



HAL
open science

Violences, troubles psychiques et société

Livia Velpry

► **To cite this version:**

Livia Velpry. Violences, troubles psychiques et société. Regards sur l'actualité : mensuel de la vie publique en France , La Documentation Française, 2009, pp.22-35. halshs-00916463

HAL Id: halshs-00916463

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00916463>

Submitted on 11 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Violences, troubles psychiques et société

LIVIA VELPRY,

sociologue, maître de conférences à l'Université Paris 8 /CESAMES (CNRS-INSERM-Paris Descartes)

Associer les termes de violence et de troubles psychiques relève du sens commun ; les différentes acceptions de cette association montrent cependant que la nature de leur relation est moins évidente qu'il n'y paraît et que son appréhension n'est pas dépourvue d'ambiguïté. La préoccupation médiatique pour le suivi psychiatrique des auteurs d'agressions violentes coexiste ainsi avec l'attention croissante portée aux violences dont sont victimes les patients hospitalisés ou suivis en psychiatrie. En même temps que l'accent est mis sur la dangerosité des personnes ayant des troubles psychiques, s'impose l'idée que le fait de subir des violences provoque des troubles psychiques.

On assiste par exemple à la généralisation des dispositifs de prise en charge psychologique lors de la survenue d'événements perçus comme violents ; on peut citer également la définition d'un trouble spécifique, celui de stress post-traumatique. De plus, les contours des termes employés sont mouvants, puisque l'on assiste à une évolution dans la définition même de ce qui est perçu comme une violence et de ce qu'est un trouble psychique. Un travail de définition constitue donc un préalable indispensable. Que sait-on des liens entre maladie mentale et violence ? Comment la violence est-elle envisagée et perçue dans les lieux de soin en psychiatrie ? En examinant ces questions, on disposera d'un premier aperçu des formes contemporaines de l'association entre violence et troubles psychiques.

Violence et troubles psychiques, de quoi parle-t-on ?

La question de la violence est prégnante dans les sociétés occidentales. On peut en voir la trace en sciences sociales dans la parution d'ouvrages de synthèse¹. De fait, la violence est un thème ancien pour la sociologie. Elle a été abordée dans sa dimension collective – guerres, conflits... – mais aussi à propos de la légitimité de son exercice² et de ses liens avec les rapports sociaux de pouvoir et de domination – on pense, par exemple, à la notion de violence symbolique développée par Pierre Bourdieu³. Bien que l'on emploie souvent le terme au singulier, lorsque, par exemple, les médias évoquent une « montée de la violence », il couvre une réalité sémantique très vaste et est utilisé dans des acceptions multiples. Les violences infligées aux populations lors de conflits armés côtoient les violences verbales subies par des employés au travail ou la violence de l'agression physique lors d'un vol à l'arrachée. En ce sens, ce terme sert à désigner des questions, problèmes, notions, univers qui n'ont aucune raison d'être traités ensemble si ce n'est leur appellation commune⁴. Dans une certaine mesure, la notion de troubles psychiques possède le même caractère hétérogène et extensif⁵. D'usage plutôt récent, elle participe d'une nébuleuse de termes aux contours et aux relations mal définis tels que la santé mentale, le handicap psychique et la maladie mentale. D'une part, la notion de trouble psychique peut inclure à la fois les pathologies mentales graves, qui sont souvent associées à l'image de la folie et font

¹ Wieviorka M., *La violence*, Hachette Littérature, 2005 ; Crettiez X., *Les formes de la violence*, Coll. Repères, La Découverte, 2008

² Lovell, A.M., Velpry, L., Cook J., *Violence envers les personnes atteintes de troubles psychiques : revue de la littérature, évaluation des sources de données en France et préconisations*, Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités, INSERM, Mars 2007, p. 5

³ Bourdieu P., *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Fayard, 1982

⁴ Même si certains anthropologues défendent justement la nécessité de considérer l'ensemble de ces questions dans un « continuum de la violence » (cf. Scheper-Hugues N., Bourgois P. (dirs), *Violence in war and peace. An anthology*, Blackwell Publishing, 2005).

⁵ Lovell A., *Définitions et enjeux du handicap psychique et de ses notions connexes : une approche pragmatique*, Rapport MiRe-Drees, novembre 2007

encore l'objet d'une forte stigmatisation⁶. D'autre part, elle peut recouvrir des difficultés psychologiques plus courantes, compatibles avec une insertion sociale, professionnelle et familiale, et dont le caractère pathologique est débattu⁷.

