

« DANS LA JUNGLE HOSPITALIERE »

La violence à l'hôpital, essai d'analyse et éléments de réponse

Monsieur Michel MICHEL

Maître de Conférences en sociologie à l'Université de Grenoble

Lutter contre l'insécurité apparaît aujourd'hui comme un enjeu stratégique. Il ne s'agit pas seulement de restaurer l'image de l'hôpital, mais d'en faire un élément essentiel du management : dans un contexte où les conditions de travail rendent les personnels hospitaliers plus vulnérables, la violence même « accidentelle » devient de moins en moins tolérée. Enfin, le soin des malades qui est la finalité même de l'hôpital, commence par la mise en place d'un cadre sécurisant. Peu ou prou, la confiance est l'un des éléments déterminants de la guérison.

Par ailleurs, la question de la violence se révèle comme un analyseur qui permet d'interroger plus spécifiquement l'ensemble du système hospitalier : elle met en cause l'utopie réglementaire qui en organise le fonctionnement, la réduction de l'activité de soin à la performance médicale, l'interdépendance entre le climat des équipes, l'évolution des mentalités des personnels hospitaliers comme de celle des usagers.

Les formes que la violence peut prendre dans les institutions de santé sont nombreuses : violence des usagers vis-à-vis du personnel soignant, violence du personnel vis-à-vis des patients, violences entre les personnels hospitaliers, etc.

Comment la violence peut-elle se développer dans une institution comme l'hôpital ? Qu'elles en sont les causes ? Que révèle cette violence ? Contexte social global difficile ou crise spécifique de l'institution hospitalière ?

Telles sont les questions que Michel MICHEL abordera à partir de son expérience de consultant dans de nombreuses institutions de santé.

Michel MICHEL est psychosociologue, maître de conférences en sociologie à l'Université des sciences sociales de Grenoble, consultant et formateur dans les domaines du management, de l'accompagnement de projets et du développement personnel.

Il est le co-auteur avec M. Jean-François THIRION, professeur d'arts martiaux et de techniques psycho-corporelles à l'Université de Grenoble, docteur es lettres et sciences humaines, consultant et formateur dans les domaines de la mobilisation des ressources personnelles et de la dynamisation d'équipes, de Faire face à la violence dans les institutions de santé (éditions Lamarre 2004).

Les violences à l'hôpital,
essai d'analyse et éléments de
réponse

Michel Michel
Jean-François Thirion

La violence à l'hôpital: un scandale ?

(on ne tire pas sur les ambulances)

Et pourtant ?

L' hôpital est le refuge des victimes

- On y reçoit et on y soigne les personnes ayant subi des violences
- On “qualifie” ces personnes de “victimes” par le constat des dommages subis

L' hôpital est un lieu de travail et un espace ouvert au public

Comme ailleurs on constate:

- Vols, vandalismes, incivilités
- Agressivité, harcèlement, persécutions
 - entre collègues
 - entre “métiers”
 - dans les rapports hiérarchiques

L' hôpital: une institution qui engendre des formes spécifiques de violence

- Violences institutionnelles
- Violences médicales
- Maltraitance des soignants

La violence des usagers contre le personnel hospitalier

On peut distinguer (mais le plus souvent interdépendantes):

- Les causes relevant de la personnalité ou de la pathologie de l'utilisateur
- Les causes relevant de la mauvaise qualité des services ou de la perception qu'en a l'utilisateur

Le nombre et la gravité des violences sont-ils en augmentation?

Les études statistiques ne permettent pas de dégager des évolutions très significatives:

- Parce qu'elles sont très récentes
- Parce que les déclarations d'incidents sont dépendantes des outils de déclaration proposés

Cette violence augmente probablement du fait de:

- L'augmentation des formes de violence dans la société
- La diminution globale de la tolérance à la frustration et la montée du consummérisme dans le domaine de la santé (“j’ai droit à ...”)
- L’hôpital devient “l’issue de secours” des problèmes sociaux croissants (“nouvelle pauvreté”, “sans papiers”, toxicomanes, ...)

Le sentiment d'insécurité s'est donc largement développé au sein du personnel

- Ce qui auparavant était considéré comme “accident”, le “risque du métier”, manque de savoir-faire, est de plus en plus mal toléré
- La recherche de la sécurité est devenu un thème de revendications syndicales et corporatives

Les 3 dimensions de l'intervention

1. Les moyens logistiques

- Aménagement des temps et des espaces
- Le contrôle des flux
- Les moyens matériels (caméras, puces, ...)

2. Les moyens en terme de règles et d'organisation

- Chasse aux dysfonctionnements
- Enonciation des règles
- Conventions au sein de l'équipe soignante
- Mise en place de protocoles

Les 3 dimensions de l'intervention (suite)

3. Les moyens comportementaux

- Renoncer à l'illusion de l'omnicompétence et la toute puissance
- Tenir compte du profil personnel dans l'affectation des agents
- Mise en place d'une politique de formation

Organiser une “chaîne de sécurité”

1. Renforcement quantitatif et qualitatif du personnel dans les lieux et les moments à risque
2. Mise en place d’un système de recours progressifs à des collègues de son **équipe**, à des collègues d’une **équipe voisine**, à des **spécialistes de la sécurité** au sein de l’hôpital, voire à la **police**

Organiser une “chaîne de sécurité” (suite)

3. Constitution d'un corps de spécialistes de la sécurité des personnes au sein de l'hôpital
4. Institutionnalisation d'un système de médiation des conflits

Adapter les comportements des agents aux risques de violence

- Savoir décrypter les formes d'agressivité et les processus qui déclenchent la violence
- Savoir utiliser les conduites qui désamorcent l'agressivité
- Savoir affronter les situations de crise:
 - Maîtrise des émotions
 - Conduites assertives
 - Mobilisation psycho-corporelles
 - Techniques de protection et d'immobilisation face à la violence physique
- Savoir soigner le stress et les traumatismes psychologiques des soignés et des soignants.

4 objectifs d'intervention:

- I. Prévenir la violence
- II. Dissuader l'agression
- III. Savoir affronter l'agressivité et la violence
- IV. Soigner les victimes de la violence

Prévenir la violence

1. Plus d'attention aux besoins et aspirations des usagers et des personnels
2. Mise en place de recueils de satisfactions
3. Une organisation hospitalière moins rigide pour s'adapter à ces attentes
4. Améliorer le comportement des personnels en relation avec les usagers
5. Apprendre à **désamorcer l'agressivité** (mettre de l'huile dans les rouages)

Dissuader l'agression

- Par la crainte des sanctions
- Par un rapport de force défavorable à l'agresseur
- Par des obstacles au passage à l'acte

Savoir affronter l'agressivité et la violence

- Comment se préparer psychologiquement?
- Comment maîtriser l'agresseur?
- Former les responsables aux situations de crise
- Soigner les victimes de la violence

Comment se préparer psychologiquement?

