducation nationale promeut l'homophobie dans son choix de textes étudiés mais aussi en passant systématiquement par-dessus la dimension homosexuelle des auteurs étudiés. Qui n'a pas ri aux difficultés du Lagarde et Michard pour expliquer la relation entre Montaigne et La Boétie ou bien encore entre Verlaine et Rimbaud ! On peut encore citer l'absence de questionnement sur la vie intime de Shakespeare ou de Montherlant. Ceci est valable pour la littérature mais nous le retrouvons aussi en histoire. Comme nous l'avons déjà évoqué, rien n'est dit sur l'homoérotisme des sociétés moyenâgeuses, ni de la place de l'homosexualité pour comprendre le code pénal de Napoléon ou bien encore sur les liens forts qui se sont créés dans les tranchées lors de la première guerre mondiale. Le lien n'est pas questionné par les manuels d'histoire entre cette vie uniquement masculine, aux confins de la vie et de la mort dans les tranchées et l'extraordinaire ouverture d'esprit et de libération des mœurs juste après, dans les trois grands pays ayant vécu cette guerre que sont la France, l'Allemagne et l'Angleterre.



HOMOPHOBIE : PARADIGME DE LA VIOLENCE

Dr Denis MATHIEU. PH psychiatrie – CH Flers

Nous pouvons maintenant évoquer le monde politique. C'est un monde homophobe en soi. Traditionnellement la droite est ouvertement homophobe, ceci en lien avec ses bases théoriques catholiques. La gauche pratique une homophobie beaucoup plus élaborée qui est de l'hétérosexisme dans la mesure où elle ne disqualifie pas l'homosexualité en tant que telle mais qu'elle établit une hiérarchie des sexualités.

Progressivement les grands monothéismes se sont constitués comme homophobes. Nous avons vu que c'était uniquement pour des raisons politiques, de contrôle de population. Il est saisissant que les protestants qui avaient utilisé l'argument de l'homosexualité du clergé pour se détacher et pour faire le schisme, soient la religion actuellement la plus ouverte sur l'homosexualité.

Je voudrais faire une brève escale sur la religion musulmane. Si la base théologique est le Coran, parole de Dieu révélée au prophète et la vie du prophète elle-même, elle est largement complétée par une exégèse qui s'appuie sur le Coran, la Sunna, mais aussi la Bible. La Sharia qui découle du Coran et de la Sunna ne répond pas à toutes les questions et ce sont les écoles juridiques islamiques qui ont élaboré un corpus d'interprétations plus ou moins rigoriste ou libéral selon l'école. Vis-à-vis de l'homosexualité, l'Islam s'appuie essentiellement sur la genèse et la parabole de Sodome et Gomorrhe. Mais on trouve des indications contradictoires. Il y a à la fois réprobation et condamnation mais en même temps le Coran promet au croyant un paradis où il sera servi par des « éphèbes immortels » (Sourate LVI verset 17 et sourate LXXVI verset 19). La Sharia prévoit un système complexe de preuves pour que l'homosexualité soit punie : il est nécessaire qu'il y ait quatre témoins. C'est donc bien plus la visibilité publique de l'homosexualité qui est réprimée que sa pratique en elle-même.

Comme dans la chrétienté, les pratiques homosexuelles ont largement été répandues dans le monde musulman et ce n'est que depuis ce siècle que l'on voit apparaître une vindicte portée contre l'homosexualité. Nous pouvons peut-être l'expliquer de différentes façons. L'Islam en est à son XIV^e siècle (selon notre

comput) et a les mêmes préoccupations, la même volonté d'hégémonie de contrôle des peuples que la chrétienté lors de son XIV^e siècle. C'est aussi une réaction à la colonisation en faisant de l'homosexualité un vice des non-musulmans et enfin ceci permet de détourner l'attention des peuples sur un groupe bouc-émissaire pour qu'il n'interroge pas ses gouvernants sur leur politique. On le voit clairement dans le procès des 52 du Caire qui est une façon pour le gouvernement égyptien de détourner l'attention et de donner des gages faciles de conformité religieuse face à des extrémistes de plus en plus présents.

Un autre support important de notre société, comme je l'ai déjà évoqué est la médecine et au-delà la psychanalyse. La psychanalyse a posé dans ses fondements que l'homosexualité est une perversion. Elle a aussi décrété que l'homosexualité est une forme régressive de sexualité, que les homosexuels souffrent de leurs difficultés œdipiennes, que le désir homosexuel n'est pas un vrai désir mais un ersatz, un substitut de désir œdipien et qu'enfin les homosexuels peuvent tout de même participer à la société à la condition qu'ils répriment leur sensualité. Mais en fait, la psychanalyse a ce discours face à la quasi-totalité des sexualités. Bien que la psychanalyse soit une théorie de la sexualité, elle a horreur du sexuel.

Nous allons voir, en illustration, comment s'est exprimée l'homophobie des différents organisateurs sociaux lors du débat sur le PACS. Ce débat a été l'occasion de montrer le positionnement de la classe politique dans son entier face à cette question posée par la société. Alors qu'une large part de l'opinion était favorable au PACS, la droite parlementaire a fait de l'obstruction sous forme de filibustering, usant de toutes les ficelles jusqu'à la motion d'irrecevabilité. La gauche, quant à elle, a été absente le 9 octobre amenant la loi à être reportée de plusieurs mois. Le débat a vu le déferlement le plus complet de l'homophobie la plus primaire. La manifestation du 31 janvier 1999 soutenue par la droite parlementaire a vu des slogans du type « les pédés au bûcher » éclore. Dans l'hémicycle, des parlementaires de droite ont proposé que le PACS soit signé au service vétérinaire des préfectures.