Récemment, la violence a été reconnue comme un problème de santé publique. L'Organisation mondiale de la Santé, dans son Rapport mondial sur la violence et la santé paru en 2002, considère ainsi que la violence « nuit considérablement [au] bien-être [des populations] », en raison de ses conséquences en termes de mortalité ou de santé physique ou psychique ; l'OMS fait de la prévention de la violence un « défi planétaire ». Dans la suite de ce rapport, en France, la loi de santé publique prévoit en 2004 la mise en place d'un plan national « Violence et santé » pour « limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives »⁸. Parmi les six commissions chargées de mener les travaux préparatoires à l'élaboration du plan figure la Commission « violence et santé mentale »⁹.

Soulignant eux aussi que l'exploration des liens entre violence et santé mentale engage dans des voies d'autant plus larges que la définition de ces deux notions est floue, les membres de cette commission organisent leur réflexion autour des deux acceptions les plus courantes de ces liens. L'un explore les différentes formes de violence associées à une population spécifique, celle des personnes présentant des troubles mentaux. L'autre traite des conséquences psychologiques et psychopathologiques de la violence subie. Dans la nécessité de cette distinction, fonctionnelle mais toujours imprécise comme le souligne la commission elle-même¹⁰, il apparaît que lorsqu'il s'agit de traiter de violence et de santé mentale, les liens de causalité spontanément envisagés sont à double sens. En effet, on ne peut pas considérer uniquement les conséquences que peut avoir la violence sur la santé mentale des populations, pour paraphraser l'OMS. On est également amené à s'interroger sur l'impact de la santé mentale, ou plus précisément des pathologies mentales, sur les actes de violence commis. En examinant comment cette dernière question émerge et a été traitée, on verra qu'elle peut elle-même être renversée.

Maladie mentale et violence

Une association persistante...

L'association la plus courante entre maladie mentale et violence a été réactivée récemment, lors de la médiatisation de plusieurs cas d'agressions dans l'espace public dont les auteurs avaient été suivis en psychiatrie. Ces affaires ont donné lieu à des débats sur la dangerosité des personnes ayant des troubles mentaux et sur la nécessité de réponses sociales spécifiques. On peut également citer les discussions récurrentes, ces dernières années, sur le taux élevé de troubles mentaux parmi les détenus. Plus largement, de nombreuses enquêtes attestent de la persistance d'une association entre maladie mentale et violence dans les représentations sociales. Le constat est ancien et semble s'accroître¹¹. Il se retrouve dans divers pays occidentaux lorsque l'on s'appuie sur les perceptions dans la

⁶ Link B.G., Phelan J.C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B.A., Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance, *American Journal of Public Health*, n° 89, pp.1328-1333, 1999

⁷ Ehrenberg A., Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale, *Esprit*, mai, pp. 133-156, 2004

⁸ Il constitue l'un des cinq plans stratégiques prévus par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁹ Tursz, A., *Rapport général, Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Paris: La Documentation française, Mars 2005

¹⁰ Lovell, A.M *Rapport de la commission « Violence et santé mentale », Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Paris: La Documentation française, Mars 2005

¹¹ Phelan J.C., Link B.G The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n° 33 (1), pp. 7-12, 1998

population générale¹². En France, ils ont récemment été confirmés par une enquête menée dans différentes régions françaises¹³. On retrouve le même résultat en analysant les représentations de la maladie mentale dans les médias¹⁴. Le thème de la maladie mentale est presque exclusivement abordé de façon négative et les personnes ayant une pathologie psychiatrique sont le plus souvent présentées comme violentes, que ce soit dans les informations ou dans les émissions de divertissement ou de fiction¹⁵. Or, d'autres travaux semblent indiquer qu'un tel biais a un effet observable sur la perception, dans la population générale, des personnes ayant des troubles psychiatriques comme dangereuses et violentes¹⁶. Cette association n'est pas cantonnée aux débats publics ou au sens commun ; elle se traduit dans les missions attribuées à la psychiatrie, puisque la dangerosité, pour soi ou pour autrui, est un des motifs communément attribué à l'hospitalisation sans consentement aujourd'hui.

La violence associée à la maladie mentale est généralement définie par son caractère imprévisible et immotivé. Ce faisant, l'intentionnalité de l'acte est mise en doute, ce qui se traduit d'ailleurs dans les dispositions d'irresponsabilité prévues par le Code Pénal. Depuis 1994, l'article 122-1 établit en effet que la personne « atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » n'est pas « pénalement responsable » et ne peut donc être jugée. Il prévoit également, si le discernement n'est qu'altéré, un jugement possible mais avec atténuation de la sanction¹⁷. Or la plupart des définitions de la violence comprennent un critère d'intentionnalité¹⁸. Ainsi, pour l'OMS, la violence consiste en : « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence »¹⁹. La violence associée à la maladie mentale, qui semble échapper au moins en partie à cette définition, serait-elle particulière ?