- Maîtriser ses émotions: sa peur et sa colère
- Des ressources spontanées pour faire face à une situation difficile:
 - bon placement du corps
 - respiration abdominale
 - le “pouvoir” du ventre

Comment maîtriser l'agresseur et ne pas “prendre un mauvais coup”?

- La sécurité du patient et du soignant. L'art de la “bonne distance” et des rythmes
- Principes et pratique des défenses
- Principes et pratique de neutralisation et d'immobilisation
- Comment s'organiser en équipe pour faire face à toutes les éventualités?
- Comment pouvoir faire appel à un renfort extérieur?

Former les responsables aux situations de crise

- Constituer une “cellule de crise” pour prendre les décisions urgentes
- La crise oblige les acteurs à prendre des initiatives hors des règles et des tâches habituelles
- Les formations comportementales ne sont pas seulement réservées aux agents de contact avec le public

Soigner les victimes de la violence

- Gérer son stress
- Les techniques du “débriefing”
- Les “réparations” (juridiques ou autres) possibles pour les victimes
- Pour les équipes confrontées à la violence, mise en place de structures de régulation

Lutter contre l'insécurité: un enjeu stratégique

- Pour restaurer l'image de l'hôpital
- Pour sécuriser les personnels hospitaliers plus vulnérables à l'insécurité
- Surtout parce que le soin des malades, commence par la mise en place d'un cadre sécurisant. La confiance, élément déterminant de la guérison

La question de la violence: un analyseur qui permet d'interroger l'ensemble du système hospitalier

Elle met en cause:

- L'interdépendance entre l'évolution des mentalités des personnels hospitaliers et celle des usagers
- L'utopie réglementaire et la “culture du protocole”
- La réduction de l'activité de soin à la performance médicale
- Les dysfonctionnements des services
- Le climat des équipes

Conclusions

LA VIOLENCE DANS L'INSTITUTION, UN PHENOMENE A INTERPRETER COMME UN DISCOURS

Comme l'a montré Ernst Cassirer, l'homme ne vit pas dans un monde de choses mais dans un univers de signes. Toute activité humaine est symbolique, c'est pourquoi la violence doit être interprétée comme un discours.

1) Les maux et les mots : l'agression comme symptôme

La violence doit être interprétée

Tout comportement humain est sous-tendu par une certaine « logique ». Le fou n'est pas privé d'une certaine « raison » ; même les comportements les plus aberrants sont le résultat de chaînes de raisonnement implicites. A un autre niveau, Michel Crozier a montré comment dans les organisations, les dysfonctionnements les plus absurdes sont la résultante de logiques multiples et partielles qui expliquent les stratégies des acteurs.

Le sens commun reconnaît que **la gravité d'une agression est largement liée au contexte et à la signification** qu'elle manifeste. Un chirurgien traite une infirmière de « pauvre conne ». Cette insulte pour inacceptable qu'elle soit, doit tout de même être relativisée dans le contexte où elle a été exprimée. Au cours d'une opération, dans l'intimité du bloc, cette expression peut trahir le stress dans lequel se trouve le chirurgien et d'un certain point de vue le « libérer » de sa tension. La signification de cette même expression est tout à fait différente si elle est proférée à froid, lors d'un conseil de service. Dans les deux cas, il est normal que l'infirmière exige des excuses ; mais dans le second, il serait judicieux d'envisager une stratégie de défense plus élaborée.

La violence est dit-on **le substitut d'une parole non formulée**. Plus précisément, l'agressivité physique ou verbale est souvent la tentative de masquer un mal-être ou une émotion qui auraient pu être manifestés directement. Le chirurgien qui ne se contrôle plus au bloc devrait probablement apprendre à exprimer sa tension, peur ou agacement comme tels plutôt que de se défaire sur ses assistants.

Qu'est-ce qui nous empêche de décrypter la violence ?

1. Subir la violence sidère : tout se passe comme si les capacités mentales étaient suspendues ; le cortex est court-circuité au profit d'une stimulation exclusive du système limbique ou reptilien. C'est pourquoi on perd une grande partie de ses moyens. Si le système limbique prédomine la réaction à l'agression sera essentiellement émotive : colère et peur dominant, certains vont jusqu'à s'évanouir. Si c'est le cerveau « reptilien », les instincts les plus fondamentaux imposeront deux attitudes possibles : la fuite ou l'attaque.

2. Il est donc important, face à la violence de mobiliser ses ressources mentales qui risquent d'être suspendues au moment où elles seraient les plus utiles.
 - Avant l'affrontement réfléchir pour s'y préparer ; certaines manifestations de violences sont imprévisibles, mais pas toutes. D'ailleurs même dans le cas d'une violence inattendue, la préparation n'empêche pas la réponse juste instantanée, mais au contraire la favorise. Tous les spécialistes de l'improvisation, comédiens de la commedia del arte, musiciens de jazz ou danseurs sont disponibles à la situation présente parce qu'ils ont longuement travaillé les « standards ».
 - Après l'affrontement, surtout si l'on a été sidéré, il importe de retrouver au plus vite ses capacités de raisonnement. Se « re-présenter » la situation, même dans un simple dialogue intérieur constitue déjà une sorte d'auto-thérapie ; on peut même avancer que les techniques de thérapies utilisées dans les traumatismes psychologiques (« groupe de parole », « debriefing ») sont essentiellement des façons de restaurer cet état de conscience.
 - Pendant l'affrontement, il est vrai que les émotions et les réflexes sont fortement mobilisés, et donc les capacités de réflexions risquent d'être fortement inhibées. Le pianiste débutant polarisé sur l'apprentissage qu'il impose à l'une de ses mains n'arrive pas à mobiliser l'autre. Mais avec de l'entraînement, il parvient à jouer des deux mains. Les personnes efficaces dans les situations d'affrontement sont celles qui s'y sont entraînées.
3. L'analyse est une des formes les plus fondamentales pour exercer ses facultés de réflexion. Il importe donc d'apprendre à distinguer. Qu'est-ce qui s'oppose à cette activité d'analyse ?
4. On constate que ceux qui perdent leurs moyens dans les situations d'affrontements, sont aussi ceux qui confondent tous les niveaux et craignent que n'importe quelle tension ne réveille la violence, surtout celle qu'ils refoulent. Souvent ceux qui sont inhibés devant les manifestations de violence se « justifient » par des considérations pseudo-morales. Dans ces cas relativement répandus, la condamnation globale de tout ce qui de près ou de loin pourrait toucher à une violence est une façon d'éviter de comprendre les phénomènes. Ici, la « rationalisation » est un obstacle à la raison. Faut-il rappeler que pour les moralistes classiques, seuls les actes libres et conscients relèvent de la morale ? L'extension indue du domaine de la morale, parce qu'elle empêche d'avoir une juste conscience de la réalité et de pouvoir déterminer notre part limitée de liberté s'oppose à l'exercice réel du jugement moral. Un vrai « non-violent » n'est convainquant que si potentiellement il peut être violent : ne pas vouloir est de l'ordre de la morale, ne pas pouvoir est de l'ordre de l'inhibition. Et la plus profonde des inhibitions, c'est de ne pas pouvoir penser le phénomène.
5. Plus généralement, face à l'épreuve de la violence, nous mobilisons un système de défense. Ce système – le plus souvent réductible à une contre-agressivité ou une fuite plus ou moins « justifiée » par des raisons morales - peut-être adapté aux circonstances, ou inadapté. Mais dans la mesure où ce système de défense est stéréotypé il a de forte chance, à un moment donné de se retrouver en porte à faux avec des situations changeantes. Il convient donc d'assouplir son système de défense.
6. La réflexion sur la variété des formes de violence et la tentative pour en décrypter le sens est une façon naturelle pour assouplir, d'abord à froid et spéculativement, par la suite, à chaud et dans l'action, son système de défense. D'autant plus que interpréter le sens d'une conduite agressive renvoie à l'auteur de l'agression plutôt qu'au narcissisme blessé de l'agressé. Cette attitude nous décentre de notre traumatisme :