Mais la question fondamentale que posait le PACS n'était pas tant celle des droits de succession, de la vie intime mais bien celle de la hiérarchisation des sexualités dans notre société. Symboliquement, au-dessus de la salle des mariages dans les mairies reste gravé « interdit aux homosexuels ». Tout le génie du texte sur le PACS est de maintenir cette hiérarchie. Le conseil constitutionnel l'a bien compris lorsqu'il confirme la loi en s'appuyant sur la différence d'avantages qu'offre le mariage par rapport au PACS. La hiérarchie des sexualités est conservée.

Le débat sur le PACS a vu monter au créneau de nombreux psychanalystes qui vont défendre l'hétéronormativité. Ils vont évoquer la loi symbolique pour s'opposer au PACS. Pour eux, reconnaître les couples de même sexe, c'est mettre en péril la différence des sexes, unique support de l'altérité. En au-delà du couple c'est la filiation qui est visée. Leur discours reprend l'antienne religieuse du couple marié hétérosexuel qui procrée. Ce groupe de psychanalystes réassimile sexualité et procréation. Ils ne veulent pas voir les évolutions de la société ni les évolutions techniques qui ont depuis longtemps dissocié la sexualité de la procréation. Dans leur perspective, ils demandent à la loi des hommes d'être conforme à une loi symbolique supposée atemporelle. Si l'homophobie a pu s'exprimer sur la place publique dans ce débat, elle est aussi une pratique quotidienne.

Les armes de l'homophobie sont assez stéréotypées avec essentiellement l'injure. L'injure est une infériorisation de l'autre et elle réduit l'autre à cette infériorité. Une autre arme est la discrimination. Cette discrimination est susceptible de se retrouver dans tous les lieux sociaux. Le travail en est un exemple flagrant. Concernant l'emploi lui-même, le refus pour homosexualité inférée est fréquent et il est quasiment impossible à démontrer. Mais plus généralement c'est l'ostracisme de la part des collègues qui est la forme la plus marquante de l'homophobie au travail. Cet ostracisme a une composante active lorsque l'on met sciemment à l'écart la personne et une composante négative lorsque l'on ne veut rien savoir de la vie intime de la personne alors que le travail est un lieu où chacun peut exposer sa vie personnelle lors des pauses.

La famille est aussi un lieu privilégié de l'homophobie, c'est un lieu de création et de perpétuation du discours homophobe. Autant le politiquement correct interdit l'expression d'une homophobie trop criante sans la société, autant le politiquement correct ne s'applique pas à l'intérieur même de la famille. L'homophobie peut passer par l'ironie, l'injure mais surtout par une acceptation théorique de

l'homosexualité et un refus d'avoir un enfant homosexuel.

Ce contexte social homophobe a des répercussions sur la structuration identitaire de tous.

Ce modèle de société, globalement homophobe, sert de support identificatoire à chacun, quelle que soit son orientation sexuelle, c'est le cadre dans lequel chacun va se poser la question de sa propre sexualité.

Pour les personnes qui deviendront hétérosexuelles, le conformisme social à ce modèle va créer un grand confort et une meilleure confiance en soi. L'homophobie permet de séparer le monde entre bons et mauvais de façon dichotomique. Après, le futur hétérosexuel pourra continuer son identification aux différents supports de ce modèle, c'est à dire ses parents et puis les différents éducateurs. Les désirs intimes trouvent un écho favorable dans le corps social. Pour les jeunes dont les désirs les poussent vers le même sexe, le discours homophobe des personnes auxquelles ils sont les plus attachés, c'est-à-dire leurs parents, va créer une réelle dissonance. Il va y avoir un désaccord entre ce que ressentent ces jeunes et ce qui leur est représenté comme bien. Ceci est d'autant plus difficile à gérer que le message des parents repose sur la croyance que leur enfant est hétérosexuel. Les parents ne se posent pas la question de l'orientation sexuelle de leur enfant. C'est pour eux une évidence. Le jeune se trouve alors pris entre ce qu'il peut expérimenter de ses propres désirs et les projections de ses parents le concernant.

Le débat sur le PACS a vu monter au créneau de nombreux psychanalystes qui vont défendre l'hétéronormativité.

La résolution de ce paradoxe va constituer la dernière partie de cet exposé.

Une tentative pour résoudre ce paradoxe est de l'annuler. Pour ce faire, on note une incidence très forte du suicide chez les jeunes homosexuels et ceci quelles que soient les autres stratégies psychiques utilisées.

Ces stratégies individuelles sont au nombre de quatre.

Tout d'abord, l'enfant idéal. Le jeune va tenter malgré ses désirs de se conformer à ce qu'il croit du désir de ses parents. L'enfant idéal arrive à se leurrer fort longtemps et vit ses pulsions pour le même sexe comme des crises qui le paniquent. L'entourage ne comprend pas ce qui se passe.

Une autre stratégie est celle de "l'homo de service". C'est une stratégie qui conduit



HOMOPHOBIE : PARADIGME DE LA VIOLENCE

Dr Denis MATHIEU. PH psychiatrie – CH Flers

généralement à la stigmatisation et au harcèlement. Dans ce cas, il n'y a pas de soutien de l'entourage par peur de la contagion de la stigmatisation et ce jeune se vit comme un déchet, comme une abomination.

Une troisième stratégie est celle du caméléon. C'est un jeune qui va avoir en apparence une vie conforme à la société mais qui connaît ses désirs. Il dissimule la vérité à son entourage et il se vit comme un imposteur.

