

INCONSCIENT ET CULTURE

La violence dans le soin

Albert Ciccone

C. Bonnefoy

Ch. Leveque

E. Bonneville-Baruchel

A. Paillard

É. Calamote

V. Rousselon

J.-B. Desveaux

L. Syp-Sametzky

M. Garot

E. Veyron La Croix

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
	

© Dunod, Paris, 2014
 ISBN 978-2-10-070604-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

LISTE DES AUTEURS

Catherine BONNEFOY est psychologue à Lyon.

Emmanuelle BONNEVILLE-BARUCHEL est psychologue, docteur en psychologie, maître de conférences à l'université Descartes-Paris 5.

Éric CALAMOTE est psychologue à Saint-Étienne, docteur en psychologie, maître de conférences associé à l'université Lumière-Lyon 2.

Albert CICCONE est psychologue à Vienne, professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Jean-Baptiste DESVEAUX est psychologue à Vienne et à Lyon.

Matthieu GAROT est psychologue à Saint-Étienne et à Lyon.

Christophe LÉVÊQUE est psychologue à Valence.

Anne PAILLARD est psychologue à Caen.

Valérie ROUSSELON est praticien attaché et psychothérapeute au CHU de Saint-Étienne.

Laurence SYP-SAMETZKY est psychologue à Lyon.

Estelle VEYRON LA CROIX est psychologue à Grenoble.

SOMMAIRE

LISTE DES AUTEURS III

INTRODUCTION 1
ALBERT CICCONE

PREMIÈRE PARTIE

FORMES ET SOURCES DE LA VIOLENCE DANS LE SOIN
ALBERT CICCONE

1. **Violences des requêtes sociales** 15
2. **Violences des logiques institutionnelles** 41
3. **Violences transférentielles et contre-transférentielles dans la relation de soin** 57

DEUXIÈME PARTIE

SCÈNES DE VIOLENCE

4. **Une institution en quête de sens**
Chronique d'un groupe d'analyse de la pratique dans une institution médico-sociale naissante 75
JEAN-BAPTISTE DESVEAUX
5. **L'urgence et le soin**
Scène de « violence thérapeutique » en maternité 93
ÉRIC CALAMOTE

6. La mort dans l'âme...	
<i>Violences sociales et institutionnelles face à la déficience intellectuelle</i>	111
ESTELLE VEYRON LA CROIX	
7. Enfants placés, oubliés, négligés	
<i>Penser les violences institutionnelles en protection de l'enfance</i>	133
EMMANUELLE BONNEVILLE-BARUCHEL	
8. Des aménagements cliniques et institutionnels pour composer avec l'autisme et l'altérité « culturelle »	
<i>« Découvrir » nos violences</i>	153
VALÉRIE ROUSSELON	
9. Espaces thérapeutiques ouverts ou fermés ?	
<i>Violence ordinaire dans le soin en hôpital de jour pour enfants</i>	177
CHRISTOPHE LÉVÊQUE	
10. Désaccordages, échecs, violences dans la rencontre patient-soignant	193
ANNE PAILLARD	
11. Paradoxalité des soins en oncologie adulte	
<i>Différentes figures de violence</i>	211
LAURENCE SYP-SAMETZKY	
12. La violence dans le soin auprès d'enfants atteints de maladie chronique grave	
<i>« L'enfer est pavé de bonnes intentions »</i>	227
CATHERINE BONNEFOY	
13. Les enclaves cloacales du lien	
<i>À propos de l'« Exclusion » (cette gorgone)</i>	241
MATTHIEU GAROT	
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	285
<i>INDEX DES NOMS</i>	297
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	301

INTRODUCTION

Albert Ciccone

CE LIVRE traite la question de la violence dans le soin, des formes et des sources de cette violence. L'activité de soin concerne ici le soin psychique mais aussi le soin somatique, voire le soin social, les praxis qui s'adressent aux sujets porteurs de troubles ou de souffrances psychiques et/ou de troubles somatiques, fonctionnels, corporels, voire qui souffrent d'exclusion, de difficultés d'intégration dans la communauté sociale – ce qui est une forme de souffrance psychique. L'objet de cet ouvrage est de tenter de comprendre les enjeux de la violence dans le soin, d'en dégager les sources, d'en préciser les formes, d'en proposer éventuellement des voies de sortie.

La violence ici en question est rarement reconnue par les protagonistes. Elle infiltre pourtant les pratiques de soin, les conditionne souvent, détourne parfois l'objet des pratiques – ou résulte d'un tel détournement.

La question des violences bruyantes et manifestes dans les institutions, celles qui prennent la forme de maltraitances, de sévices, de négligences, d'abus sexuels, n'est pas abordée directement. Certains auteurs ont bien étudié et dénoncé ces violences, restées longtemps cachées, taboues¹. Si elles restent encore souvent clandestines, un certain nombre d'entre elles ont été révélées et ont donné lieu à une littérature importante. Elles peuvent concerner les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les malades mentaux, les sujets porteurs de handicaps. Les violences sexuelles sont restées longtemps ignorées (il fallait protéger les secrets de famille tout comme la réputation des établissements et des associations gestionnaires), et la violence faite aux bébés, aux personnes handicapées ou aux personnes âgées a été reconnue de façon encore plus tardive, dans les institutions comme dans les familles (*cf.* Salbreux, 2009).

1. *Cf.* par exemple les écrits de Stanislaw Tomkiewicz (Tomkiewicz et coll., 1991 ; Tomkiewicz, 1997), Roger Salbreux (2009), ou d'autres.