l'agression n'est plus un drame, elle devient un symptôme. Objectivement les violences dramatiques, celles qui occasionnent un dommage corporel durable sont rares. Mais on constate que des affrontements plutôt anodins provoquent chez beaucoup des traumatismes psychiques disproportionnés. Une attitude de recherche active du sens de la violence atténuera souvent les blessures narcissiques : au lieu de se sentir menacé, n'est-il pas plus judicieux de se polariser sur la situation de l'agresseur ? D'autant plus que le cognitif relativise l'affectif.

7. C'est pourquoi il importe de ne pas aborder de façon trop abstraite la question de la violence, ou se contenter de quelques généralisations faciles. Tout programme de formation doit inciter les stagiaires à analyser les actes de violences ; et au delà des formations, il conviendrait que l'institution incite son personnel à s'interroger sur la signification concrète des violences auxquelles il est confronté (groupe de réflexion). Cela non pour satisfaire à quelque passion intellectuelle, mais parce que c'est la première étape pour assouplir les systèmes de défense en médiatisant les réactions immédiates, automatiques et uniques en réponses conscientes, variées et adaptées à la situation clinique de l'agresseur.

2) Distinguer pour maîtriser

1. Donc pour que la réponse à la violence soit pertinente, il convient de ne pas tout confondre avec la violence.
 - L'antagonisme n'est pas forcément une opposition de personnes : si je joue au tennis ou aux échecs, j'attends de mon partenaire qu'il m'oppose une résistance sans laquelle le jeu perd tout intérêt ; dans ce cas, l'adversaire est un partenaire.
 - La divergence d'intérêt n'implique pas automatiquement le conflit : il est possible de faire spontanément des concessions ou d'avoir un comportement d'évitement. Le conflit implique au contraire une stratégie pour faire pression sur l'adversaire.
 - Le conflit ne s'accompagne pas forcément d'agressivité : les vieux routiers des négociations syndicales peuvent être heureux de se retrouver, de passer ensemble une soirée dans quelque cave du Beaujolais, et pourtant ils ne se feront aucun cadeau au moment de la négociation.
 - L'agressivité ne s'accompagne pas toujours de violence : je n'ai heureusement pas tué toutes les personnes que j'ai furtivement eu envie d'étrangler.
 - La violence n'aboutit qu'exceptionnellement au meurtre et même souvent, comme s'en vantent les petits enfants (« même pas mal ») elle peut ne pas avoir de conséquences physiques ou psychologiques négatives.
 - Quand au meurtre, il n'est pas forcément associé à la haine. Les chroniqueurs de la guerre de cent ans racontent que lors des longues trêves, ceux qui, quelques jours avant, se trucidèrent avec une énergie toute physique, pouvaient s'inviter, banqueter, et pour tromper l'ennui, organiser des tournois où le risque d'y laisser sa peau n'était pas exclu.
2. Certaines personnes ont si peur de la violence qu'elles vont la ressentir partout. Paradoxalement ces conduites d'évitement les amènent à être obsédés par une sorte d'omniprésence d'une violence abstraite et partout persécutrice. Comme dans tous les cas de phobie, la thérapie ou le travail sur soi ne doit pas viser à renforcer ces conduites d'évitement (de toute façon le sujet sera contaminé par ce qu'il ressentira de violent dans toute relation) mais au contraire à désensibiliser par immersion progressive dans des situations « d'antagonisme » et la découverte des ambivalences de sa propre violence

refoulée. Ce que l'on ne peut supporter chez les autres, c'est le plus souvent ce que l'on refuse en soi-même.

3) Les différentes formes d'agressivité exigent des réponses différentes

Enfin faire l'interprétation de la signification des manifestations de violence est surtout nécessaire pour élaborer des réponses efficaces c'est-à-dire adaptées. Comme toute relation, la relation violente relève d'abord de l'analyse clinique. Chaque situation est unique. Toutefois il nous a semblé utile de stimuler cette analyse clinique par une typologie des formes d'agressivité. Cette typologie empirique qui distingue folie furieuse, crise cathartique, échec de la communication, transferts et projections, contagion mimétique, chantage, et codes culturels décalés, n'est pas fondée sur une classification psycho-pathologique ; elle a essentiellement une valeur heuristique, elle permet un début de différenciation des principaux comportements que l'on peut rencontrer dans la vie quotidienne, professionnelle et personnelle.

□ La folie furieuse :

Pourquoi la violence fait-elle si peur ? Pourquoi sidère-t-elle ? Pourquoi provoque-t-elle des réflexes de contre-agressivité et plus souvent encore de fuite alors que ces réflexes sont en général inadaptés ?

C'est parce que nous craignons d'être confrontés avec cette démesure qui habite en tout homme, avec ce que les anciens grecs appelaient « l'hybris », et qui, lorsqu'elle s'investit dans la violence peut faire des dégâts effroyables, sans mesure avec ce qui a provoqué cette violence.

Les éthologues ont montré que les combats entre animaux de même espèce étaient souvent limités par des processus d'inhibition : lorsque deux loups se battent entre eux, parfois très violemment, il suffit que celui qui a le dessous fasse mine de tendre son cou, comme s'il acceptait d'être égorgé, pour que le vainqueur s'apaise.