Enfin la dernière stratégie est celle du rebelle. Il accepte son homosexualité et vit dans une révolte permanente contre l'ostracisme social dont il se sent la victime. C'est l'attitude qui est la plus protectrice par rapport au suicide.

Le jeune homosexuel, quelle que soit sa stratégie ne va pas trouver dans sa famille et son entourage proche de modèle social identificatoire. Il ne trouvera pas non plus dans les stéréotypes sociaux de l'homosexualité des points d'appui. En effet ces stéréotypes sont par trop caricaturaux pour pouvoir servir de relais identificatoire.

L'achèvement identificatoire passera par une rupture avec le milieu familial et avec ses archétypes. C'est en dehors de la famille que le jeune homosexuel va chercher une image de lui-même. C'est donc vers des autres semblables à lui-même qu'il va chercher une réponse. La première rencontre sexuelle est souvent un choc identificatoire parce que celui qui apporte une identification est aussi celui qui est le support du désir. Ceci est d'autant plus vrai dans les sociétés où l'homosexualité est très invisible, où il n'y a pas de modèles diffusés.

Tout au long de sa vie, la personne homosexuelle va utiliser les stratégies que nous avons évoquées plus haut.

L'enfant idéal est un adulte qui tentera le plus de se fondre dans le conformisme social. On peut voir dans ce cas une homophobie intériorisée. Nous avons l'exemple de ce député parisien homosexuel caché qui défila le 31 janvier 1999 en criant le slogan « les pédés au bûcher ». C'était aussi le cas de nombreux prêtres homosexuels répétant les sermons qui les condamnaient.

L'homo de service est celui dont la visibilité sociale a toujours été la plus importante. C'est celui qui colle le plus aux clichés concernant les homosexuels. Il essaie de répondre à un désir social ayant échoué à répondre au désir hétéronormé. C'est dans ce groupe de stratégie que l'on retrouve le plus les métiers classés comme homophiles.

La stratégie du caméléon produit de l'humour. Nous sommes face à des personnes qui connaissent les règles et les rouages de la société, qui peuvent les feindre mais qui en fait ne s'y plient pas. C'est certainement dans cette catégorie que le retrouve les plus incisifs avec une capacité à s'extraire des règles sociales et à en montrer les incohérences.

Enfin, le rebelle est celui qui pose le plus de questions à la société, c'est celui qui va s'inscrire dans des associations de revendications, qui va participer à des manifestations à caractère communautaire.

Les différentes stratégies ne sont pas exclusives les unes des autres et chacun va être dans des proportions différentes un mélange de toutes les catégories.

Pour finir et pour revenir au titre « homophobie : paradigme de la violence sociale », il est aisé de changer dans mon exposé le mot homophobie par la plupart des violences que la société inflige aux individus. C'est le cas pour le sexisme, pour le racisme mais aussi pour l'intolérance face aux pauvres, aux familles monoparentales. Chaque fois, on note une construction historique d'un groupe social stigmatisé pour pouvoir contrôler la population puis une naturalisation de cette stigmatisation. On voit toujours que cette stigmatisation a des répercussions sur l'image que la personne a d'elle-même et sur la construction de son identité. Enfin les stratégies adoptées face à cette stigmatisation sociale sont comparables allant de l'hyperconformisme au refus de la société.



LA VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER : UN RISQUE PROFESSIONNEL ?

Enquête en Basse-Normandie en 2002 Dr VALLAEYS A., Dr GOURNAY M.,
Dr VASSE T., REAGEASSE A., CREVEUIL C.

Depuis quelques années, la violence grandissante dans notre société atteint de plus en plus les milieux de travail et particulièrement le secteur de la santé. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu savoir ce qu'il en était dans notre région, la Basse-Normandie. Nous avons donc étudié la violence des usagers envers le personnel hospitalier à travers une enquête dont le but était de dresser un constat sur la réalité du phénomène, d'en comprendre les circonstances de survenue et d'en mesurer les conséquences afin de savoir s'il s'agit d'un véritable risque professionnel pour le personnel soignant.

La violence est aussi difficile à définir, qu'elle est aisée à identifier. Il existe plusieurs façons de l'aborder, la classer, la comprendre et la traiter. Ainsi nous retiendrons la définition de la Commission Européenne de 1995 (4) : « les incidents violents sont des incidents où les personnes sont maltraitées, menacées ou agressées dans des circonstances liées à leur travail, qui mettent explicitement à l'épreuve leur sécurité, leur bien-être ou leur santé ». Le docteur Legeron, auteur de l'œuvre « stress au travail » (5) propose une typologie de la violence externe : d'abord les incivilités qui sont un manque de respect, puis l'agressivité qui est la volonté de faire mal et enfin l'agression qui est la volonté de « détruire ». Par ailleurs Di Martino (1) disait à propos de la violence « une agression verbale à type de menace ou d'insulte, acte mineur en soi, répété, peut constituer une forme grave de violence ».

Il n'y a pas une et unique cause et donc une seule et unique solution. Hormis les facteurs favorisant sociaux (les normes culturelles, les inégalités économiques, l'influence des médias, l'accès aux armes, à la drogue...) et individuels (la personnalité, les maladies mentales, les amis, la consommation de substances nocives...) (2), nous nous intéresserons surtout aux facteurs environnementaux ou « stresseurs professionnels ». L'hôpital est un milieu stressant : la relation au corps de l'autre, l'obligation d'assurer une permanence des soins et l'empreinte historique de la division sexuelle des professions médicales et paramédicales sont trois points particuliers de la profession soignante qui vont marquer, influencer l'organisation du travail dans son caractère stressant et vont engendrer de la souffrance au travail (3) (6) faisant le lit de la violence. Nous pouvons ainsi identifier des « stresseurs professionnels » dans l'organisation du travail : la surcharge de travail, les interruptions de tâches, l'ambiguïté et les conflits de rôle, les conflits

interpersonnels, le manque d'échange et dans la relation d'aide : les difficultés de communication, les dysfonctionnements de la relation soignant-soigné et la confrontation à la souffrance et à la mort.