...à l'épreuve des enquêtes.

Il est en tout cas certain que la force des représentations en dit peu sur la réalité du lien entre maladie mentale et violence. Dans le champ de la criminologie ou de la sociologie de la déviance, plusieurs auteurs ont établi que préoccupation pour la violence et sentiment d'insécurité étaient relativement indépendants de l'ampleur effective du phénomène, ou du moins que leur relation était complexe²⁰. Peut-on dire la même chose de la préoccupation sécuritaire à l'encontre des personnes ayant des troubles psychiques ?

La Commission « violence et santé mentale », qui a synthétisé les résultats établis sur la question (Lovell, 2005), souligne leurs ambiguïtés. Celles-ci tiennent à des difficultés

¹² Link B.G., Cullen F.T., Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are, *Journal of Health and Social Behavior*, n° 27, pp. 289-303, 1986 ; Angermeyer M.C., Beck M., Matschinger H., Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), pp. 663-668, 2003

¹³ Bellamy V., Roelandt J.L. et Caria A., « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *DREES, Etudes et Résultats*, n° 347, octobre 2004. Dans cette enquête, l'interrogation portait sur l'association entre violence, maladie mentale et folie dans la population générale. Le fait de commettre un meurtre est associé au fait d'être fou pour 45 % des personnes interrogées, au fait d'être « malade mental » pour 30 %. Le fait de commettre des violences sexuelles (viol ou inceste) est lui plus souvent associé au « malade mental » qu'au « fou ».

¹⁴ Gerbner G., Gross L., Morgan M., Signorelli N., Health and medicine on television, *New England Journal of Medicine*, n° 305, pp.901-904, 1981 ; Angermeyer M.C., Matschinger H., The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill, *Social Science and Medicine*, 43, pp. 1721-1728, 1996

¹⁵ Voir la partie consacrée par la Commission « violence et santé mentale » à la question des médias ; pour une revue plus détaillée de cette question (Lovell, 2005, *op.cit.*).

¹⁶ Angermeyer M.C., Schulze B., Reinforcing stereotypes : how the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mental ill, *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, pp. 469-486, 2001, cité dans Lovell, 2005, *op. cit.*

¹⁷ Cette disposition du Code Pénal a donné lieu à de nombreux débats ces dernières années. La diminution très importante de la proportion d'expertises concluant à l'abolition du discernement et le fait que l'altération du discernement joue comme une circonstance plus souvent aggravante qu'atténuante sont à l'origine de ces polémiques.

¹⁸ Lovell, 2005, *op.cit.*

¹⁹ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 2002.

²⁰ Mucchielli L., Une société plus violente ? Une analyse socio-historique des violences interpersonnelles en France, des années 1970 à nos jours, *Déviance et Société*, n° 32(2), pp. 115-147, 2008

méthodologiques, liées à la définition et au mode de repérage des comportements violents et des troubles psychiatriques, mais aussi à des difficultés théoriques, tant il est souvent difficile d'isoler le trouble psychiatrique des facteurs associés. Elle en résume cependant les principales conclusions, que l'on peut reprendre ici.

Dans leur grande majorité, les actes de violence sont commis par des personnes n'ayant aucune pathologie psychiatrique ; selon les différentes études, ces dernières ne sont à l'origine que de 2,7 % à moins de 10 % des actes de violences²¹. La variation entre les taux obtenus tient non seulement aux contextes locaux étudiés et aux dispositifs d'enquête, mais également à la définition plus ou moins extensive de ce qui constitue un comportement violent. En outre, ils diffèrent selon les pathologies ; lorsque l'on exclut les troubles psychiatriques liés à l'abus de substances psychoactives, les taux diminuent très nettement²².

Qu'en est-il des personnes ayant des troubles psychiatriques à l'origine d'une minorité des actes violents ? Cette question s'inscrit dans une longue tradition de recherche. Dans une revue de littérature internationale, Virginia Hiday²³ souligne combien les débats sur les liens entre violence et maladie mentale sont anciens et ont été source de conflits. Dès les années 1970, les chercheurs s'opposent. Certains travaux mettent en évidence la violence des personnes ayant des troubles mentaux graves ; d'autres s'attachent à prouver qu'en corrigeant les importants problèmes méthodologiques de ces premières études (en termes de définition et de mesure de la violence et d'échantillonnage)²⁴ et en contrôlant les autres variables, les différences constatées disparaissent.

