

LA VIOLENCE FAITE AUX SOIGNANTS

Pour moi qui travaille en H.P. le thème de la violence est un thème qui me parle beaucoup dans ma pratique : la violence de la souffrance de celui qui se suicide, la violence du délire de cet homme halluciné, persécuté qui se jette par la fenêtre pour échapper à ses voix.

La violence que j'ai appris à accueillir : j'ai assez vite compris que si, en face d'un homme explosé par sa violence, je me mettais à avoir peur (car violence et peur vont de pair), s'il lisait la peur dans mes yeux, il devenait grossi de ma propre peur et de plus en plus violent. Si cet homme vient en entretien dans mon bureau me faire part de ses souhaits de mort : « je vais leur faire la peau, vous allez voir, j'ai préparé mes couteaux, ils sont dans un tiroir », je me dis que c'est le seul lieu où il peut parler comme ça et que si je mets en marche la machine sécuritaire, il est probable que la peur de tous les intervenants alertés va se grossir de part et d'autre, proportionnellement au nombre de ces personnes qui vont « ouvrir leur parapluie » (surtout quand c'est un vendredi soir, à la fermeture des services concernés ; c'est fou le nombre d'appels de partenaires sociaux épouvantés que l'on reçoit dans les CMP le vendredi soir) et là les risques de passages à l'acte sont grands.

Par contre, si je note bien tout ce que me dit cet homme affolé, dans son dossier, si je le range dans mon tiroir en lui disant : « à la semaine prochaine , voilà c'est là », je n'ai pas été détruite par ses propos violents, il ne sera pas détruit, puisque je le revois la semaine prochaine.

Bien sûr les actes violents existent en psychiatrie et ils ne sont pas toujours induits par la peur des soignants. Mais, quand même, si l'on garde à l'esprit que « la folie est une forme de lien social dans une situation extrême » (F.Davoine et J.M.Gaudillière in *Histoire et trauma, la folie des guerres*), on a une autre attitude qui prend en compte cette forme de lien social qu'une personne essaie d'avoir avec nous et cette attitude n'est pas celle de la peur et du rejet.

Cette introduction est faite pour dire que je ne vais pas parler de cette violence-là. En effet à notre époque de contrôle évaluatif, comptable, gestionnaire, prédictif de soins (cf : démarche qualité), ce qui m'est venu à l'esprit en lisant le thème de cette journée : c'est, *la violence faite aux soignants*.

Je me souviens de la première violence que j'ai subie quand j'ai pris mon premier poste de faisant fonction d'interne en hôpital psychiatrique. Il y avait une rangée d'une dizaine de cellules dans lesquelles étaient attachées dans leur lit scellé des patientes qui ne sortaient jamais de leur cellule.

Tous les 2 jours l'interne devait passer, accompagnée d'une religieuse, avec son chariot électrique et pratiquer un électrochoc à chacune. Ce n'était pas long, devant chaque porte ouverte il suffisait d'appuyer sur le bouton de la machine sur le chariot.

Je « débarquais », je ne savais pas trop ce que je faisais. De toutes façons je ne pouvais pas désobéir aux ordres du médecin-chef. Mais je savais que certainement il devait y avoir une autre façon de procéder. Pour échapper à la honte devant mon sentiment d'être aussi barbare, je clivais, je n'étais pas là. Il y a beaucoup de mécanismes de défense. Moi, j'avais trouvé celui-là : je « m'absentais » de la situation pour tenir le coup.

Et c'est de cette violence qu'on se fait en travaillant à l'encontre de ce qu'on voudrait faire ou de ce qu'on croit, en n'ayant plus le sens de ce qu'on fait, que je voudrais parler.

Actuellement, et ceci a été longuement décrit, la logique pragmatique à l'œuvre dans nos établissements veut que l'on prescrive leur travail aux soignants. Des technocrates, au moyen d'études statistiques ou bureaucratiques, ont établi des protocoles de soins pour les soignants qui doivent les utiliser sur le terrain. Ces protocoles, d'après leurs concepteurs, sont créés pour économiser du temps, pour que le soignant soit plus *performant*, pour éliminer dans la relation soignant-soigné tout ce qui pourrait venir de la subjectivité du soignant et qui pourrait « parasiter » cette relation. « Vous devez être professionnel » nous répète-t-on, « vous devez tous avoir la même attitude ». En fait les soignants doivent être interchangeables.

Le malade est un « objet » à traiter. Il a des comportements en face desquels existe une grille de comportements que le soignant doit appliquer : tout est catalogué, prévu, calculé, prédit. C'est ainsi que n'importe quel soignant peut remplacer n'importe quel soignant. C'est ainsi que le soignant qui prend son service le matin ne sait pas en arrivant où il va travailler, dans quel service, dans quelle équipe.