Les « stresseurs professionnels » vont favoriser les situations de violence qui vont engendrer une réaction de stress chez la victime. Le stress est un phénomène normal et inévitable, c'est la façon de le gérer et son évolution qui vont être décisives : soit il est adapté et c'est normal, soit il dépasse les capacités d'adaptation de la personne et on passe dans le domaine de la pathologie. Cette dernière se divise en deux pôles : les troubles anxieux dont l'état de stress post-traumatique est la complication la plus grave et les troubles dépressifs dont le Burn out syndrome est la forme la plus répandue chez le personnel soignant. Ces troubles ne sont pas sans répercussions sur le travail engendrant ainsi une baisse des capacités de travail, une démotivation, une altération des relations interpersonnelles et une augmentation des accidents de travail.

Le Dr Legeron (5) a classé de façon schématique les conséquences sur la santé de la violence selon son degré : les incivilités peuvent entraîner une baisse de l'estimation de soi et une démotivation, l'agressivité un stress chronique engendrant culpabilité, perte de confiance en soi et sentiment d'abandon et l'agression un stress traumatique dont la complication la plus grave est l'état de stress post-traumatique.

L'enquête que nous avons réalisée est une étude transversale de type sondage qui a eu lieu dans les hôpitaux de Basse-Normandie de mai à octobre 2002. L'échantillon a été constitué par une méthode de stratification et est représentatif des hôpitaux publics et privés à intérêt public. Le questionnaire a été construit selon trois axes le constat de la violence, les facteurs favorisant et les conséquences avec leurs



La violence en milieu hospitalier : UN RISQUE PROFESSIONNEL ?

prises en charge. Ils ont été distribués par les secrétaires des services de médecine du travail des 15 hôpitaux tirés au sort. Les statistiques ont été traitées par l'équipe du laboratoire d'informatique médical et d'épidémiologie du CHU de Caen. 1512 questionnaires ont été distribués ; 1357 ont répondu ; 1050 ont été traités. Pour des raisons statistiques nous avons dû exclure la catégorie des médecins et tout le personnel du CHU de Caen. Ainsi 996 questionnaires ont été analysés. Il s'agit donc d'une enquête valide pour le personnel non médical des hôpitaux publics et privés à intérêt public de 200 à 1500 salariés en Basse-Normandie.

En ce qui concerne la population étudiée, elle est tout à fait représentative (sexe, âge et fonction) de la population des hôpitaux. Par contre, nous avons une sur-représentation du secteur psychiatrique du fait de la méthode d'échantillonnage (stratification).

Les résultats du constat de la violence sont les suivants : 48,7 % du personnel des hôpitaux sont victimes de violence (+/- 5,5 %). Les femmes (50,7 %) sont plus victimes que les hommes (41,6 %) malgré la différence sexuée du personnel. Nous n'avons pas constaté de différence pour l'âge des victimes. Par contre la première catégorie de personnel victime est celle des infirmiers (72 %), puis celle des aides-soignants et soignants spécialisés (60 %). Plus le personnel est en contact avec le public, plus il a de risque d'être victime de violence.

Tous les types de services sont exposés : les urgences dénombrent 89,4 % victimes au sein de son personnel, dont 49,2 % victimes de violence physique ; il s'agit d'un service de crise, de passage où le patient et son entourage sont stressés de ce qui leur arrive et va leur arriver. Le secteur de la psychiatrie recense 62 % victimes dans ses services, dont 62,2 % victimes de violence physique ; il s'agit d'un secteur déjà connu pour la violence qui y règne car accueillant un public difficile où la violence verbale y est quotidienne. Nous sommes étonnés du « faible » pourcentage de victimes par rapport aux urgences. Le personnel s'habitue à la violence en l'intégrant à la pathologie des patients ; il s'agit là de banalisation. Restent en suspens les questions suivantes : s'avouer victime, n'est-ce pas s'avouer un échec professionnel ?

Répondre à la violence par la violence, est-ce avouable ? En ce qui concerne la gériatrie, les services de convalescence, 55,1 % du personnel se dit victime de violence, dont 37,7 % de violence physique. Ces chiffres sont bien en dessous des chiffres du peu

d'études rapportées (7) sur le sujet qui soulèvent les problèmes de culpabilité qui renvoient le soignant à la peur d'être dans l'incapacité de « réparer » et les problèmes de violence soignant-soigné qui pourraient provenir de l'image dégradée que renvoie la personne âgée et de la maltraitance institutionnelle. Enfin les services soignants (médecine et chirurgie) ne sont pas non plus épargnés avec 55,2 % victimes, dont 26,4 % de violence physique ; ces services sont de plus en plus perméables à la violence de notre société.

En ce qui concerne les facteurs favorisant les situations de violence, nous n'avons pas identifié de moment privilégié de la violence. Par contre 67,5 % des victimes pensent que l'organisation du travail favorise la violence avec pour premier motif l'insuffisance de personnel évoqué à 77,2 %, puis en second le travail dans le stress/l'urgence à 41,5 % et enfin les moyens insuffisants à 23,1 %. Par ailleurs, les reproches faits par l'agresseur sur les circonstances d'accueil et de soins ont été rapportés « souvent » par 17,8 % et « parfois » par 64,9 % des victimes. Les reproches sont l'attente (59,2 %), l'insatisfaction des soins (36,6 %), l'information insuffisante (31,6 %) et enfin l'insatisfaction de l'accueil (17,5 %). 52,7 % des victimes pensent que la violence est « souvent » en rapport avec une pathologie agressive (parfois » à 28,3 %) ; trouver une cause dans le comportement de l'agresseur n'est-il pas non plus une façon de se dédouaner ?