Depuis les années 1990, des travaux d'épidémiologie fournissent des données plus fiables. Ils confirment que le risque de commettre des actes violents est légèrement plus important parmi les personnes ayant des troubles mentaux que dans la population générale. Là encore, la valeur exacte des taux est difficile à estimer ; elle dépend fortement de la population de référence, ainsi que du type de comportement violent considéré et de la manière dont l'information est recueillie. Dans une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population des États-Unis, Swanson et al.²⁵ montrent que 7 % des personnes ayant un diagnostic de trouble mental grave avaient commis un acte violent dans l'année précédente, contre 2 % de celles n'ayant aucun diagnostic.

Une conclusion importante ressort de ces études : la grande majorité des personnes ayant des troubles psychiatriques ne commet aucun acte violent, ceci y compris si l'on ne considère que les patients atteints de troubles graves. De plus, certains travaux indiquent que ce risque concerne uniquement les personnes qui ont récemment connu certains symptômes psychotiques, tels qu'entendre des voix par exemple²⁶. Il faut également noter que les variables liées à la présence d'un trouble psychiatrique sont beaucoup moins fortement prédictives de comportements violents que d'autres variables liées à la situation sociale et au mode de vie²⁷.

Ces résultats, loin de clore la question, ouvrent un important champ d'interrogations. En particulier, si l'existence d'une relation, même faible, entre maladie mentale et violence est établie, la nature de cette relation reste indéterminée. Souligner une corrélation entre la présence d'un trouble psychiatrique et des actes violents n'indique pas quel est le sens de la relation entre les deux événements, en termes temporels et de causalité. Ensuite, ces études ne tiennent pas compte des variables situationnelles ; on verra par exemple plus bas que dans le contexte psychiatrique un acte de violence peut s'expliquer par des éléments du contexte, tels que certains comportements des soignants par exemple. Enfin, la consommation d'alcool et de drogue ainsi que les troubles de psychopathie ou de

²¹ Lovell, 2005, *op.cit.*

²² Walsch E., Buchanan A., Fahi T., Violence and schizophrenia: examining the evidence, *British Journal of Psychiatry*, n° 180, pp.490-495, 2002

²³ Hiday V., The social context of mental illness and violence, *Journal of Health and Social Behavior*, n° 36, pp. 122-137, juin 1995.

²⁴ Hiday, 1995, *op.cit.*

²⁵ Swanson J.W., Holzer C.E., Ganju, V.K., Jono R.T Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys, *Hospital and Community Psychiatry*, n° 41, pp.761-770, 1990

²⁶ Link B.G., Stueve A., Psychotic symptom and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls, In Monahan J., Steadman H.J. (dir.), *Violence and Mental Disorder*, University of Chicago Press, pp. 137-160, 1994.

²⁷ Hiday, 1995, *op.cit.*

personnalité antisociale, qui sont très fortement associés à la fois à la violence et aux troubles psychiatriques, apparaissent comme des variables intermédiaires essentielles.

Auteur ou victime ?

Face à l'abondance de travaux cherchant à quantifier la violence dont sont auteurs les personnes ayant des troubles psychiatriques, la rareté des enquêtes qui s'intéressent à la violence dont elles sont victimes est remarquable. Une revue récente²⁸ établit qu'elles sont exposées à un risque nettement plus élevé d'être victime d'actes violents que la population générale. Là encore, cette conclusion, partagée par toutes les études existantes, recouvre une grande diversité d'estimations de taux de victimation. Ceux-ci dépendent à la fois de la définition de la population, des types de violence considérés – violences physique, sexuelle, verbale, atteinte aux biens – et de la durée d'exposition sur laquelle la personne est interrogée. Parmi les facteurs influant sur le risque de subir des violences pour les personnes ayant des troubles mentaux graves, on citera les conditions de vie – le fait d'être ou non sans domicile fixe par exemple –, dont le rôle est avéré, mais également la symptomatologie au moment de l'événement violent ou encore les pratiques de prise en charge des services de soin. Enfin, les auteurs émettent l'hypothèse d'un « effet de société », c'est-à-dire d'une majoration différente du risque de victimation des personnes ayant des troubles psychiatriques selon les pays. Du fait de l'absence d'enquête de ce type en France, on ne dispose pas d'estimation nationale.

De nombreuses enquêtes, réalisées généralement dans d'autres pays que la France, fournissent des éléments sur les formes et la fréquence d'exposition à la violence des personnes ayant des troubles psychiques, en tant qu'auteurs mais également, quoique moins souvent, en tant que victimes. Si l'hétérogénéité des études rend difficile d'établir des niveaux de mesures stables, des tendances fortes se dégagent : un risque relatif de commettre un acte de violence légèrement supérieur pour les personnes ayant des troubles psychiatriques et un risque relatif d'en être victime nettement plus élevé. Au-delà de leurs conclusions, ces études amènent à reconsidérer l'amalgame spontané entre folie et violence. Parce qu'elles nécessitent de définir de façon opérationnelle les notions de trouble psychique et de violence pour les constituer en variables, elles permettent d'en relativiser l'importance au regard d'autres caractéristiques des personnes ou des actes. Tournons-nous maintenant vers l'hôpital psychiatrique pour y examiner la façon dont la violence y est considérée et traitée. Il ne s'agit alors plus d'observer comment les troubles psychiques sont associés à la notion de violence, mais plutôt comment la notion de violence construite par les politiques publiques rencontre l'univers psychiatrique et celui des troubles psychiques.