Si leurs sources sont probablement pour certaines d'entre elles proches de celles qui seront envisagées, ces violences et maltraitances plus ou moins manifestes ou clandestines ne sont pas l'objet du présent travail. La réflexion ici s'intéresse essentiellement à des formes de violences apparemment anodines, pas toujours repérées, rarement reconnues, mais toujours sources de grande souffrance.

VIOLENCE INÉVITABLE DU SOIN

Il convient d'abord de dire que le soin en général, et le soin psychique en particulier, contient une part inévitable de violence. Le soin du psychisme est par essence porteur d'une certaine violence. Il n'y a pas de plus grave outrage que de pénétrer dans la vie privée du psychisme d'un autre, disait Bion (1983). Par ailleurs, l'interprétation que suppose la tentative de compréhension de la subjectivité de l'autre, tout comme la mise en sens du monde telle qu'elle lui sera proposée, est en partie une violence. Piera Aulagnier (1975) parlait de la « violence de l'interprétation ». Cela vaut pour l'interprétation du monde que fait un parent pour un bébé comme pour la mise en sens que fait un soignant, un psychanalyste, de la réalité subjective d'un patient. Le soin psychique confronte d'une manière ou d'une autre au narcissisme, aux enjeux narcissiques, à la vision narcissique du monde du patient, et cette confrontation est inévitablement en partie violente. Si le soin du psychisme contient de la violence, il en est de même de l'aide apportée au corps, avec les exigences d'adaptation, de réparation, de mieux-être qui la constituent. Et il en est de même des tentatives de réduction de la marginalité, de l'exclusion.

Parmi les formes de cette part inévitable de violence que contient le soin, on peut évoquer la séduction. Le soin psychique, corporel, social contient une dose inévitable de séduction, qui est une forme de violence. Il faut, en effet, convaincre l'autre qu'on lui veut du bien, qu'il doit parfois participer à un projet qui n'est pas pleinement le sien mais d'abord celui du soignant, et qui n'apporte pas un mieux-être ou un réconfort immédiat ; il faut que le patient accepte *a minima* le désir qu'a le soignant à son égard, même si ce désir concerne le fait que le patient doit avoir un désir pour lui-même et par lui-même. Une part de séduction, forme de violence, est donc intrinsèque au soin.

Mais si des formes de violence sont inhérentes au soin, il existe bien sûr des violences évitables, inutiles.

VIOLENCES ÉVITABLES, INUTILES ET FAILLES CONTRE-TRANSFÉRENTIELLES

Ces violences dans le soin peuvent être spectaculaires et dramatiques, ou bien beaucoup plus discrètes et clandestines, méconnues de leurs auteurs ou de leurs acteurs, et parfois même de leurs victimes. Et c'est à ces dernières, à leurs formes et à leurs sources, que je vais d'abord m'intéresser, dans la première partie de cet ouvrage. D'où viennent ces violences ? Comment les comprendre ? Quelles formes revêtent-elles ? J'envisagerai les formes et sources sociales, institutionnelles et inter-individuelles de la violence dans le soin. La deuxième partie présentera différentes scènes de violence, pour lesquelles les contributeurs tenteront de comprendre les enjeux qui se déploient, à partir de ces différentes sources.

On peut dire que toutes les formes de violence plus ou moins déguisée qui seront évoquées sont toujours au bout du compte des aménagements d'un contre-transfert non élaboré – que ce soit au niveau individuel, institutionnel ou social – face à la violence que font vivre les patients et leur pathologie, et relativement à l'attente qu'ont les soignants, tout comme les institutions ou le social, vis-à-vis des patients.

L'agrippement à des postures théoriques, idéologiques, protocolaires, organisationnelles, politiques, éloigne de la subjectivité et du corps des patients, empêche d'entendre ce que leur psychisme et leur corps disent. Tout comme l'application d'une règle ou d'un règlement éloigne de la véritable loi « humaine » et de la véritable relation : s'arrête-t-on à un feu rouge ou attache-t-on sa ceinture de sécurité parce que le code de la route nous l'impose, ou bien pour éviter d'écraser celui qui vient en face et pour protéger notre propre vie ? Dans le premier cas la règle est intégrée, mais pas la loi humaine du respect de la vie, contrairement au deuxième cas. Mais pour intégrer cette loi et ne pas masquer ce manque d'intégration par des agis qui ne respectent que la règle, et qui tout en respectant la règle et le règlement sont porteurs de violence et agissent la violence, encore faut-il que le contre-transfert « de la vie quotidienne » soit suffisamment élaboré, afin de pouvoir repérer et transformer la violence qui pourrait nous donner parfois envie d'écraser notre concitoyen au carrefour.

Il en est de même pour la réponse sociale, politique, à la violence, à la pathologie psychique. La véritable prise en compte par le social des sujets eux-mêmes supposerait, entre autres, une élaboration, illusoire bien sûr, pour chacun et pour le collectif, des mouvements « contre-transférentiels » (entre guillemets), face à la déviance, face à la violence.

Ce n'est bien sûr pas ce qui se passe. On peut régulièrement observer la manière dont, à un acte violent d'un adolescent, d'un schizophrène, massivement médiatisé, le social, le politique, répond par un acte : un projet de loi. Il n'y a aucune élaboration – de la culpabilité ou de la responsabilité collective, par exemple.