En ce qui concerne les réactions immédiates que peut engendrer la violence, 86,2 % des victimes essaient de gérer les conflits (alors que 9 % se retirent de la situation et 1,2 % se dit agressif). Pour les sentiments engendrés par la violence, 23,9 % des victimes se sentent sereines face au problème, d'autant plus qu'il s'agit le plus souvent de personnel d'accueil (54,8 %) pour lequel le contact avec le public ne dure pas et il y est surtout question d'impolitesse. Le sentiment d'insécurité est rapporté par 52 % des victimes, d'autant plus en psychiatrie (60,4 %) qu'il y est surtout question de violence physique et donc de victimes traumatisées. Enfin le sentiment de culpabilité est éprouvée par 18,6 % des victimes, d'autant plus en gériatrie (38,2 %) que le sentiment d'impuissance que renvoie la personne âgée est fort.

En ce qui concerne les conséquences médicales, les résultats sont difficiles à interpréter car les victimes qui ont répondu à cette question ont relié de façon subjective les conséquences sur leur santé à la

violence. Nous constatons tout de même que 40,8 % de la population victime de violence souffre d'épuisement et de démotivation (la violence n'en est peut-être pas la cause principale mais elle contribue au Burn-out syndrome), 31,5 % souffrent de stress / anxiété et 2,7 % ont reconnu avoir les signes d'un état de stress post-traumatique, pathologie de la violence. Il est donc légitime de considérer la violence comme un risque professionnel pour le personnel soignant. La poursuite du travail n'est pas complètement dénuée de complications avec 19,3 % des reprises du travail difficiles : difficulté de reprendre au même poste (12,1 %), arrêt maladie (4,2 %), reclassement / changement de poste (2,8 %) et invalidité (0,2 %).

Nous avons également évalué les prises en charges des conséquences de la violence en cas d'agression importante : l'écoute et le soutien des collègues est rapporté à 71,9 %, par contre seulement 2,8 % des représentants hiérarchiques sont présents sur le lieu de l'agression. Seulement 12,2 % des agressions sont déclarées en accident de travail. Enfin les prises en charge et suivi médicaux sont peu existants : 8,1 % de groupe de parole, 8,8 % de suivi par le médecin traitant et 1,5 à 3,2 % par la médecine du travail. Il n'y a pratiquement pas de différence avec la prise en charge des actes mineurs et des incivilités. L'absence (1,6 %) de déclaration sur un registre de ces dernières ne permet pas l'évaluation des conséquences des incivilités au quotidien (que nous n'avons pas pu mesurer).

La stratégie de prévention sera d'autant plus aisée que la loi de modernisation sociale réforme le concept de santé au travail en précisant qu'il s'agit de « santé physique et mentale ». Elle passe d'abord par la reconnaissance de la violence comme risque professionnel avec la participation de l'employeur, du CHSCT, des services de santé au travail, voire l'organisme de la sécurité sociale, l'inspection du travail et l'ANACT. La stratégie de prévention se définit en trois axes : agir en amont de la violence, gérer les situations conflictuelles et prendre en charge les victimes.

Agir en amont de la violence, c'est agir sur les « stressés professionnels ». Cela passe par une prise de conscience du problème par échanges qui va aboutir à un recadrage, une redéfinition des tâches et des rôles de chacun dans la reconnaissance du travail. Dès lors que le soignant est bien dans son rôle, il peut mieux appréhender ce qui est caractéristique de la relation d'aide. Par ailleurs, il s'agit de réhumaniser l'hôpital (par des infirmiers d'accueil et d'orientation aux urgences par exemple), de développer l'information à l'usager, dans les secteurs de

pathologies agressives, organiser des réunions de synthèse et de soutien, la mixité des équipes quand cela est possible.

Gérer les situations conflictuelles passe par les formations à l'accueil, à la gestion du stress et / ou à la gestion de situations conflictuelles afin d'apprendre à établir un diagnostic de « rapport de force ». La formation doit être accompagnée par l'information qui permet de sensibiliser le personnel sur la connaissance et la reconnaissance du risque, les protocoles d'intervention et le droit du retrait. Par ailleurs, l'hôpital ne peut assurer seul la sécurité d'un lieu largement ouvert au public. D'où l'importance d'organiser un partenariat avec toute instance en mesure d'apporter une contribution à la sécurité.

Enfin que faire une fois que la violence a éclaté ? Pour les cas d'agression importante, des protocoles ont été élaborés par un groupe de médecins du travail avec le Dr Gournay (médecin inspecteur du travail) en Basse-Normandie dont les principes sont la lutte contre l'isolement de la victime, la déclaration en accident de travail, le groupe de parole, le suivi médical, voire l'accompagnement socio-judiciaire. En cas d'incivilité, il est important avoir une main courante (déclaration sur registre) et il faut savoir qu'une déclaration en maladie professionnelle est possible si l'IPP est supérieure à 25 %, à défaut une déclaration de maladie professionnelle auprès de l'inspection médicale du travail est recommandée.

Au total, la violence en milieu hospitalier devrait être considérée comme un risque professionnel pour le personnel soignant et être traité comme tel.