La violence en contexte de soins psychiatriques

La double entrée des politiques publiques

La sécurité des soignants...

Ces dernières années, la violence est appréhendée dans le milieu de la psychiatrie sous une nouvelle forme, en tant qu'objet de politique publique. Depuis la circulaire « relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence »²⁹, plusieurs mesures attestent de la préoccupation des pouvoirs publics face à la violence. Si les notions de « situation de violence » ou « d'actes de violence » employées dans les textes ne sont pas définies, c'est avant tout la violence exercée à l'encontre des personnels qui est visée. On le voit notamment dans la réaffirmation de l'obligation juridique des établissements de santé de

²⁸ Lovell A.M., Cook L., Velpry L., La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56, 197-207, 2008

²⁹. Circulaire n° 609 du 15 décembre 2000 publiée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

protéger leurs employés et la nécessité de former ces personnels à la prévention des manifestations d'agressivité des usagers au moment de l'accueil. En 2003, la loi de sécurité intérieure³⁰ a inclus les professionnels de santé parmi les personnes dites protégées, c'est-à-dire occasionnant une aggravation des sanctions lorsqu'elles sont victimes de violence. Ce dispositif sécuritaire a été complété en 2007 par cinq mesures prises par Philippe Bas, alors ministre de la Santé et des Solidarités. Parmi celles-ci figurent la généralisation des partenariats entre forces de l'ordre et établissements de santé ainsi que le renforcement des équipements de sécurité. Annonçant ces mesures, Philippe Bas réaffirme que « l'hôpital doit aussi être protégé » et centre ainsi ses préoccupations sur la violence envers les soignants : « ses personnels ne doivent pas être agressés. Ses biens ne doivent pas être dégradés. [...] Il est particulièrement choquant que soient victimes de violence, dans l'exercice de leurs missions, celles et ceux qui soulagent la souffrance et sauvent des vies »³¹. Les situations évoquées ici sont souvent utilisées par les défenseurs des textes et orientations officiels ; le fait que des actes de violence concernent des personnes dont la fonction est de soigner les autres les rend particulièrement inacceptables.

Si le dispositif mis en place concerne tous les établissements de santé, les hôpitaux psychiatriques y occupent une place à part pour deux raisons. La première tient au fait que ces mesures sont souvent conçues en réponse à des événements violents très médiatisés ayant eu lieu dans les hôpitaux psychiatriques et dont les victimes sont des soignants. Ainsi, l'Observatoire national des violences hospitalières (ONVH)³² a été créé à la suite de l'agression mortelle de deux infirmières par un patient à l'hôpital psychiatrique de Pau en décembre 2004. Ensuite parce que les établissements psychiatriques déclarent proportionnellement beaucoup plus de faits de violence que les autres, comme en attestent les rapports de l'ONVH. En 2008, les établissements spécialisés en psychiatrie, qui représentaient 14 % des établissements déclarants, étaient à l'origine de 40 % des fiches de signalement parvenues à l'Observatoire³³.

... ou celle des patients ?

Parallèlement, la conception des relations entre soignants et patients se modifie et prend des formes nouvelles. Certains actes effectués par les soignants sont aujourd'hui perçus comme une violence envers les patients, alors qu'ils étaient auparavant considérés comme relevant de l'ordinaire. En termes de politiques publiques, il s'agit là encore d'une évolution générale qui concerne tous les établissements de soin. La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé a été un jalon dans cette reformulation, qui s'est accompagnée d'un effort d'amélioration des dispositifs de recueil et de gestion des plaintes des usagers³⁴. Le dispositif de lutte contre la maltraitance à l'égard des personnes vulnérables participe de ce mouvement. Les principales catégories de population définies comme vulnérables sont les personnes âgées et handicapées. Or, la loi du 11 février 2005³⁵, en citant le handicap psychique parmi ses objets, même sans lui accorder véritablement ni statut légal ni définition³⁶, amène à inclure les patients suivis en psychiatrie dans la catégorie de personnes vulnérables. La maltraitance visée par le dispositif concerne plutôt celle produite au sein des établissements sociaux et médico-sociaux³⁷. Pourtant, est ainsi également rouverte et reformulée une discussion ancienne sur les rapports entre professionnels et résidents dans les institutions en général, y compris dans les hôpitaux psychiatriques³⁸. Ce débat semble récemment conduire à un resserrement de la définition des violences institutionnelles, qui seraient constituées des violences subies

³⁰ Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

³¹ Communiqué de presse du 11 mai 2007.