Des rituels analogues existent dans l'espèce humaine : dans une crèche, deux enfants se chamaillent, l'un des deux penche la tête sur le côté et l'autre se calme. Cette efficacité gestuelle est semble-t-il commune à toutes les cultures humaines. De même, en général, quand une personne ne se défend pas, est à terre, les pulsions violentes des agresseurs se désamorcent.

Souvent, mais pas toujours. Parfois le mécanisme inhibitoire ne fonctionne pas. Alors la violence se déchaîne sur l'adversaire à terre. Surtout si les agresseurs ne croisent pas le regard de la victime...

A Java existe une forme de folie particulière à cette culture, l'amok. Celui qui en est affecté saisit une machette ou une hache et massacre tout être vivant qui aura le malheur de croiser sa route, jusqu'à épuisement.

Aux Etats-Unis, moins souvent en France à cause de la législation sur les armes à feu, la chronique des faits divers évoque ces personnages qui apparemment sans raison mitraillent tous les consommateurs d'un bar.

Ce type de comportement existe bel et bien, il appelle la fuite, la protection ou la maîtrise du furieux. Cependant, l'expérience raisonnée des soignants montre que cette forme d'agressivité est très rare. Mais elle est si présente dans l'imaginaire de chacun que les autres formes d'agressivité vont être interprétées comme folie furieuse.

La violence démesurée renvoie au caractère insatiable du désir et à notre propre violence. Si nous soupçonnons dans le débordement de l'autre la possibilité de cette démesure, c'est parce que nous l'avons en nous même et que nous la projetons sur autrui. La peur panique ou la contre-agressivité inadaptée sont les effets de notre propre démesure virtuelle.

Il importe donc de repérer d'autres formes d'agressivité qui, parce qu'on ne les distingue pas de cette première forme d'agressivité, susciteront des comportements inadaptés. Or il y a bien d'autres comportements possibles que la fuite ou la contre-agression.

□ **La crise cathartique**

Une mère de famille a vu son enfant de 6 ans scalpé par une vitre brisée. L'enfant est tout sanguinolent. Affolée elle met son enfant sur le siège arrière et part aux urgences. Dans la précipitation, elle froisse l'aile avant gauche de sa voiture. L'autre automobiliste manifeste sa colère. Elle parvient à le convaincre de reporter le constat, et, après échange des numéros de téléphone, elle reprend sa route. Elle se trompe d'itinéraire à deux reprises avant de parvenir devant l'entrée des urgences ; un garde lui demande de ne pas stationner là. Elle parvient à convaincre celui-ci de la laisser déposer son enfant. Elle est alors confrontée avec l'obstacle bureaucratique : un agent du bureau des entrées, plus centré sur son ordinateur que sur l'arrivante, lui pose une série de questions sur identité, sa sécurité sociale, sur sa mutuelle, questions surréalistes tellement elles sont éloignées de son souci présent. Bien sur la mère n'a pas sur elle les papiers demandés et ne parvient pas à retrouver son numéro de sécurité sociale. La secrétaire ouvre néanmoins un dossier. La mère s'apprête alors à avancer vers la zone de soins, mais une autre personne en blouse blanche (l'infirmière d'accueil et d'orientation) l'interpelle de derrière la banque qui la sépare du public et lui demande à nouveau son nom. Croyant que le rituel va recommencer à l'identique, la mère éclate, crie, et insulte l'infirmière.

Pour l'infirmière qui ne fait que suivre le protocole prévu, cet éclat est injuste et mal compréhensible ; sa réaction spontanée risque d'être dictée par de la contre-agressivité. En outre ce type d'incidents, non seulement sera source de stress, mais renforcera une attitude de défense contre ces usagers caractériels, et l'incitera à rester derrière la banque protectrice et à adopter une attitude « prudente » de distance et de fermeture vis-à-vis des usagers.

Cette attitude, naturelle, est-elle pour autant la plus adaptée à la situation ?

Il faut reconnaître que l'agressivité est souvent une manifestation qui résulte d'une série de frustrations accumulées. Quand la coupe est trop pleine, il faut qu'elle déborde. Le remède à ce « trop plein » de frustrations est dans l'expression même de l'émotion rentrée.

Dans l'Antiquité, les Grecs et les Romains assistaient en masse aux spectacles de tragédie. On a aujourd'hui du mal, malgré les cars qui acheminent les touristes culturels de toute part, à remplir un théâtre comme celui d'Orange. Cela suppose qu'à l'époque où il a été construit, Orange étant moins peuplée qu'aujourd'hui, tous les habitants d'Orange se rendaient au théâtre. Pourtant, pour qui connaît les pièces d'Eschylle ou de Sophocle, les spectacles de tragédies antiques ne sont pas drôles, on y voit les hommes jouets du destin, les familles se déchirer, les passions s'exacerber, et l'histoire inexorablement se finit mal.

« Quelle motifs peut pousser les hommes à s'enthousiasmer pour de tels spectacles ? » se demandait le philosophe Aristote. Comme réponse à cette question, il avait élaboré la théorie de la « catharsis » (purification ou purgation de l'âme) : chaque homme est habité par les germes de toutes les passions. En voyant ces passions re-présentées, on s'en libère. Re-présentées, c'est-à-dire à la fois mises en scène, mais aussi extériorisées. Cette distanciation permet d'avoir prise sur ce qui est représenté ; au contraire ce dont nous ne prenons pas conscience nous habite et nous possède.

Le psychodrame mais plus largement la plupart des méthodes de psychothérapie sont largement fondées sur ce processus d'expression. Ex-pression : faire sortir ce qui fait pression ; ce qui renvoie à toute une série de pratiques non seulement psychanalytiques, mais aussi d'examens de conscience, de confession ou de méditation. Par l'abréaction, on revit l'émotion traumatisante avec un autre niveau de conscience qui permet de la réinterpréter.

Plus prosaïquement, chacun a fait l'expérience dans sa vie quotidienne du processus cathartique. Dans un groupe « il y a de l'orage dans l'air », les tensions restent virtuelles, chacun se retient, tout d'un coup le ton monte, l'orage éclate, « on s'engueule un bon coup » et ensuite – parfois en tout cas - l'atmosphère est plus sereine.

Il n'est pas douteux que la société du spectacle fonctionne à ce processus cathartique : on va voir un film d'horreur pour éprouver, mais aussi extérioriser sa peur. D'autres préfèrent sortir leur mouchoirs pour vivre la peine dans des films sentimentaux, ou rire, ou ressentir le stress de l'agressivité... Sans doute tous les « spectacles » ne sont pas de la même qualité ; le « Nikita » de Besson ne vaut peut-être pas l'Antigone de Sophocle, le match de catch à 4 n'est pas de même niveau esthétique qu'une corrida. Mais le « travail » cathartique est toujours à l'œuvre : ou dans le vocabulaire post-psychanalytique approximatif on dira qu'on « se défoule ».