Dans cette logique, le travail d'équipe n'est pas valorisé, au contraire. La continuité du lien patient-soignant n'est pas prise en compte. Les réunions pour réfléchir à ce que l'on fait, pour se mettre en question n'existent plus. On n'a pas le temps en effet, on ne réfléchit pas sur le sens de son action, encore moins sur ce qu'on ressent en face de tel ou tel malade ou dans telle ou telle situation.

En face de tel ou tel comportement, en face de telle ou telle situation (et non pas en face de Monsieur X ou de Madame Y), il s'agit d'avoir une action, d'évaluer le résultat de cette action. Si le résultat est positif (d'après la grille des résultats) on répète la même action. S'il ne l'est pas on change de type d'action ; on efface tout et on recommence ; on recommence à agir ; on recommence à évaluer. Car telle est la logique de la philosophie pragmatique : on expérimente d'abord, on réfléchit après

Dans ce montage, la subjectivité du soignant, ce qu'il est humainement, va constituer un grain de sable dans la machine où tout est programmé à l'avance. Imaginez un patient agité : voilà la piqûre de calmant accompagnée de quelques paroles conformes à ce qui est écrit au chapitre violence du manuel de l'infirmier, voilà l'appel au renfort protocolisé pour la mise en chambre d'isolement... mais voici que ce patient fait résonner chez le soignant quelque chose de l'ordre de l'intime, il vous parle même s'il vous insulte) et là quelque chose vous touche : c'est une relation de l'ordre de celle que vous pourriez avoir avec votre mère, votre frère, votre enfant et vous lui répondez. Quelque chose se passe qui n'était pas prévu mais vous voilà parti pour des paroles dans une rencontre. Vous inventez à deux, vous créez un espace de rencontre, vous tissez une scène sur le plan transférentiel, dirait-on. Vous pouvez le faire une fois mais pas beaucoup plus : comment en avoir le temps, alors que vous courez dans tous les sens avec votre trousseau de clés, vous avez les médicaments à compter, à préparer, la température du frigo à relever (on ne rigole pas avec l'hygiène !), vos compte-rendus à taper sur l'ordinateur, car s'il n'y a pas de compte-rendu, c'est que vous n'aurez pas travaillé.

Comme ce n'est pas possible de travailler en faisant les choses à contre-cœur, en voyant ce que vous pourriez faire d'autre mais que vous ne pouvez pas faire, vous êtes fatigué, vous n'en pouvez plus, surtout que l'estime de vous-même en prend un sacré coup. C'est d'autant plus aigu qu'il y a un taux d'absentéisme élevé dans les services : il faut courir après les soignants, les appeler chez eux quand ils sont de repos. Sans arrêt les cadres sont obligés de refaire les plannings, on fait appel au « pool de remplacement » qui bouche les trous un peu partout.

Et on ne peut pas parler car on vous renvoie un discours tout fait où il n'est question que du bien du malade, de la qualité des soins. Pour un peu on se sentirait coupable et alors on tombe malade, on paie « de notre peau » le fait de se trouver dans une situation si traumatisante.

Exemple : un patient tente de s'étrangler avec un drap. C'est une tentative de suicide. Donc le protocole exige qu'en cas de tentative de suicide on appelle l'interne de garde. Cet interne de garde, qui ne connaît pas le malade, va appliquer le protocole auquel il est soumis ; c'est-à-dire, mise en chambre d'isolement automatique. Une infirmière, ancienne, à qui « on ne la fait pas » se dit que ce monsieur est déprimé mais il a eu ce geste au vu et au su de tout le monde. Donc certainement, il avait quelque chose à dire. Elle rompt l'enchaînement des actions décidées par le protocole, elle n'appelle pas l'interne de garde et elle prend un long moment pour parler au malade qui s'apaise. Par la suite, elle va passer en conseil de discipline et c'est grâce au soutien de son médecin-chef qu'elle échappe à la sanction disciplinaire.

Avant la psychothérapie institutionnelle les infirmiers n'avaient pas la parole. Elle leur a été donnée, on a reconnu leur fonction soignante. Maintenant, ils ne peuvent plus se servir de cette parole qui leur avait été enfin reconnue. Mais personne de toutes façons ne peut plus parler, les croix dans les grilles remplacent la parole, les actes s'enchaînent comme les rouages d'une machine programmée à l'avance.

Comme Zezette (« Le père Noël est une ordure ») devant son questionnaire de la Sécurité Sociale, on reste interdit : « ça dépend , ça dépasse ».

Docteur Marguerite COLIN. Février 2012.