Bibliographie :

- (1) CHAPPELL D., DI MARTINO V.
La violence au travail. - Genève : Bureau International du Travail, 1998.
- (2) DEBOUT M.
Travail, violence et environnement.
J.O. Avis et rapport du Conseil Economique et Social, 1999, (20), 145 p.
- (3) DEJOURS C.
Travail, usure mentale. - Nouvelle édition augmentée - Paris : Bayard Édition, 2000.
- (4) EUROGIP.
Conférence européenne. La violence au travail en Europe (Paris 2-3 novembre 2000).
Paris : EUROGIP, 55 rue de la Fédération, 75015, tel : 01.40.56.30.40, 2000.
- (5) LEGERON P.
Le stress au travail. - Paris : Odile Jacob, 2001.
- (6) MOLINIER P.
Psychodynamique du travail et construction du collectif infirmier.
Spécificité des stratégies défensives et des règles de métier dans les équipes de femmes.
Arch. Mal. Prof. Med. Trav., 1996, 57 (6), 465-475.
- (7) TROCHME N.
L'infirmière confrontée à la violence.
Soins Form. Pédagog. Encadr., 1993, (7), 54-60.



JOURNÉE Association CROIX MARINE

Jeudi 20 Novembre 2003, FLERS

Comment générer de la Violence dans un Service (calme en apparence) en quelques Leçons ?
Jérôme ORANGE, Cadre Supérieur de Santé, Secteur de Psychiatrie Générale, Flers - Domfront

La violence est un sujet qui, en général, ne porte pas à rire. Humour et violence sont deux termes plutôt antinomiques.

Alors, me direz-vous ? Pourquoi avoir donné ce titre à mon intervention ? Alors que la plupart d'entre nous cherchons avant tout à l'éviter, à trouver les moyens de la limiter ou à la solutionner, pourquoi vouloir traiter des moyens de déclenchement de la violence ? Quel intérêt aurions-nous (à moins d'être complètement pervers...) à générer de la violence dans un endroit paisible ? De fait, cela n'a rien de risible... Mais il nous a semblé, lors de la préparation de cette journée, qu'il serait peut-être plus parlant (et plus aisé aussi...), dans un temps limité, de prendre les choses à l'envers, de partir des éléments qui peuvent déclencher l'agressivité, la violence d'un individu ou d'un groupe, plutôt que de tenter de décrire le service « idéal » qui, bien sûr, n'existe pas.

Je vous propose donc une description ou une construction, une visite progressive de ce service où nous souhaitons générer de la violence. Je partirais de l'organisation architecturale (la plus visible d'emblée), en passant ensuite par l'équipe, puis son organisation et celle des soins.

Alors, commençons par :

Le CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL :

En premier lieu, il faut un bâtiment isolé (c'est-à-dire sans aide extérieure possible) et surtout sans espaces verts autour, parce que l'on sait que lorsque vous êtes « nerveux », une petite marche à l'extérieur permet de se détendre et cela risque de limiter les effets que nous cherchons à mettre en place...

Si vous êtes à l'hôpital général, vous avez la possibilité de « coincer » ce service de psychiatrie dans les étages, entre d'autres services de soins généraux. On vous demandera très rapidement de le fermer à clé, pour limiter la déambulation des patients dans le bâtiment parce que ça fait désordre.

Le CONTEXTE ARCHITECTURAL :

Plus le service sera exigu et dégradé, mieux ce sera. En tout cas, un espace limité qui contraint les patients et l'équipe à une promiscuité au quotidien.

Si possible, pas de chambres individuelles (ou très peu), mais plutôt des chambres à plusieurs (à 3 lits, par exemple, c'est bien : 3, c'est un bon chiffre. Vous pouvez être sûr qu'il y en aura au moins un qui ne s'entendra pas avec les deux autres...). Malheureusement, n'espérez pas recréer les « dortoirs d'antan » : malgré toute la bonne volonté de nos directeurs, je ne crois pas qu'ils soient d'accord pour vous en remettre à disposition...

Il faut limiter au maximum, voire supprimer les espaces, permettant aux personnes une possibilité de retrait vis-à-vis du groupe : bibliothèque, salons TV, pièces d'accueil pour les familles, bureau d'entretien, etc., sont à proscrire... Ça ne sert à rien ! (Vous le verrez par la suite) Et ça fait du chauffage et du ménage en moins... Économies, économies !

Des sanitaires, mais plutôt collectifs, si possible mal entretenus, et en tout cas ne respectant pas l'intimité des personnes. En plus, des lieux comme ça, ça favorise les agressions de toutes sortes, surtout si l'équipe est occupée ailleurs et ne les surveille pas trop.

Ensuite, l'endroit qui n'est pas indispensable bien sûr, c'est la chambre d'isolement, parce que si vous en utilisez une, vous allez, là encore, limiter l'atteinte de l'objectif. Ou alors, vous vous arrangez pour qu'elle soit toujours occupée (Normalement, les occasions ne vont pas manquer). Bien entendu, je vous déconseille l'utilisation des fameux « protocoles de prise en charge en isolement ». Laissez chaque membre de l'équipe décider de son utilisation selon son bon vouloir, sans obliger à informer ou déranger le médecin à chaque fois,.... qui n'aime pas toujours ça !

Le bureau des infirmiers, il faut qu'il soit, si possible, éloigné du lieu où sont les patients. La surveillance est plus difficile et cela favorisera les « clashes » entre eux. En plus, ça fait un alibi aux soignants... Ils sont plus au calme et moins dérangés.

Le bureau médical, je ne sais pas si c'est vraiment utile d'en avoir un dans le service. Par rapport à l'organisation que je vais décrire ensuite, je ne suis pas sûr que ce soit nécessaire.