Le défaut d'élaboration contre-transférentielle produit de la violence et conduit à des « impasses » dans le soin – et on peut même dire que toute impasse est toujours l'effet d'une élaboration insuffisante du contre-transfert, comme le développe aussi Herbert Rosenfeld dans son ouvrage *Impasse et Interprétation* (1987). Seule l'élaboration suffisante du contre-transfert peut améliorer le contact avec nous-mêmes et avec nos patients, et nous permettre d'entendre ce que disent notre corps et notre psychisme, tout comme le corps et le psychisme de nos patients. Il en est de même des éléments contre-transférentiels qui concernent un groupe institutionnel, une équipe, voire une organisation sociale. Seule leur élaboration garantit une position « humaine », « humaniste » face à la maladie, à la psychopathologie et aux sujets tourmentés par la souffrance physique ou psychique.

PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES CONTRIBUTIONS

La première partie est consacrée aux formes et aux sources de la violence dans le soin. J'engage une réflexion sur la violence sociale et les sources sociales et sociopolitiques de la violence (chapitre 1), la violence institutionnelle et les sources institutionnelles et organisationnelles de la violence (chapitre 2), la violence interindividuelle au sein de la relation soignante et ses sources transférentielles et contre-transférentielles (chapitre 3)¹. Il s'agit toujours de violences clandestines, inconscientes, méconnues de leurs auteurs et parfois de leurs victimes.

Le premier chapitre traite des sources de violences liées au modèle économique et sa langue marchande qui envahit l'espace social et les lieux de soin, ainsi qu'à la fonction sociale de l'expert qui consiste en partie à distribuer des illusions. L'impossibilité notamment d'être expert de la réalité psychique est argumentée. Une réflexion est aussi développée sur les valeurs qui font l'objet de la pression sociale, et avec lesquelles les fondements de la position clinique sont en contradiction, ainsi que

1. Je reprends, poursuis et développe certains travaux déjà publiés sur cette question (Ciccone, 2008^{ab}, 2009, 2010, 2013 ; Ciccone et Ferrant, 2009).

sur les violences attachées aux représentations sociales de la pathologie, du handicap, de la folie.

Le chapitre 2, après un rappel des principaux travaux qui ont souligné la violence potentielle des organisations institutionnelles, critique la notion de « pluridisciplinarité », attachée à de nombreuses institutions de soin, pour lui préférer celles d'« interdisciplinarité » ou de « transdisciplinarité ». Il met en évidence la façon dont la distribution des rôles et des fonctions dans l'institution ne correspond pas à la réalité du travail qui s'y opère et notamment aux effets réels de soin, qui ne respectent pas le partage disciplinaire. Comme dans le chapitre précédent, les effets désubjectivants de la technicité comme modèle idéologique au service de la normativité sont pointés, et une argumentation est développée concernant l'antagonisme entre les logiques du soin et les logiques de l'organisation institutionnelle, notamment hiérarchique. La prescription et l'indication de soin, qui sont l'effet de cette organisation hiérarchique, sont considérées comme potentiellement productrices de violence. Enfin, est développée l'idée selon laquelle l'institution, notamment l'institution psychiatrique, est un lieu de souffrance. Une illustration en est donnée en particulier à partir des aléas du rapport psychologue/psychiatre.

Dans le troisième chapitre sont envisagés les défauts de « préoccupation soignante primaire » et le transfert des soignants comme sources de violences dans l'intimité de la relation de soin, ainsi que la violence des affects potentiellement mobilisés dans le soin (la haine, la honte, la culpabilité). La violence interindividuelle dans la relation soignante est appréhendée dans sa dimension de symptôme contre-transférentiel, ici encore plus pleinement que précédemment, et différentes figures de cette violence sont proposées et explorées : le gel des affects ou l'indifférence, la non-écoute ou la pseudo-écoute, les interprétations ou réponses rétro-sives, la jouissance, la fétichisation ou l'idéologisation, les collusions et les désaccordages ou dysrythmies dans le lien thérapeutique.

La deuxième partie présente des scènes de violence, dans lesquelles sont mises en évidence l'une ou l'autre ou plusieurs des formes et des sources de violence précédemment décrites. Les auteurs des chapitres de cette deuxième partie sont tous des praticiens confirmés du soin psychique, psychanalytique, et font partie de mon groupe de recherche à l'université ou de mon groupe de formation psychanalytique, voire des deux. Je les remercie chaleureusement de leur contribution et salue leur éclairage pertinent des logiques de la violence dans le soin à la lumière de leur propre expérience, dans des contextes chaque fois différents, et

avec chaque fois des apports et des prolongements particulièrement utiles à la réflexion d'ensemble¹.

Jean-Baptiste Desveaux présente dans le chapitre 4 une très intéressante chronique institutionnelle, décrite de façon très vivante, où l'on assiste au déploiement insidieux de puissants mouvements destructeurs, tels qu'on peut les observer dans de nombreuses institutions. À partir d'une expérience d'analyse de la pratique des professionnels, l'auteur nous fait vivre la violence dont il est témoin, dont il partage les effets, qu'il essaie de comprendre, toujours avec implication et curiosité malgré les répétitions des situations délétères. Il montre comment il se débat avec la question de l'écart entre les propos concernant la violence institutionnelle et la réalité des événements – question à laquelle nous sommes toujours confrontés dans le travail clinique –, et cherche à trouver une position juste. Il souligne les enjeux sociaux, institutionnels, et leurs emboîtements avec le contexte particulier des liens interindividuels. Il montre comment la parentalité institutionnelle est en faillite, ce qui est à la fois une source et une conséquence de la violence.