Dans cette perspective, le coup de gueule de la mère devant l'infirmière d'accueil et d'orientation est pour elle une réaction saine. D'une certaine façon, le symptôme est aussi le remède : quand la coupe est pleine, son débordement est nécessaire.

De même les soignants qui sont affrontés aux insultes ou aux coups de cannes des personnes en gériatrie, peuvent prendre conscience qu'il y a là une manifestation de vitalité qui est plutôt un bon signe pour la personne âgée.

La pertinence ne consiste donc pas à bloquer l'expression de la colère, puisqu'elle est une libération de la tension, mais à éviter en tant qu'interlocuteur d'en être victime.

Au lieu de s'opposer à l'expression de l'agressivité, il faut la tolérer et même la faciliter tout en s'en protégeant.

On s'en protège d'abord par la conscience que l'agression ne vise pas véritablement notre personne, mais que nous ne sommes que le substitut de toutes les sources de frustrations, l'attente, les nécessités bureaucratiques, le stress et le « pas de chance ».

Par ailleurs, on sait que l'intensité des émotions suit un rythme qui le plus souvent adopte une forme « en chapeau de gendarme » (courbe de Gauss). S'il est possible d'empêcher la manifestation de la colère ou de la frustration en début de cycle, cela demande une énergie considérable pour tenter souvent en vain, de le faire lorsque l'émotion se rapproche du sommet de sa courbe. C'est d'autant plus inadapté qu'il suffirait de laisser ce débordement se manifester pour qu'il retombe de lui-même.

Dans les services où on connaît un peu les usagers, on peut distinguer ceux qui « démarrent au quart de tour », c'est-à-dire ceux qui ont une faible tolérance à la frustration de ceux qui ont intériorisé et accumulé les frustrations jusqu'à ne plus pouvoir se contenir.

Avec les premiers, il est possible de faire barrage à l'expression de l'agressivité par un recadrage qui remette le râleur « à sa place ». Comment ? En surprenant l'interlocuteur qui s'attend soit à ce que vous cédiez, soit à une résistance de contre-agressivité de même niveau que le sien ; il s'agit donc de se désynchroniser, soit par une attitude beaucoup plus agressive que la sienne, soit, et c'est le plus souvent plus praticable, en restant sur ses positions avec un ton froid traduisant le fait qu'on n'est pas touché par la colère de l'autre.

Au contraire, avec les seconds il vaut mieux tolérer et même faciliter l'expression de l'émotion.

Ensuite, il est souhaitable de ne pas s'opposer à celui qui explose ; ne pas s'opposer, c'est ne pas contre attaquer ni même se défendre. Sans doute pour moi-même et pour les logiques de l'institution dont je fais partie, les propos de celui qui « pique une colère » sont souvent injustes ; mais il importe d'abord qu'il puisse les exprimer et plus encore qu'il puisse manifester les émotions qu'il ressent.

Parfois même, le protagoniste s'attendait à rencontrer une opposition et surpris de ne pas la trouver, il va nuancer ses propos et dire lui-même les objections qu'on aurait pu lui faire (« je sais bien que vous n'y êtes pour rien »...).

Cette attitude d'écoute active, visant à faciliter l'expression de l'interlocuteur et à reformuler le plus justement possible sa vision subjective de la situation, cette attitude d'accompagnement qui a parfois été comparée à un aikido relationnel, est la voie la plus efficace pour apaiser une personne atteinte par ce type d'agressivité. Après seulement cette étape cathartique, il sera possible d'engager un dialogue permettant de « raisonner ».

□ **L'échec de la communication**

Cette catégorie d'agressivité est assez proche de la crise cathartique dont elle ne serait peut-être qu'une sous catégorie. Ici l'agressivité naît du sentiment de ne pas avoir été

compris, (dimension instrumentale de la communication), ou de ne pas avoir été « reconnu » (dimension relationnelle de la communication).

Tous les professionnels de l'accueil du public sont confrontés à ces altercations qui proviennent de l'irritation que produit la difficulté à s'entendre soit par défaut de code commun soit par qui pro quo.

Compte tenu de l'évolution du monde contemporain, la proportion des usagers qui ne comprennent pas le français est de plus en plus grande. Certains hôpitaux font appel à des traducteurs ; pour nécessaire qu'elle soit, cette solution institue une relation triangulaire qui n'est pas forcément simplificatrice.

Même entre locuteurs qui croient parler la même langue, le code n'est que partiellement commun. Chacun dans sa position a son référentiel et ses facilités de langage (sigles, abréviations, allusions) qui ne sont compris que de ceux qui partagent cette position. Depuis l'épisode de la Tour de Babel, les langues sont faites pour communiquer avec certains et ne pas communiquer avec d'autres. Ainsi se marquent les territoires conceptuels.

« L'A.S. est retenue à la relève, elle reviendra dans un petit moment » est une phrase banale pour les soignants, mais qui a des risques d'être incompréhensible pour tout usager qui n'est pas familier avec le monde hospitalier, c'est à dire qui ne sait ce qu'est une relève, qui ignore ce que veut dire le sigle A.S. (ou A.S.D.) , d'ailleurs lui dirait-on que cela signifie « aide-soignant », serait-il plus avancé ? En outre, l'expression « petit moment » peut recouper des durées fort différentes et porte de gros risques de frustrations et de conflits.

Un usage plus systématique des techniques classiques de communication peut prévenir beaucoup de ces irritations. (cf. Pascal PAPILLON et Jean-François THIRION Les soignants et la communication Paris Ed. Lamarre 1996).

En cas d'échec et de déclenchement de l'agressivité, on évitera de soupçonner l'autre de quelque faute (« c'est un imbécile, il ne comprend rien », « il est fou », ou encore « il le fait exprès ») pour adopter une attitude proche de celle préconisée dans la situation précédente de « crise cathartique » : écoute active jusqu'à parvenir à trouver une reformulation dans laquelle l'interlocuteur retrouve son intention de façon satisfaisante. Cependant, dans la mesure où la difficulté concerne moins des sentiments ou des émotions accumulées, on s'attachera à proposer des reformulations plus objectives, mais plus précises et contextualisées (Qui ? Quoi ? Où ? Pourquoi ? Combien ? Comment ? etc.).

A un autre niveau, l'échec de la dimension relationnelle engendre parfois une irritation encore plus pénible. Il est bien connu qu'un des désirs les plus fondamentaux de l'homme est d'entrer dans une relation de personne à personne. Le désir de « reconnaissance » c'est vouloir exister pour l'autre, être présent dans son univers mental.