³² Circulaire n° 327 du 11 juillet 2005.

³³ Observatoire National des Violences Hospitalières (ONVH), *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier. Année 2008*, ministère de la Santé et des Solidarités, Mars 2009

³⁴ Genot-Pok, I., La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge: du texte à l'application pratique en passant par les problématiques posées, *Jurisanté*, n° 3 (49), pp. 19-21, 2005. Même si ces dispositifs sont souvent sous-exploités et diversement utilisés ; il pâtissent généralement du spectre très large de « problèmes » ou « d'insatisfactions » qu'ils sont censés permettre d'identifier (Lovell et al., 2007, *op.cit.*).

³⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de personnes handicapées.

³⁶ Lovell, 2007, *op.cit.*

³⁷ Corbet, E., Les concepts de violence et de maltraitance, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 31, juin 2000

³⁸ Brixi, O., *Rapport de la commission « Institutions, organisations et violence », Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Paris: La Documentation française, Mars 2005

par les usagers d'établissements spécialisés, dont les auteurs sont généralement les professionnels mais parfois aussi d'autres usagers³⁹.

Une question ancienne

La violence qu'exercent les soignants sur les patients est aussi une question relativement ancienne en psychiatrie. Elle est liée à la critique de l'asile, au sein duquel elle était envisagée d'une double façon : d'une part, comme la violence de l'institution totale, au sens de Goffman⁴⁰, d'autre part, à travers les abus de pouvoir et le recours à la violence physique qui y existaient⁴¹. Elle est aussi, quoique moins couramment, associée à la violence que représentent certaines manifestations de la pathologie mentale, telles que les crises d'agitation ou certains délires, ainsi qu'à une grande partie des moyens thérapeutiques. En effet, les importantes innovations thérapeutiques du début du XX^e siècle en psychiatrie sont couramment rassemblées sous le qualificatif de « thérapeutiques de choc »⁴². Parmi elles, on trouve par exemple l'électrochoc ou la cure de Sakel, appelée également coma insulinique. La diffusion des traitements par médicaments neuroleptiques et plus largement psychotropes a alimenté un autre débat au long cours sur la violence comparée de la contention physique et chimique. Dans ces débats complexes, sont abordées à la fois la question de la frontière entre violence légitime et illégitime et celle de la définition de la violence par ses caractéristiques objectives ou par la façon dont elle est perçue⁴³.

Ces deux approches de la violence par les politiques publiques sont en quelque sorte symétriques. La première traite les soignants en victimes, de surcroît particulièrement vulnérables, et les patients en potentiels auteurs d'actes de violence. La seconde souligne la nécessaire protection à apporter aux patients hospitalisés, eux aussi particulièrement vulnérables face à des professionnels susceptibles de commettre des actes de maltraitance. Au-delà de cette opposition, elles partagent également une caractéristique qu'il importe de souligner. À chaque fois, la psychiatrie est traitée comme une institution « comme les autres » tout en étant singularisée, en tant que lieu qui accueille la violence et qui en exerce. Les moyens thérapeutiques en psychiatrie comprennent en effet un recours à la violence qui est non seulement légitime mais destiné à soigner et donc justifié positivement. Dans cette tension, on voit se manifester la position ambiguë et un peu marginale de la psychiatrie vis-à-vis de la médecine, qui est liée notamment au mandat que la société lui confie pour la protéger de la violence à laquelle est associée la pathologie mentale⁴⁴.

Saisir la violence au quotidien

Un repérage difficile

Les politiques publiques évoquées plus haut reposent implicitement sur le postulat du caractère anormal de la survenue d'un événement violent en psychiatrie ; un tel événement doit donc être repéré et signalé. Il est également nécessaire d'en prévenir la répétition. Dans les dispositifs de signalement ou de gestion des risques et des événements indésirables mis en place, la violence visée n'a aucun caractère spécifique qui tiendrait au contexte dans lequel elle se déroule. Elle n'est pas liée à une pathologie, ni associée à un type d'auteur ou de victime, même s'ils diffèrent selon que la personne qui signale est un professionnel ou un usager. Elle n'est pas non plus intrinsèque à certains modes de prise en charge ou moyens thérapeutiques.