Dans le chapitre suivant, Éric Calamote envisage la part de violence que peut contenir l'intervention en urgence du psychologue dans un service hospitalier de maternité. À partir de l'analyse clinique d'une situation de consultation demandée en urgence par une équipe pour une patiente qui a accouché « sous X » après un déni de grossesse et qui, elle, n'a rien demandé, Éric Calamote questionne avec justesse l'intérêt et les limites d'une telle intervention. Avec beaucoup d'honnêteté dans sa manière de nous faire partager ses éprouvés contre-transférentiels voire ses cauchemars, l'auteur rend compte de la violence que fait vivre la situation clinique elle-même, et de la violence dont le dispositif de soin est porteur, violence agie avec le consentement du psychologue, et dont les sources se trouvent en partie dans le regard social porté sur ces situations. L'auteur interroge ainsi avec pertinence l'influence du religieux sur le fait thérapeutique, sur les présupposés théoriques, sur les dispositifs de soin. Il montre comment le religieux infiltre la représentation laïque du soin, comment la culpabilisation et la rétorsion agissent sous l'allure de la bienveillance. Si le dispositif est porteur de violence, Éric Calamote montre aussi de façon remarquable combien cette violence peut aussi être organisatrice, dans ce qu'elle permet

1. Certains des coauteurs ont déjà participé à une aventure similaire, sur un autre thème, dans un ouvrage intitulé *La Part bébé du soi, approche clinique*, et renouvellent ici l'expérience (Bonneyfoy, 2012 ; Bonneville, 2012a ; Calamote, 2012 ; Garot, 2012ab ; Paillard, 2012).

comme rencontre, dans ce qu'elle rend possible comme partage de l'expérience, reprise élaborative, et à condition qu'elle soit tempérée par le tact du clinicien.

Le chapitre 6 concerne la déficience intellectuelle ou handicap mental. Estelle Veyron La Croix éclaire le rapport du social au handicap mental. Elle décrit le parcours malheureusement classique et ordinaire des sujets atteints par une déficience intellectuelle, et dont l'intégration sociale relève d'une large hypocrisie. Elle examine de manière très instructive les représentations sociales et mythes qui stigmatisent le handicap, dénie l'humanité du sujet porteur de handicap, voire le rapprochent du monde animal, ou le considèrent comme un éternel enfant. Elle décrit les figures du bienheureux, de l'idiot, du sauvage. Toutes ces représentations sont bien toujours actuelles, malgré les efforts politiques réels pour améliorer les conditions sociales des handicapés. Estelle Veyron La Croix souligne les violences institutionnelles, les dérives marchandes, les logiques de contrôle et d'emprise sous couvert d'accompagnement et d'éducation. Elle pointe avec justesse le désengagement affectif, l'utilisation fétichique du savoir psychologisant pour maintenir à distance la monstruosité du handicap qui pourrait toucher un point de similitude chez celui qui est censé s'en préoccuper. Elle met en évidence les effets délétères de ces violences quotidiennes insidieuses.

Emmanuelle Bonneville-Baruchel discute ensuite, dans le chapitre 7, des violences institutionnelles auprès des enfants placés. Elle décrit là aussi le parcours tragique d'un certain nombre de ces enfants, parcours chaotique fait d'innombrables ruptures et discontinuités. Séparations brutales d'avec leurs parents inadéquats, séjours en institutions d'accueil dit « provisoire » mais qui parfois s'éternise, délaissement institutionnel, retours dans la famille maltraitante pour de longs séjours de vacances, conditions de vie insécures, voilà l'expérience d'un certain nombre d'enfants. Emmanuelle Bonneville-Baruchel souligne l'incompatibilité entre les besoins de ces enfants et les réponses soumises aux logiques administratives et politico-économiques, l'aspect incompréhensible de certaines décisions de justice qui prescrivent des modalités de rencontre avec la famille pas toujours protectrices pour l'enfant. Elle met en évidence les idéologies qui infiltrent parfois les positions des professionnels, mais aussi les logiques des répétitions d'échecs avec ces enfants qui mettent à mal les professionnels, leur font vivre une grande violence et les confrontent à l'impuissance. Elle analyse de façon particulièrement éclairante la façon dont la destructivité contamine les professionnels, et défend la nécessité fondamentale de créer les conditions d'un travail

d'élaboration contre-transférentielle, afin de protéger les enfants et les professionnels des répétitions de la violence.

Le chapitre 8 est consacré à la question du culturel. Valérie Rousselon, à partir d'une pratique dans un hôpital de jour pédopsychiatrique, envisage à la fois les effets d'une non-prise en compte de la dimension culturelle chez les patients et les familles, et à l'inverse les effets d'une stigmatisation et d'une réduction de toute la problématique à la culture, associées à une prise en compte de cette dimension dans des seuls espaces spécialisés. Valérie Rousselon soutient l'idée que lorsque la part « étrangère » des familles issues de l'immigration est volontairement tenue secrète par ses membres, cette position doit être respectée ; par contre, quand les « origines culturelles » sont passées sous silence pour se conformer à un discours dominant assimilationniste, se produit alors une violence dans la mesure où l'identité des patients est en partie niée. Par ailleurs, une approche humaniste justifie, pour Valérie Rousselon, que la différence culturelle ne soit pas traitée dans des consultations spécialisées, d'experts, en dehors de l'activité quotidienne du service qui accueille l'enfant, et que l'approche thérapeutique englobe l'aspect « culturel » de toute conflictualité. À partir d'une situation et d'une rencontre cliniques, nous assistons à la composition d'un dispositif dans lequel les aspects culturels sont écoutés, pris en compte, respectés. Valérie Rousselon nous fait participer au bricolage de ce dispositif, avec les effets institutionnels que cela produit. On observe le transfert dans le groupe de soignants d'une part de la conflictualité propre au travail clinique. La place de l'interprète est également envisagée avec justesse. La dimension culturelle est dans cet écrit tout à la fois prise en compte et relativisée d'une façon remarquable.