Une des aspirations les plus communes des patients ce serait d'être soigné par le même soignant avec lequel on est parvenu à tisser des relations de confiance.

Or la division du travail (par métiers et par horaires), la technicisation des relations (protocoles), la tendance spontanée des soignants à se protéger (la « bonne distance »), peut induire chez les soignés un sentiment d'isolement.

En psychiatrie, les patients interprètent parfois l'attention dont ils sont l'objet de la part des blouses blanches comme une observation de cobayes par des savants voyeurs.

Le thérapeute peut avoir une certaine intelligence de la situation du malade, mais en replaçant cette situation dans son système référentiel de classement ou d'étiologie il ne suscite pas le sentiment d'être compris.

Tous les acquis de la méthode non-directive de Carl ROGERS, ou de la Programmation Neuro-Linguistique ont démontré combien il est important d'entrer dans le système de représentations (le « métamodèle ») de l'interlocuteur pour créer le sentiment d'être compris.

L'agressivité peut-être le symptôme d'une relation manquée et un appel à une communication d'une autre qualité.

Le signe que cet appel est entendu devrait se traduire par un effort de synchronisation (par exemple s'asseoir de façon à ce que son visage soit à la même hauteur que celui de l'interlocuteur), et d'entrée dans l'univers mental et affectif de celui qu'on tente de comprendre.

Le mot juste jaillira quand on aura renoncé à son propre référentiel, surtout s'il est scientifique ou technique ; mais ce sacrifice temporaire n'est pas aisé car il assure une fonction de protection psychologique et nous met dans une relation directe, de « personne à personne », authentique mais périlleuse.

Plus l'autre est mal, plus grande sera la crainte de se laisser contaminer par ce mal-être. Pourtant, même pour recadrer, c'est-à-dire modifier le référentiel de l'autre, il est plus efficace de participer d'abord à son univers subjectif.

□ **Transferts et projections**

Les émotions sont ductiles et peuvent se manifester sans rapport raisonnable avec les circonstances qui les ont réveillées.

Un enfant mis en présence avec une personne en blouse blanche se met à hurler. On ne peut comprendre ce « caprice » que si le rapporte à une situation antérieure où l'enfant a souffert par l'intermédiaire d'autres blouses blanches (par exemple dans une opération des amygdales sans anesthésie).

Une réaction suscitée par une circonstance peut se manifester dans une circonstance analogue, même si l'analogie est très superficielle. Et cette manifestation peut être d'autant plus forte que la réaction est « interdite » dans la première circonstance : une anorexique peut mal supporter la présence trop « maternelle » de telle ou telle soignante alors même que dans sa famille, la jeune fille ne pouvait manifester son hostilité à la figure de la mère que par le refus de s'alimenter.

La généralisation est une autre figure du transfert : on généralise une relation difficile qu'on a pu vivre avec quelqu'un, à tous les représentants de cette catégorie : « Si ce n'est

toi, c'est donc ton frère » dit le loup de la Fable qui se justifie de dévorer l'agneau parce qu'il l'assimile à tout un ensemble hostile « vous, vos bergers et vos chiens ».

Certaines réactions agressives manifestent des conflits internes, intra-familiaux voire intra-psychiques. L'adolescent boutonneux mal dans sa sexualité proclame que « toutes les filles sont des salopes » pour dire que son désir des filles le fait souffrir.

Julien BENHAMID ne supporte pas le contact avec les noirs et les arabes ; il se proclame ouvertement raciste. Tout ceux qui le connaissent comprennent le sens de son rejet, sauf le brancardier martiniquais qu'il aura sans raison insulté.

Ce que l'on ne peut supporter chez soi, c'est aussi ce que l'on rejette chez les autres ; une longue pratique de la « dynamique des groupes » dévoile la banalité de ce phénomène : « tout de suite je t'avais trouvé antipathique, à présent je comprends que tu représentais une part de moi-même que je rejette ».

Chaque fois qu'une part de moi-même est refoulée, ma capacité de comprendre les autres est amoindrie. Il faut bien distinguer le processus largement involontaire du refoulement, de la démarche consciente de renoncer, pour des raisons morales ou même pratiques à réaliser certaines virtualités dont je peux avoir conscience.

Inversement, on peut en vouloir à quelqu'un non seulement parce qu'il évoque ce qui en moi me gêne, mais aussi ce qui me manque (ce qui est presque pareil). Cela s'appelle banalement l'envie. Les personnes très belles sont souvent l'objet de réactions agressives qui n'ont pas d'autre ressort que la jalousie. Des rivalités mimétiques par exemple entre médecins de même discipline, peuvent éclater, même quand aucun enjeu objectif ne les oppose.

On pourrait aussi évoquer un type de projection « complémentaire » par lequel on « justifie » sa pulsion agressive par le désir supposé de l'autre ou le bien commun.

Le violeur peut imaginer qu'en réalité sa victime « aime ça » ; le responsable hiérarchique peut tenter de justifier ses « coups de gueule » par l'idée que « les coups de pied au cul, ça les fait avancer », et masquer ainsi les vraies motifs personnels de son comportement.

Face à ces formes projectives d'agressivité, deux attitudes peuvent être adoptées, selon les cas, en exclusivité, en complémentarité ou en alternance : tolérer ou recadrer.

Tolérer l'agressivité comme symptôme relève de la thérapie : l'infirmière qui laisse se manifester l'hostilité de la jeune anorexique envers elle, permet le processus cathartique préalable à des prises de consciences.

Quand un processus thérapeutique n'est pas la mission que l'on se propose, la meilleure façon de se défendre contre les agressions de transfert ou de projection consiste à tenter un recadrage. « Je ne suis pas ce que vous croyez ». Face à l'anorexique, la soignante peut préciser : « Je suis une technicienne de la diététique, je ne suis pas ta mère ».

□ **La contagion mimétique**

Les émotions sont contagieuses : j'entre dans une pièce où tout le monde rit, j'ai envie de rire sans même savoir ce qui a provoqué cette hilarité. On crie « au feu ! » dans une salle

de spectacle, un peu de fumée se dégage, et l'on voit de une assemblée de personnes jusque là très courtoises prises de panique, piétiner sans scrupule ceux qui sont à terre. Sous l'effet du nombre, en ensemble de « braves gens » peut se livrer au lynchage.

Le nombre accentue l'intensité du climat : pour faire une fête c'est un facteur déterminant. Pour la même raison, lorsque les circonstances sont frustrantes et peuvent créer un climat d'hostilité, il importe de pouvoir séparer le groupe, d'autant plus que la situation de foule désresponsabilise : le nombre dilue le risque et donne un sentiment d'impunité.

Dans les salles d'attentes de consultation, ou à certaines heures aux urgences, la concentration de personnes en attentes peut créer une situation explosive ; la moindre frustration peut alors servir de détonateur.