Les autres intervenants (psychologue, assistante sociale) n'ont pas besoin de bureau spécifique. Si ils tiennent à intervenir dans ce service, ils utiliseront les bureaux existants ou devront se « débrouiller ». De toute façon, ils ne sont jamais là quand on en a besoin !

Le MOBILIER HÔTELIER :

Pourquoi « hôtelier », je vous le demande ? Un service de psychiatrie, c'est bien connu et pour les patients qui ne le savent pas encore, on se dépêche de leur expliquer : « Ce n'est pas le Club Méd. ! » Bref ! Le mobilier doit être limité. Ce n'est pas la peine de s'échiner à le remplacer ou à vouloir un service « super déco ». Les agents des services techniques, ils le disent bien : « Les patients « psy », ils cassent tout le temps... ». D'ailleurs, certains se demandent parfois si le personnel ne les laisse pas faire...

L'ÉQUIPE « SOIGNANTE » :

Alors là, le choix et la composition de l'équipe sont essentiels pour la réussite de notre projet !

Hiérarchie oblige, je commencerais par le Médecin. Plusieurs possibilités s'offrent à nous :

Dans l'idéal, il est jeune et débute dans la carrière. Il n'a donc pratiquement pas d'expérience. Si, en plus, le Chef de Service lui impose le service et qu'il n'y a pas d'intérêt, c'est mieux. Et puis, par la suite, il ne viendra pas trop dans le service ; ce sera parfait. Sinon, vous pouvez en prendre un plus âgé, mais surtout désabusé et fatigué. Normalement, le résultat sera le même. S'il a un petit côté pervers, c'est pas mal non plus...

Ensuite, vous avez le Cadre, mais ce n'est pas obligatoire. Vous pouvez en mettre un à temps « très partiel ». Pas du tout, ce serait mieux, parce qu'il n'y aurait personne pour « encadrer » l'équipe et « recadrer » les patients. Si on vous en propose un quand même, malgré la pénurie, toujours les mêmes principes : soit jeune et inexpérimenté, soit avec plus de « bouteille » et usé. Mais surtout, surtout, pas de ces « jeunes cadres dynamiques » qui veulent tout gérer et demandent que tout soit réfléchi, discuté, ait du sens, et j'en passe.

Ensuite, l'équipe soignante.

Alors, un impératif, ou plutôt deux :

- En sous-effectif (c'est essentiel), sinon, s'il y a suffisamment de monde, vous en aurez toujours un ou deux, qui trouveront le temps de faire des entretiens, des accompagnements, des activités, etc. Bref, juste de quoi vous mettre le projet « violence » par terre !
- Jeune aussi l'équipe ! Inexpérimentée au possible ! Cela permet une bonne ambiance bien angoissée.

Donc, vous avez une équipe en sous nombre et qui débute. Elle ne sait pas comment gérer les patients, les problèmes, les soins, Une équipe qui n'est pas rassurée, qui « transpire » l'angoisse, vous pouvez être certain que cela va « dégouliner » rapidement sur le groupe de

patients. Les premiers symptômes « agressivité - violence » devraient apparaître rapidement.

Bien sûr, vous pouvez mettre quelques anciens, mais pas trop. Soit aussi désabusés que la hiérarchie décrite précédemment, soit qui n'auront pas eu le choix du service. Si vous prenez des infirmiers aguerris et encore motivés, de toute façon, s'ils sont peu nombreux, ils devraient se fatiguer rapidement à essayer d'encadrer et former les jeunes. Ils pourraient même se mettre à boire... Normalement, de l'agressivité « vieux - jeunes » devrait également apparaître. D'autant que les jeunes, actuellement, ils bougent beaucoup, et donc l'équipe devrait se renouveler souvent. Alors, il n'y a pas trop de craintes à avoir concernant « l'accumulation d'expérience », comme disent certains. Au-delà de ces deux impératifs, d'autres possibilités s'offrent à vous : Pas ou très peu de mixité (C'est assez facile vu que le nombre d'hommes en psychiatrie est en chute libre...). Bien sûr, il n'est pas interdit de sélectionner quelques « gros bras », de ceux qui aiment l'action...

Pas trop d'A.S.H. non plus, sinon, ils sont capables de vous mettre le service « nickel chrome », malgré tous vos efforts...

Des Aides-soignants ou des Aides Médico Psychologiques, la question se pose. Ces soignants-là font du nursing auprès des patients et risquent également de limiter les effets attendus.

Les PATIENTS

Bien sûr, les patients vont avoir un rôle important à jouer. C'est en grande partie eux qui vont exprimer les symptômes agressivité - violence. Normalement, toute personne, quelle qu'elle soit, devrait être prise dans l'ambiance et réagir de la même façon. Mais vous pouvez aider un peu. Si vous avez la possibilité d'exprimer un choix sur les entrées, essayez de recruter quelques « états - limites » : un pervers et deux toxicomanes peuvent aider à faire monter l'ambiance dans le service. Si vous avez la possibilité d'avoir également un ou deux adolescents de type « patates chaudes », ce sera parfait.

L'ORGANISATION du SERVICE et des SOINS :

Un point là encore essentiel pour atteindre l'objectif : Limitez au maximum toute forme d'expression, de communication, d'échange, que ce soit en interne ou avec l'extérieur.

Cela va être difficile, je sais. Surtout que l'époque actuelle ne va pas dans ce sens. Mais je vous rappelle que vous êtes dans un service isolé et/ou fermé. De plus, ce n'est pas le genre de service où « l'extérieur » se précipite.