Nous restons, dans le chapitre suivant, dans l'univers des hôpitaux de jour pour enfants. Christophe Lévêque envisage la violence ordinaire dans une institution type hôpital de jour en interrogeant les enjeux qui poussent les soignants à investir des espaces « clos », fermés, où l'intimité est légitimement de mise, et à disqualifier les espaces « ouverts », où patients et enfants se croisent, se rassemblent dans les temps interstitiels ou institutionnels. Il montre comment la protection que recherchent et semblent trouver les soignants par rapport à la violence institutionnelle est un leurre. L'hyper-investissement de ces espaces « clos » répond en fait aux contraintes institutionnelles, au modèle dominant du soin avec ses logiques comptables, il en permet le contrôle. Par ailleurs, toute la potentialité soignante des espaces « ouverts » est disqualifiée, alors que ces derniers sont incontestablement le théâtre de moments de soin importants et essentiels. L'auteur montre comment les activités

soignantes (psychothérapeutiques ou rééducatives) prescrites et enchaînées (pour « soigner » le plus de patients, faire du chiffre) coupent les praticiens du groupe institutionnel, empêchent la fonction thérapeutique groupale, ignorent l'importance du soin institutionnel. Il décrit avec beaucoup de pertinence la façon dont le privilège donné aux espaces clos produit de l'instabilité, de la dysrythmie, de l'agitation dans l'institution, là où les patients auraient besoin de permanence et de continuité. Christophe Lévêque souligne les tendances à l'homogénéisation que favorise l'institution, en même temps que l'expertise anonyme qu'elle requiert des professionnels : un infirmier est un infirmier, un psychologue est un psychologue, tous se valent et tous sont remplaçables les uns par les autres. Ces pressions favorisent les rivalités dans les équipes, les clivages, et ceux-ci assurent les positions de pouvoir de la hiérarchie administrative. Christophe Lévêque regrette à juste titre la mise à mal de tout le courant de pensée autour de la psychothérapie institutionnelle, dispositif de soin particulièrement opportun, qui repose sur le vivre ensemble, et qui se trouve à l'opposé voire aux antipodes de ce que prône le discours dominant actuel.

Dans le chapitre 10, Anne Paillard évoque des violences d'origine contre-transférentielle, dans l'intimité d'une relation thérapeutique. Ces violences ne sont pas toujours reconnues, et sont souvent imputées au patient, aux logiques de répétition, à ses projections. Ces interprétations classiques sont bien sûr entendables, recevables, mais ne devraient pas empêcher de prendre en considération les violences réelles, inutiles, qui tiennent au fonctionnement du thérapeute. Comme le disait Rosenfeld (1987), il y a une nette différence pour un patient entre projeter sur son analyste et avoir une perception juste des attitudes de son analyste. Et il est évidemment fondamental de reconnaître cette éventuelle perception juste. Anne Paillard nous fait partager avec beaucoup d'honnêteté la façon dont ses propres patients la confrontent à cette question. Elle envisage aussi la question du conseil que demandent fréquemment les patients. Ces derniers ont bien souvent davantage besoin d'être entendus dans leurs plaintes, dans leur douleur, que d'avoir une solution immédiate au manque, réponse qui leur fait vivre qu'ils ne sont pas écoutés, et qui les empêche d'élaborer leur propre solution. On retrouve avec ce texte l'importance fondamentale d'écouter les patients. Comme le disait Bion (1983), ce sont eux qui nous mettent ou remettent sur les rails. Avec beaucoup de sensibilité, Anne Paillard pose une question essentielle : comment, lorsqu'il n'y a pas de témoin à la violence, un patient peut-il interpréter justement ce qui lui revient et ce qui appartient à l'autre ? Il a nécessairement besoin d'un autre pour partager. Et Anne Paillard

montre de façon très touchante comment parfois cet autre est un ami, un collègue, ou un passant qui est là par hasard et qui fait preuve de l'humanité et de la compassion qui manquent parfois aux experts du soin psychique.

Les deux chapitres suivants concernent la maladie somatique grave. Laurence Syp-Sametzky, d'abord, évoque la violence de la maladie cancéreuse, l'impuissance dans laquelle se retrouvent les équipes soignantes, les sentiments de culpabilité, de honte, d'imposture qui les traversent. Elle décrit les dysrythmies dans le soin, effets souvent des exigences techniques et gestionnaires qui éloignent les soins des besoins primaires des patients. Laurence Syp-Sametzky montre aussi comment une telle maladie touche l'idéal des soignants. La honte, l'impuissance peuvent ainsi se transformer en haine, en rejet. L'absence de mieux-être peut conduire les soignants à en vouloir au patient et mobiliser des fantasmes sadiques. L'absence d'élaboration de ces affects conduit alors à des agis contre-transférentiels. De manière très sensible et parlante, Laurence Syp-Sametzky évoque la violence de la mort, et de la mort qui se répète, une mort en chassant une autre, ce qui rend quasiment impossible les reprises élaboratives, le travail de pensée. Elle montre comment ce qu'elle appelle une « préoccupation maternelle ou soignante terminale », disposition psychique nécessaire au travail d'accompagnement à la mort, ne peut être mobilisé à chaque décès. Cela car la violence émotionnelle est trop forte. Mais cela aussi pour maintenir la cohésion du groupe, la survie des liens dans le groupe. Et elle souligne combien l'absence de parole autour de la mort est source de violence. On peut évoquer le manque d'élaboration contre-transférentielle à l'échelle des soignants, mais aussi à l'échelle sociale. Laurence Syp-Sametzky indique en effet combien ce qui se joue dans les services hospitaliers devant la mort est aussi le reflet du manque de prise en compte de cette dernière dans l'espace sociétal. Lorsque toute parole, toute reconnaissance, toute prise en compte fait défaut, la mort peut alors être reléguée au statut d'un objet de honte, ou d'un objet de jouissance.