Si l'on convoque tous les consultants à la même heure, on risque de créer dans les files d'attente du bureau des entrées un climat de tensions ; il suffira qu'un ou deux usagers plus caractériels émette quelques remarques : « on voit bien que c'est des fonctionnaires ! », « c'est pas normal quand on est malade d'avoir à rester debout si longtemps ! »... pour que l'orage gronde dans le hall des entrées.

La réponse à ce type d'agressivité consiste à dissocier la foule. Les flux se gèrent : dans les supermarchés ou sur les autoroutes, on sait le plus souvent ouvrir des caisses ou des couloirs de sortie supplémentaires lorsque les queues d'usagers dépassent un certain nombre.

Il faut se donner les moyens de dissocier un groupe : plusieurs petites salles d'attente valent souvent mieux qu'une grande.

Dans tel grand hôpital, le service du bureau des entrées a sacrifié une pièce par ailleurs bien utile, pour traiter spécialement les personnes à problème, pour recevoir les familles des patients décédés, mais aussi pour traiter à part le cas des « grandes gueules » qui râlent plus que les autres dans les files d'attente.

Quand on ne peut empêcher que l'attente soit longue, au moins peut-on cacher les professionnels qui ne s'occupent pas directement des usagers : ainsi, aux urgences quand les temps d'attentes s'accumulent, il est important de cacher les blouses blanches qui ne s'occupent pas directement des usagers même si ce sont des brancardiers qui attendent qu'on est besoin d'eux ou des soignants qui prennent une brève pause. Sinon leur apparente oisiveté déclenchera la colère des patients.

Quand on ne peut dissocier physiquement le groupe, on peut tout de même le dissocier psychologiquement. Les enseignants aguerris savent qu'il faut éviter de réprimander un trop grand nombre d'élèves à la fois ; on peut féliciter un groupe mais pas l'attaquer. Compte tenu de sentiment d'impunité, de force et d'émulation que crée la situation de groupe, l'enseignant se fera alors inévitablement chahuter. Il peut au contraire, isoler un ou deux des perturbateurs, et en se confrontant à eux, amener les autres élèves à un comportement de spectateurs soulagés d'avoir évité le coup de projecteur.

Lorsqu'un tzigane est soigné, ou plus encore à l'agonie, l'usage est que tous les proches soient présents pour soutenir le souffrant dans son épreuve. Les services sont mal préparés à recevoir des visiteurs qui « s'incrument » en grand nombre. Comment expliquer à une douzaine de manouches qui débordent dans le couloir que leur présence est une gêne pour les malades voisins et pour le bon fonctionnement du service ? La

chose est délicate, mais elle devient désespérée si le surveillant s'adresse à l'ensemble du groupe. Elle peut tenter en revanche de s'adresser à une personne qui lui semblera être plus responsable, lui expliquer sa difficulté et lui demander de jouer un rôle médiateur entre le service et le groupe. Si elle ne parvient pas à faire venir la personne choisie dans son bureau, au moins faudra-t-il « ignorer » les réactions et les propos des autres participants.

□ **Le chantage**

Le chantage est une menace de violence pour obtenir d'autrui le comportement désiré. A proprement parler, le chantage n'implique pas obligatoirement une pulsion agressive, c'est un comportement rationnel visant à obtenir le résultat désiré par la menace de violence. Comportement rationnel, il appelle une réponse rationnelle dont le contenu dépend du rapport des forces.

La « cliente » qui n'obtient pas la chambre individuelle qu'elle escomptait affirme qu'elle va écrire au Directeur ; l'effet de pression sur le personnel est nul ; au contraire on serait plutôt content de donner à la Direction un message indirect sur le manque des moyens affectés au service. En revanche, la même « cliente » a plus de chances d'obtenir ce qu'elle veut si elle se met à hurler sa fureur sans retenue. Dans ce cas il faut répondre à l'inquiétude de tous les patients et de leur famille, faire appel à l'interne de psychiatrie, qui sera bien embarrassé ; bref, tout le service sera suffisamment perturbé pour que les responsables « se mettent en quatre » pour trouver une chambre à cette patiente récalcitrante.

Comme le montre l'analyse stratégique et la sociologie des organisations, les relations professionnelles à l'hôpital comme ailleurs sont largement structurées par des rapports de chantages plus ou moins explicites. Bien sur, ce type de pression s'exerce surtout sur ceux qui ont les statuts les plus fragiles : la hiérarchie et les collègues ont souvent tendance à imposer le « sale boulot » aux C.D.D. (contrats à durée déterminée). En gériatrie, la toilette mortuaire est une tâche souvent imposée aux stagiaires et C.D.D. c'est-à-dire aux petits jeunes mal aguerris. Mais ces pressions ne s'exercent pas seulement selon la place dans le niveau hiérarchique. On sait bien qu'une surveillante n'a pas beaucoup de moyens de pression pour imposer des changements à son équipe ; en revanche, les agents ont à leur disposition une arme extrêmement dissuasive : celle de se mettre en congé maladie.

Un ingénieur chargé de la maintenance souffrait de la manière dont il était reçu dans les blocs par les chirurgiens. Effectivement chaque fois qu'on l'appelait, on le tenait pour responsable des défaillances du matériel qui perturbait le programme des opérations. Les chirurgiens ne sont habituellement pas réputés pour le contrôle de leurs humeurs ; on devine le climat de tensions, d'éclats de voix et d'insultes dans lequel se retrouvait ce pauvre ingénieur. Du jour où au cours d'un stage sur les conflits, il a compris que le rapport de force était en sa faveur, sa position est devenue beaucoup plus confortable. Chaque fois que dans son intervention au bloc il se fait malmener par le chirurgien, il explique calmement qu'il n'est pas payé pour être engueulé et que si on a besoin de ses services, qu'on vienne le lui demander en présentant ses excuses. Depuis il se fait respecter.

Dans les services hospitaliers qui desservent de petites villes ou des quartiers plus ou moins « difficiles », les soignants rechignent à porter sur leur blouse le badge qui

mentionne leur nom. Car ils habitent aussi dans les mêmes cités que les usagers et craignent le chantage aux pneus crevés, aux agressions sur le trajet de travail, ou même aux harcèlements de leurs enfants. Ces menaces semblent être rarement mises à exécution cependant, dans certains services (psychiatrie, sevrage d'alcooliques ou de toxicomanes) ou dans certains quartiers, elles sont proférées pour nourrir le sentiment d'insécurité des agents. On peut parfaitement prendre en compte la crainte des personnels sans retomber dans l'anonymat des blouses blanches. Ce que les usagers attendent, c'est de pouvoir mettre un nom sur chaque intervenant ; ce n'est pas forcément de connaître le nom de l'état-civil. Il suffit donc que les agents qui craignent la vengeance d'un usager ou le harcèlement d'un obsédé sexuel face usage dans le service d'un « nom d'artiste » connu de tous les collègues pour résoudre le problème.