Donc, plusieurs étapes à mettre en œuvre et à respecter :

- On ne change pas une équipe qui gagne ! N'instaurer surtout pas de mobilité des agents entre vos structures ; ça renouvelle la dynamique, les questionnements, Bref, que des « emmerdes » quoi !
- Limitez au maximum les temps de réunion ! Supprimez les temps de transmissions ! Parce que l'on sait bien que ces moments-là favorisent les échanges et les relations entre les équipes... Pas de ça ! En plus, avec les 35h et les nécessités de gain de temps, vous avez un alibi en béton.

Les réunions de synthèse, ce sera plus difficile de les supprimer. Si vous n'en faites pas, cela risque d'être louche. Mais il y a toujours des recettes pour limiter les effets : annulez-les au dernier moment, faites que le médecin et le cadre arrivent systématiquement en retard, ne respectez pas l'ordre du jour ou ne discutez que d'un seul point (le moins important) pendant 3h, ne laissez pas la parole ou répondez à côté, etc. [Je sais que vous avez encore plein d'autres idées ! Si des décisions parviennent à être prises, bien sûr, essayez de ne pas les tenir].

Bien sûr, pendant les quelques temps de réunion (malheureusement incontournables), les patients doivent rester seuls. Et surtout, personne dans l'équipe n'est disponible pour leur répondre et ne leur donne de délai. C'est important ça, le délai, pour générer de l'agressivité. L'équipe ne doit pas donner de réponses précises et rester dans le flou : « Je ne sais pas... Vous voyez bien qu'on est en réunion ! On verra

plus tard... Quand ? Je ne sais pas, on viendra vous chercher... ». Le patient ne doit surtout pas maîtriser la situation et est tenu de se soumettre au bon vouloir de l'équipe. Et puis, c'est connu, un patient, c'est toujours impatient et ça doit être patient...

- Des entretiens avec les patients, point trop n'en faut non plus ! Moins ils pourront exprimer leurs problèmes et ce qu'ils attendent de vous, moins vous leur expliquerez le traitement, les soins, le mode d'hospitalisation et leurs droits, le moment où le médecin passera... (d'ailleurs vous ne le savez pas non plus ! plus il y a de chances pour qu'ils deviennent agressifs.)

Bien sûr, il ne faut pas non plus que les soignants soient trop présents auprès d'eux et gèrent de trop près les problèmes relationnels qui peuvent se poser. Mais vu l'effectif disponible et la distance du bureau, cela devrait aller !

- Pas de règlement intérieur écrit ! Bien sûr, il y en existe un, mais dans la tête des soignants seulement, et bien sûr, différent d'une tête (de soignant ou de patient) à l'autre.

En terme de non-communication, ma description est loin d'être exhaustive. Je laisse chacun d'entre vous y ajouter des éléments issus de sa propre expérience.

CONCLUSION :

J'ai brossé ce qui peut constituer, à mon sens, la liste des ingrédients de base d'une organisation permettant d'aboutir à des comportements violents ou agressifs :

Une architecture amenant à une ghettoïsation,

deux groupes (gérés par un troisième : la hiérarchie ?) n'ayant pas de maîtrise sur leur situation respective,

Et une organisation où la communication est limitée au strict minimum.

Beaucoup d'autres éléments pourraient être ajoutés dans l'aménagement et l'organisation de ce service, mais je suis certain qu'il y en a déjà suffisamment pour parvenir à l'objectif de départ :

Déclencher de l'agressivité et de la violence. Il suffit maintenant de « laisser chauffer » et ça va « péter » dans ce service... Plus ou moins souvent, à différents niveaux : entre patients, entre patients et soignants et entre professionnels... De plus, une fois que tout est en place et que ça commence, c'est comme en chimie, cela fait « réaction exothermique » ; c'est-à-dire que la chaleur augmente toute seule, vous n'avez plus besoin de vous en occuper. D'ailleurs, il vaut mieux vous « garer » ! Et puis, plus ça « pète », plus ça cogne et plus vous avez d'arrêts maladie, ou de démissions, et puis plus « d'Iso » aussi, etc. Et donc, cela s'amplifie toujours... Le bonheur, quoi !

Vous pouvez alors faire appel au psychologue, mais en vous y prenant bien, vous arriverez rapidement à le disqualifier... Et il pourra, tout aussi rapidement, aller se réinstaller dans son bureau au CMP...

Évidemment, si cela fonctionne bien pour un service, vous pouvez étendre tout cela à un établissement sans problème, ou à une entreprise,

Bon, je vais arrêter là, parce que je sens que je m'échauffe aussi. C'est fou ce que c'est contagieux la violence !

Bien entendu, si vous n'êtes pas un adepte de la « baston » et que vous recherchez plutôt une ambiance de travail sereine et épanouissante, des soins de la meilleure qualité possible, des relations et une communication optimum, etc., alors, observez autour de vous, écoutez, regardez (sans vous oublier !) et vous repèrerez très certainement quelques-unes des situations décrites.

J'ai prévu un post-scriptum. Et là, je me trouve « embêté », parce que si certains d'entre vous me disent qu'ils connaissent un service « presque » pareil, vraiment ça m'embête...

POST-SCRIPTUM :

Toute ressemblance ou similitude avec un service ou une équipe existante n'est que le fruit du hasard (ou projection de votre part) messieurs dames ! Ce service, cette équipe sont pure fiction. Ils n'existent pas dans la réalité... ou n'existent plus. Cela fait maintenant plus de 30 ans que nous avons pu lire « Asylums » d'Erving GOFFMANN et « Histoire de la folie à l'âge classique » de Michel FOUCAULT.

Je vous remercie de votre attention.