³⁹ Lovell et al., 2007, *op.cit.*

⁴⁰ Dans *Asiles* (Ed. de Minuit, 1968), E. Goffman étudie un hôpital psychiatrique américain à la fin des années 1950. Il analyse notamment son fonctionnement comme celui d'une « institution totale » où les patients hospitalisés sont isolés du monde extérieur et soumis à un processus d'humiliation et de dépersonnalisation.

⁴¹ Deux éléments expliquent le caractère courant des actes de contrainte physique dans les asiles psychiatriques. Il s'agit d'une part de la prédominance des moyens de contention physique parmi les outils thérapeutiques, jusqu'à l'introduction des neuroleptiques dans les années cinquante, d'autre part de la surpopulation et du faible encadrement constaté dans la majorité des établissements dès le XIX^e siècle.

⁴² Missa, J.N., *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris : PUF, 2006

⁴³ Lovell et al., 2007, *op. cit.*

⁴⁴ Lovell, 2005, *op. cit.*

Les catégories utilisées pour la saisir sont génériques ; par exemple, lorsque l'ONVH tente d'homogénéiser les signalements envoyés par les hôpitaux, il propose une échelle calquée sur le Code pénal reprenant les catégories d'atteintes aux biens et aux personnes. Les niveaux de gravité qu'elle distingue pour la seconde catégorie d'atteintes vont des injures, consommations illicites et chahuts jusqu'aux violences avec armes et viol⁴⁵. Les éléments recueillis au niveau national indiquent que la violence ainsi conçue est très mal connue, très mal repérée et très peu signalée⁴⁶. Une enquête exploratoire en cours⁴⁷ a permis d'identifier certaines raisons : la pertinence très relative des indicateurs, la grande hétérogénéité des faits signalés (liée à la perception comme violents ou non des mêmes événements selon le contexte) et la multitude des circuits de signalement parallèles, peu visibles et parfois concurrents.

Une violence normale ?

Dans le même temps, interrogés sur la question, la plupart des membres d'équipes d'hospitalisation en psychiatrie s'accordent à dire que la violence est également une composante normale de leur vie quotidienne. Elle en ferait partie et y aurait une place légitime. En ce sens, la violence n'est pas qu'un phénomène anormal ou atypique ; elle est en partie inscrite dans l'ordinaire et la normalité des relations de soins⁴⁸. Les arguments avec lesquels les soignants justifient cette spécificité sont multiples. Ils peuvent être cliniques, donc liés à la nature des pathologies psychiatriques et de leurs symptômes, ou bien liés à la situation sociale des patients. Ils peuvent également tenir à la violence de certaines modalités thérapeutiques, qui incluent en psychiatrie le recours à des moyens de contention ou à l'isolement. Ils peuvent enfin être associés au fonctionnement de l'institution : l'organisation du travail en équipe ou les effectifs infirmiers insuffisants sont ainsi mis en cause.

Dans cette acception de la violence, les points de discussions se déplacent. Si une certaine violence est normale, il s'agit moins de savoir quand elle apparaît mais plutôt à quel moment elle devient un « problème » et la nature de ce dernier. La dimension contextuelle prend alors une grande importance dans la caractérisation de la violence. En effet, les notions d'acte de violence, d'auteur et de victime deviennent mouvantes et difficiles à déterminer. Un patient peut commettre un acte de violence, par exemple, en frappant un infirmier qui s'approche de lui ; cet acte peut être identifié comme violent par les soignants. Mais si celui-ci le lie à la pathologie du patient, il ne sera pas toujours ressenti comme une violence dont ils seraient victimes. Ce sera par exemple le cas pour un coup donné à l'infirmier, si le patient est connu de l'équipe pour mal supporter les contacts physiques pendant ses épisodes délirants. L'acte pourra également être replacé dans le contexte de l'interaction entre soignant et soigné, amenant à considérer que l'auteur de l'acte violent n'est pas forcément à l'origine de la violence, mais a été provoqué par le soignant. C'est alors la dynamique de groupe, le savoir-faire des équipes qui est mis en cause et devient l'origine de la violence. Dans l'exemple précédent, il sera peut-être tenu compte du fait que l'infirmier ayant reçu un coup était nouveau dans l'équipe et ne connaissait pas le patient ; la mauvaise transmission des informations dans l'équipe pourra alors être identifiée comme l'élément à l'origine de l'acte de violence du patient. Inversement, les soignants peuvent considérer que certains de leurs actes, tout en constituant une violence « objective », de la même manière que le coup reçu par l'infirmier, ne sont pas forcément perçus comme tel par eux-mêmes et par le patient. C'est ainsi que peuvent être discutées entre soignants les réponses thérapeutiques lorsqu'un patient est agité. La contention est généralement considérée comme plus violente que la mise en chambre d'isolement, car la première implique une contrainte physique directe. Dans certaines équipes, c'est pourtant la contention qui est préférée et surtout perçue comme moins violente. L'explication donnée

⁴⁵ ONVH, 2009, *op. cit.*

⁴⁶. Tout comme la violence est envisagée de façon discrète, comme étant soit absente soit présente, son repérage et son signalement sont supposés ne poser que des problèmes techniques de faisabilité. Ainsi, dans ce cadre, tout ce qui est identifié comme un acte violent est susceptible d'être signalé. Les problèmes de définition qui se posent éventuellement visent à séparer les situations de violence des situations de non-violence. Mais les problèmes de repérage et de signalement sont également génériques.