Face au chantage, violence instrumentale, moyen d'une stratégie, la réaction doit être déterminée par une analyse rationnelle des enjeux et des rapports de force. On apprend aux employés de banque à céder sans honte aux « braqueurs ». Dans d'autres cas, il faut apprendre à manifester un rapport de force favorable pour éviter l'escalade.

Dans certains cas, on peut lutter contre un chantage par un contre-chantage : un patient a contracté une maladie nosocomiale ; il menace de porter plainte. Le chef de service contre-attaque en menaçant de cesser de soigner le patient et de le faire transférer dans un autre service. Le malade cesse d'en parler.

Cependant, les maîtres-chanteurs habiles dont les moyens de pression sont peu crédibles peuvent affaiblir la capacité à raisonner et donc à résister de leurs victimes soit en jouant sur la dimension affective (menace sur les enfants, risque de perdre la face,...) soit en jouant à la limite d'une apparente démente.

Il y a des spécialistes du « coup de gueule » qui obtiennent beaucoup des autres simplement par leur capacité à feindre la folie furieuse.

Aux urgences ou dans certains services spécialisés, (mais probablement aussi dans les pharmacies et les cabinets des médecins de ville), des toxicomanes tentent d'obtenir la délivrance de psychotropes par un chantage à la violence porté et rendu crédible par un comportement à limite de démente.

Nous avons interrogé les professionnels confrontés à ces pratiques. Deux interprétations sont possibles. Une minorité des soignants pense que la souffrance due à l'état de manque peut provoquer une crise de folie furieuse. Dans ce cas il faudrait maîtriser le toxicomane ou lui céder. Mais la majorité des professionnels affirme qu'en réalité quand on refuse de céder au chantage, après quelques éclats pour vérifier la détermination des soignants, les toxicomanes se retirent pour tenter leurs chances ailleurs. En revanche, si l'on cède, cela se dira dans le milieu et se répétera.

Céder au chantage ne résout jamais le problème que pour un temps et encourage de nouveaux chantages.

Dans le cas où l'on est en mesure de diagnostiquer un chantage, il est recommandé de minimiser toute émotion. (On sait que dans tous les cas de prise d'otage, il vaut mieux faire appel à des professionnels pour mener la négociation). Minimiser ses émotions pour raisonner correctement, pour éviter d'entrer dans une relation de défi avec celui qui exerce le chantage (le passage à une logique de l'honneur et de la honte -« t'es même pas

chiche »- peut conduire à des attitudes déraisonnable) et surtout pour éviter sa propre panique qui risque de contaminer le maître-chanteur.

Tard le soir, dans un quartier mal famé, un promeneur rencontre un voyou qui, sous la menace d'un couteau lui fait la scène de « la bourse ou la vie ? ». Le promeneur répond calmement, sans provocation : « mon ami, je dois avoir vingt trois euros et cinquante deux centimes dans ma bourse ; ma vie ne vaut plus grand chose, je suis malade elle est largement derrière moi. Mais vous, vous êtes jeune, croyez-vous qu'il vaille le coup de risquer de passer vos belles années en prison pour un peu plus de vingt euros ? ». Le voyou déstabilisé sauve la face en maugréant « casse-toi ».

□ Codes culturels décalés

Il faut encore mentionner les comportements qui nous paraissent agressifs parce que nous ne les comprenons pas.

Certains enseignants ont par habitude professionnelle tendance à parler fort. Hors de leurs cours, dans un café ou dans un salon, ils continuent à s'exprimer dans un volume inadapté à la situation. Ils ne comprennent pas les raisons qui amènent certains de leurs interlocuteurs à leur demander pourquoi ils sont en colère.

La langue arabe comporte des phonèmes gutturaux qui peuvent connoter pour ceux qui l'ignorent, une impression de rejet, mépris, vomissement. Un européen qui entend une conversation un peu vive entre arabophone aura le sentiment erroné qu'ils s'agressent.

Si je vais dans la région de Toulouse, je ne dois pas me sentir automatiquement insulté si les phrases que l'on m'adresse sont ponctuées de « con » ou « putain con ». Le fait de savoir qu'il peut s'agir d'automatisme de langage n'implique que je doive accepter cette manifestation de familiarité. Eventuellement je répondrais sur un ton de politesse un peu cérémonieuse pour signifier à mon interlocuteur « qu'on n'a pas gardé les cochons ensemble ». Mais je ne devrais pas me sentir agressé pour autant.

Les soignants doivent à ce propos comprendre que leur propre comportement peuvent parfois être perçus par les patients comme agressifs. Certaines façons de marcher en attaquant le sol par le talon, certaines tensions dans les épaules ou dans les bras peuvent donner à la silhouette une apparence brutale.

Sans mauvaise intention, une aide-soignante qui pour faire la toilette d'un patient, entre dans sa « bulle d'intimité » sans prise de contact préalable par le regard et la parole sera perçue comme intrusive. Sans précautions, certains soins purement techniques ne sont pas très éloignés du viol.

Ce phénomène de qui pro quo est encore plus courant dans le cas où les personnes ne respectent pas les codes implicites qui sous-tendent les comportements ordinaires : étrangers et malades relevant de la psychiatrie sont souvent perçus comme inquiétants et dangereux.

Les professionnels de la relation doivent donc apprendre à raisonner leurs réactions spontanées : on peut à tort, se sentir agressé, sans agression.

Puisque les codes verbaux et surtout non-verbaux varient en fonction des cultures, des religions, des classes sociales, des familles et des individus, il faut pour s'adapter apprendre à « traduire » d'un code à l'autre. Dans une société de brassage des populations, des formations sur l'adaptation des soins en fonction des différences culturelles peuvent prévenir certains malentendus.

Se préparer à affronter « l'agressivité »

Pour la plupart des gens, une manifestation d'agressivité provoque deux réactions : la peur et/ou la colère ; c'est-à-dire en terme de comportement la fuite (dont l'inhibition est une forme) ou la contre-agressivité.

Mais lorsque l'on fait l'analyse de toutes ces formes concrètes d'agressivité ou d'apparentes agressivité, on est amené à reconnaître que ces comportements ne sont que rarement adaptés à la situation.

Seule la situation très rare de « folie furieuse » justifierait ces attitudes...Les autres types se traitent autrement.

Puisque la réaction spontanée est le plus souvent inadaptée, il faut donc se préparer aux heurts prévisibles par un entraînement cognitif et pratique.

Michel MICHEL et Jean-François THIRION