Catherine Bonnefoy poursuit, dans le chapitre 12, avec une réflexion à partir d'une pratique de psychologue en service de pédiatrie autour d'enfants porteurs d'une maladie chronique grave. Elle souligne, comme précédemment, la violence que la maladie somatique grave fait vivre, ici à l'enfant, à la famille, aux équipes soignantes. Elle montre comment la bienveillance à laquelle se mêlent de profonds sentiments d'impuissance peut faire le lit de violences dans le soin. Catherine Bonnefoy nous fait partager avec authenticité ses sentiments d'impuissance, ses doutes, ses questions, et tous les affects qui traversent le clinicien dans ces contextes

difficiles, où l'enjeu vital prime et efface parfois toute préoccupation pour la vie émotionnelle. Elle met en évidence, comme les autres contributeurs, les effets, dans la pratique de tout soignant, du corps comme du psychisme, d'un manque d'élaboration des mouvements transférentiels et contre-transférentiels. Elle reprend la formule « l'enfer est pavé de bonnes intentions » et montre comment l'engagement des soignants, de toute une équipe, dans toutes les dimensions (sociale, psychique, scolaire, etc.), peut servir à masquer les affects devant l'insupportable de la maladie, et conduire à ne pas tenir compte des besoins réels des patients, des enfants comme de leur famille, de leurs besoins subjectifs, émotionnels, de leur rythme propre. Catherine Bonnefoy témoigne de la façon dont les sentiments d'impuissance, les affects de culpabilité, de honte, de haine peuvent conduire à ce que les enjeux normatifs prennent le pas sur les préoccupations humanistes. Cela justifie de veiller à réunir les conditions pour qu'un travail d'élaboration contre-transférentielle soit possible, pour le psychologue comme pour l'ensemble de l'équipe.

Enfin, Matthieu Garot, dans le dernier chapitre, nous emmène dans l'univers de « la rue » et la grande exclusion¹. Constatant que l'hospitalité est souvent perdue, pour le fou, le malade, le clochard, pointant la violence de la normalisation, de la médicalisation de la folie, du règne du DSM, Matthieu Garot s'intéresse aux acatégoriels du DSM, à ceux qui ne rentrent pas dans les normes de la folie, ceux pour lesquels il n'y a pas d'institution. Il souligne l'indifférence caractéristique de la postmodernité, de la concentration urbaine qui désobjectivise, où le passant, le citoyen, croise la misère en continuant son chemin. Il nous fait remarquablement et émotionnellement partager l'expérience limite que provoque la rencontre avec ces personnages de la rue. Il nous rend témoin de la violence que cela représente de s'occuper de la grande exclusion, du monde cloacal dans lequel les praticiens sont entraînés, de l'horreur, de l'impuissance et du désespoir qui les traversent, de l'immense détresse tout comme son envers, l'omnipotence tyrannique absolue, qu'ils doivent affronter. On assiste à la manière dont le soignant est pris en otage à la fois par la violence de la destructivité omnipotente du sujet et par la paradoxalité violente de la requête sociale. Matthieu Garot s'interroge sur la façon dont le social produit un tel monde, et propose l'idée selon laquelle la fonction de ce monde d'horreur serait de représenter et contenir le « négatif du social ». Le social qui tenterait paradoxalement de faire disparaître ce que lui-même produit, ce qui lui

1. Ce travail fait suite, en partie, à l'une de ses contributions à l'ouvrage collectif que j'ai évoqué dans la note précédente (Garot, 2012b).

est intimement lié, son négatif. Le monde de la rue serait composé de ce que l'auteur appelle des « non-lieux », des « enclaves cloacales du lien », qui auraient pour fonction de maintenir les liens déliés, dans une sorte de pacte dénégatif social. Matthieu Garot montre comment le clochard fonde son identité sur un tel pacte avec le socius, portant les parts les plus abjectes, les plus cloacales du social et de la cité. L'auteur en fait l'« organe hypocondriaque de la cité ». La prise en compte de ces sujets en grande exclusion, et dont l'exclusion est en grande partie l'œuvre de tous, du social, du politique, de la cité, suppose la mobilisation d'une « parentalité dans la cité », telle que la dénomme Matthieu Garot, et on pourrait dire d'une parentalité *de* la cité, d'une parentalité citoyenne – tout comme on peut parler de parentalité soignante, de parentalité éducative, de parentalité institutionnelle.