⁴⁷. Les éléments qui suivent sont issus d'une recherche en cours réalisée par l'auteur. Elle porte sur les situations difficiles dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie et s'appuie sur des entretiens réalisés avec des professionnels d'un établissement de soins psychiatriques.

⁴⁸ Velpry, L., *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin, 2008

alors est que le patient en contention ne provoque plus de peur physique chez le soignant et nécessite une surveillance plus rapprochée. Elle permet donc d'établir un meilleur contact avec le patient. À l'inverse, un patient agité mis en chambre d'isolement sera maintenu à distance par les soignants qui le verront en groupe.

Gérer la violence

La « solution » au problème de violence consiste alors moins à la signaler et à la supprimer qu'à l'anticiper et à la gérer. De nouveaux points de friction ou de divergence entre équipes apparaissent alors, qui touchent aux modes de gestion et aux approches thérapeutiques de comportements considérés comme violent de la part d'un patient en psychiatrie (ou ayant une pathologie mentale). On peut par exemple convenir que les services d'hospitalisation tels qu'ils fonctionnent aujourd'hui, avec une rotation importante et un taux d'occupation élevé, sont inadaptés pour accueillir des patients susceptibles d'avoir des comportements violents, quelle qu'en soit la raison. Dans ce cas, on met en cause l'orientation des patients et l'adéquation des structures de soin, et l'on cherche à éviter la violence en sélectionnant les patients à l'admission. On peut au contraire estimer que les patients présents dans les services le sont légitimement, au vu de leur pathologie, mais que cette pathologie engendre des actes de violence qui sont difficiles ou encore pénibles à gérer pour les soignants. Dans ce second cas, l'exposition à la violence et les difficultés qu'elle peut poser aux soignants ne sont pas anormales ; elle peut simplement être parfois un peu trop intense et demander des ajustements organisationnels, un savoir-faire des équipes pour gérer et contenir l'agressivité...

* *
*

Une représentation sociale communément répandue tend à considérer que la maladie mentale provoque ou favorise la violence, si l'on en juge par la récurrence de ce thème dans les débats publics. Or les actes de violence commis par des personnes ayant des troubles psychiatriques représentent une minorité de l'ensemble des actes de violence et ne concernent qu'une faible part de la population ayant des troubles psychiatriques. Parallèlement, ces dernières années, des politiques publiques de lutte contre la violence ont été mises en place dans les hôpitaux psychiatriques ; elles protègent le personnel soignant mais tendent également à considérer les personnes présentant des troubles psychiques comme de potentielles victimes de violence. Lorsqu'ils décrivent les situations qu'ils perçoivent comme violentes, les professionnels introduisent une nouvelle dimension, celle de la violence normale et donc acceptée, qu'il s'agit alors de gérer au mieux. Si l'on en précise les acceptions et le contexte, l'exploration des formes contemporaines de l'association entre violence et troubles psychiques ouvre donc plusieurs pistes d'investigations dont la richesse reste encore largement à exploiter.

Pour en savoir plus

* Bibliographie

- Hiday V.,
The social context of mental illness and violence, *Journal of Health and Social Behavior*, n° 36, pp. 122-137, juin 1995.
- Link B.G., Phelan J.C., Bresnahan M., Stueve A., Pescosolido B.A.,
Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance, *American Journal of Public Health*, n° 89, pp.1328-1333, 1999.
- Lovell, A.M.,
Rapport de la commission « Violence et santé mentale », Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Paris: La Documentation française, Mars 2005.

▪ Lovell A.M., Cook L., Velpry L.,

La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56, 197-207, 2008

▪ Mucchielli L.,

Une société plus violente ? Une analyse socio-historique des violences interpersonnelles en France, des années 1970 à nos jours, *Déviante et Société*, n° 32(2), pp. 115-147, 2008.

▪ Organisation Mondiale de la Santé (OMS),

Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, 2002.

▪ Walsch E., Buchanan A., Fahy T.,

Violence and schizophrenia: examining the evidence, *British Journal of Psychiatry*, n° 180, pp.490-495, 2002.