PARTIE 1

FORMES ET SOURCES
DE LA VIOLENCE
DANS LE SOIN

Albert Ciccone

Chapitre 1

VIOLENCES DES REQUÊTES SOCIALES

UNE PREMIÈRE SOURCE de violence est d'ordre social et sociopolitique. La nature des attentes sociales est porteuse de violences diverses. Ces violences sont le fait des modèles auxquels obéissent les requêtes sociales : modèles économiques dans lesquels le sujet et sa vie émotionnelle s'estompent, voire disparaissent. Les représentations sociales du soin et de la pathologie soumises à ces modèles sont potentiellement violentes, car antagonistes avec les logiques intrinsèques au travail de soin. Elles délogent là encore le sujet et mettent les soignants à une place illusoire d'experts. Les pressions sociales et sociopolitiques éloignent les soignants de leur fonction, les empêchent de l'exercer.

LE MODÈLE ÉCONOMIQUE ET SA LANGUE MARCHANDE

La violence sociale transparait d'abord dans les modèles et les logiques que le discours social promeut : logiques économiques, gestionnaires, pragmatiques, rationnelles, normatives, c'est-à-dire toujours simplificatrices. Ces logiques émanent du positivisme ambiant qui

recherche la technicité, la scientificité afin que tout soit mesurable, évaluable, contrôlable. On peut dire que ces logiques correspondent bien sûr à une demande sociale, demande où le penseur, par exemple, est convoqué pour donner des réponses et non pas pour poser des questions, comme le souligne Christophe Dejours (2001). Donner des réponses, c'est-à-dire empêcher de penser.

On empêche de penser, on n'interdit pas, comme le dit très bien Christophe Dejours, qui précise qu'entre interdire et empêcher, il y a la même différence que celle qui sépare la dictature du néolibéralisme (2001, p. 33). Et l'on sait combien le système néolibéral de conduite des entreprises, avec ses impératifs économiques, a colonisé les hôpitaux, les institutions de soin, les universités. Roland Gori (2010) parle de « démocratie totalitaire », terme paradoxal pour désigner l'environnement social et politique qui génère ou qui est produit par un tel système. Ce système n'interdit pas de penser, il empêche de penser.

Si le temps est à l'indignation – voir le livre de Stéphane Hessel, *Indignez-vous !* (2010) –, pourquoi faut-il s'indigner ? Parce que, comme le démontre très bien aussi Roland Gori dans son essai *La Dignité de penser* (2011), la dignité de l'homme, du sujet, provient de sa capacité de penser, et c'est cette capacité de penser qui est menacée par le discours social dominant et les attentes dont il est porteur.

Les conditions de la pensée sont malmenées en partie par la prolifération dans tous les secteurs du modèle positiviste et productiviste de l'économie de marché, par la colonisation de tout le champ social par la langue marchande, ce qui a des effets de dérive sur les pratiques. Les institutions de soin sont maintenant gérées comme des « entreprises » ; on y parle « contrat d'objectifs et de moyens », « démarche qualité », « stratégie économique » ; les patients ne sont plus des patients mais des « clients », des « utilisateurs de service de soin » ; l'ensemble de ceux qui sont hospitalisés depuis longtemps est parfois appelé « le stock », les autres « le flux ».

La langue marchande a jeté son dévolu sur l'ensemble du social, l'ère actuelle étant celle de l'*homo aeconomicus* comme le rappellent certains¹. Les processus à l'œuvre dans les logiques qui sous-tendent cette nouvelle organisation sociale attaquent la pensée, la subjectivité, ont des effets de désobjectivation.

Cette mutation produit de la violence et des souffrances dans l'ensemble de l'espace social. René Kaës (2012), par exemple, décrit le

1. Cf. Cohen, 2012.

« malêtre » caractéristique de la postmodernité, et montre comment celui-ci puise ses sources dans ces processus de désobjectivation, caractéristiques de cette société des « individus » (et non des « sujets »), soumise à la seule « loi du marché », avec une culture du mérite, de la concurrence, de la compétition, et donc du narcissisme.

Pour rester dans le monde du soin et illustrer cette prolifération de la langue marchande, je donnerai l'exemple d'un document que j'ai reçu il y a quelque temps par l'administration d'un hôpital dans lequel j'intervenais comme superviseur d'une équipe. Ce document est anecdotique mais tout à fait illustratif. Il ne serait qu'un épiphénomène à prendre avec humour s'il n'était pas symptôme d'un mouvement extrêmement sérieux et inquiétant.

Il s'agit d'un « bon de commande ». Sont indiqués le numéro de la commande, le numéro du fournisseur (c'est moi, le fournisseur), le numéro du marché, la date de livraison, l'adresse de livraison. Il y a ensuite trois colonnes. La première a pour titre « Désignation » : « *Analyse de la pratique* ». La seconde, « Quantité commandée » : « *Deux unités* ». La troisième, « Conditions générales » : « *Les marchandises doivent être obligatoirement livrées à l'adresse indiquée...* » ; « *Les factures doivent être établies en trois exemplaires...* » ; « *Les fournisseurs ne devront honorer que les bons signés par le directeur des services économiques ou le pharmacien chef de service* » (être commandé par le directeur des services économiques est déjà douteux, mais le pharmacien chef ?...). Le document est évidemment signé par le directeur des services économiques. Et en bas, un gros tampon rouge indique : « *Attention, accès au magasin interdit aux camions de plus de 20 tonnes !* »... Cela laisse méditatif quant au poids du savoir psychologique.

Autre exemple, qui souligne le pouvoir de l'opérateur, du chiffre, du numérique, caractéristique du modèle économique et de sa langue marchande :

Une psychologue et conseillère d'orientation m'expliquait récemment que les orientations ou les propositions d'orientation seraient dorénavant faites par un logiciel : on entrerait les caractéristiques du parcours de l'élève ou du sujet, ses résultats scolaires et ses notes, et l'ordinateur sélectionnerait l'orientation ou la formation la plus pertinente pour l'enfant. Quand cette psychologue a demandé à son chef, qui se réjouissait de cette avancée technologique et pragmatique, comment cela était possible, et comment on allait tenir compte du désir de l'élève lui-même, celui-ci a rétorqué : « Ah ! Si vous commencez à demander leur avis aux enfants !... »

Bref, on peut dire que ces forces, ces pressions que l'on subit font violence à la pensée, à l'activité de pensée.

La promotion de la technicité et de la scientificité, tout comme l'alibi économique, favorise une production industrielle du savoir-faire, et du savoir tout court. Cela est bien différent du travail de pensée qui ne peut se faire que dans le bricolage, l'artisanat.

On peut se souvenir de ce qui s'est passé dans les universités il y a quelques années, et souligner la manière dont les réformes qui ont été imposées de force répondaient à une entreprise de réduction des espaces de pensée. Celle-ci transparaît, par exemple, dans la tentative d'isoler la recherche de l'enseignement, avec la promotion d'une recherche d'excellence, de pointe, élitiste, avec des chercheurs de plus en plus rares et qui feraient de moins en moins d'enseignement – conception qui malmène les espaces de pensée dont l'université est garante –, tout comme dans la tentative d'imposer à l'université, comme ailleurs (à l'hôpital), le modèle de l'entreprise, avec la promotion des valeurs de compétition, de concurrence, de rivalité, à la place du partage, de la solidarité.

Un célèbre journaliste qui commentait, objectivement bien sûr, le mouvement de grève des universitaires, expliquait que ce que l'on refusait c'est « une université dirigée par un chef d'entreprise qui développe des stratégies ». Et c'est bien sûr inadmissible de refuser cela. « Enfin quelqu'un qui met du dynamisme à l'université ! », expliquait ce même journaliste – l'université qui, c'est bien connu, est molle et a besoin de dynamisme. Et c'est quoi le dynamisme ? C'est l'effet d'un « système de compétition, de récompenses et de sanctions », expliquait sans aucune vergogne ce même journaliste, qui s'indignait qu'on puisse refuser cela.

Et on voit bien combien il est difficile de résister à l'invasion de ce modèle productiviste et positiviste, même à l'université. Par exemple, lorsqu'on observe la nature des recherches cliniques qui s'effectuent dans la discipline « Psychologie », on s'aperçoit que de plus en plus de recherches et de chercheurs ont incorporé cette normativité qui impose des critères positivistes, quantitatifs, statistiques, une dimension évaluative qui éloigne de la clinique – celle évidemment à laquelle je me réfère ici et dont je rappellerai plus loin quelques principes.

Les dispositifs de censure, comme le dit Roland Gori, ont pour objet moins d'interdire des recherches qui pourraient être gênantes que de les contraindre à ne s'exprimer que dans le langage de l'idéologie dominante. Dans ces recherches la technique, qui convertit les données cliniques en informations numériques, et l'idéologie marchande s'associent pour

promouvoir comme « seul critère de vérité l'efficacité opératoire et procédurale » : « Le vrai n'est rien d'autre que ce qui marche et se vend » (Gori, 2011, p. 47).

Cette violence, cet empêchement de penser, redouble la difficulté de penser à laquelle confrontent la folie, le handicap, la maladie grave.

FONCTION SOCIALE DE L'EXPERT : LA DISTRIBUTION D'ILLUSIONS

Une autre forme de violence sociale provient de la représentation sociale non tant de la folie, de la déviance, du handicap – ce que j'envisagerai plus bas – que du soin à apporter. L'attente sociale est une attente de réparation du dommage, et elle place les praticiens et les institutions en position de distributeurs d'illusions, d'une certaine manière, dans la mesure où ces derniers ne peuvent pas réaliser ce qui est attendu – ce qui ne signifie pas qu'ils ne peuvent rien réaliser. Mais les institutions et les praticiens ont d'abord une fonction mythique, comme le montre l'excellente analyse d'Alain-Noël Henri (2004) : ce qui intéresse le social, en effet, soutient cet auteur, c'est qu'il y ait quelque part des gens qui sachent, qui s'occupent de la maladie mentale, du handicap, de l'exclusion... ou plutôt qui discutent à leur sujet. C'est ce que le social demande et veut savoir. Ce qui se passe réellement dans les institutions, ce qui soigne réellement, ne l'intéresse pas.

On peut ajouter que certes actuellement le social s'intéresse davantage et de plus en plus à ce qui se passe dans les institutions, mais s'il interroge les institutions, son seul objet d'intérêt est d'ordre économique. L'hypercontrôle sociopolitique auquel on assiste n'est réalisé qu'à des fins économiques, avec une « folie de l'évaluation¹ » dont l'objet n'est pas la compréhension des logiques des pratiques mais la constatation de leur rentabilité. Ce qui n'est pas rentable est inutile, on perd le sens de l'« utilité de l'inutile » – selon le titre du manifeste de Nuccio Ordine (2013)².

1. Cf. Abelhauser, Gori, Sauret *et al.* (2011).

2. « L'utilité des savoirs inutiles s'oppose [...] radicalement à l'utilité dominante qui, pour des intérêts purement économiques, est en train de tuer progressivement la mémoire du passé, les disciplines humanistes, les langues classiques, l'instruction, la libre recherche, la fantaisie, l'art, la pensée critique, et les conditions mêmes de la civilisation qui devraient être l'horizon de toute activité humaine » (Ordine, 2013, p. XI).