

LA VIOLENCE DANS LES INSTITUTIONS POUR HANDICAPÉS MENTAUX SÉVÈRES

Stanislaw Tomkiewicz

INTRODUCTION

Après un bref historique, je développerai ici ma définition de la violence institutionnelle, en insistant sur la situation des institutions pour handicapés mentaux et en particulier pour polyhandicapés enfants et adultes. Certes, je connais personnellement mieux les problèmes liés aux mineurs (Tomkiewicz, Vipet *et coll.*, 1991), mais la loi sur le signalement des victimes d'abus et de violences assimile, à juste titre, les handicapés, quel que soit leur âge, aux mineurs. Par ailleurs, les polyhandicapés et déficients mentaux sévères, on le dit populairement, *restent toujours des enfants* et il faut connaître le poids de cette phrase en tant que source potentielle de violence à leur égard. J'aborderai ensuite les mécanismes et les causes des violences en insistant sur le rôle du directeur. Ma conclusion, sûrement insuffisante, portera sur quelques propositions concrètes.

Cet article n'a pas pour objectif de culpabiliser les équipes, ni même les directeurs des établissements. Toutes les institutions ne sont pas violentes, ni tous les directeurs des bureaux d'enfants. En ce qui concerne les violences envers les handicapés, la France n'est certainement pas le pays le plus violent ou le moins humain. Nos institutions peuvent encore servir d'exemple à la plupart des pays, y compris des pays occidentaux dits civilisés. Je pense que la situation est

vraiment meilleure dans les pays scandinaves et en Hollande. Cependant, même aux États-Unis, en Angleterre, en Allemagne, le sort général des handicapés dans les institutions me paraît nettement moins bon que chez nous sur le plan de l'approche humaniste, des traitements, de ces mille petites choses qui font que la vie quotidienne peut devenir une horreur permanente, sans qu'il y ait de violence aux yeux d'un juge. Nous n'avons pas à avoir honte, ce qui ne veut pas dire que l'on doit baisser les bras, puisque la France est considérée comme la patrie de Droits de l'Homme et que la moindre anicroche aux Droits de l'Homme dans ce pays fait du mal à des millions de gens, depuis le Vietnam jusqu'à l'Alaska! Pour garder cette réputation de traitement humain des exclus, nous devons donc être exigeants envers nous-mêmes.

Parmi les racines de ces violences, il faut tout de suite mentionner les caractéristiques de la population des usagers, assurément parmi les plus ingrates de toutes celles qui font vivre le secteur médico-social. Travailler avec des enfants, des adolescents, des adultes aussi gravement déstructurés, apparemment si différents de nous, n'est pas une sinécure. Il est difficile d'y trouver la même satisfaction que dans une classe de maternelle où l'on voit tous les jours les bambins faire des progrès éblouissants. Certes, il y a au moins un avantage par rapport aux professionnels qui travaillent avec des jeunes délinquants ou caractériels, c'est que jamais les usagers ne sont plus intelligents que les membres des équipes. La tristesse du travail dans les centres pour handicapés mentaux permet au moins cette consolation: aucun d'eux ne nous mettra, explicitement et en paroles, le nez dans

Stanislaw Tomkiewicz, directeur honoraire de recherche, 1, rue du 11 Novembre, 92120 Montrouge à l'INSERM.

notre insuffisance professionnelle! En effet, beaucoup d'entre eux n'ont pas de langage ou disposent seulement d'un langage rudimentaire. Certes, ils se débrouillent autrement pour nous montrer nos manques, mais c'est moins douloureux pour nous, sinon pour eux. Si on ne veut pas les entendre, on peut se boucher les yeux, les oreilles, le coeur et tout attribuer (la souffrance et le comportement difficile) à leur pathologie propre. N'empêche qu'il s'agit d'une population peu gratifiante, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'apparition des violences (cf. plus bas).

HISTORIQUE

Historiquement, en France, les institutions pour handicapés mentaux les plus graves sont nées d'un double refus: celui des hôpitaux psychiatriques de s'occuper de ce que l'on appelle encore parfois la *défectologie* (on sent tout le mépris et la négation d'humanité qui se cache derrière ce mot savant). Et aussi, reflet du précédent, le refus des familles de confier leurs enfants aux hôpitaux psychiatriques. Il est difficile d'affirmer lequel de ces deux refus était le premier! Je pense que ce fut celui des psychiatres, qui n'ont ni su, ni voulu s'en occuper, les considérant comme infra-humains.

Je me souviens d'avoir visité les pavillons de défectologie (que l'on appelait sections d'encéphalopathes) dans quelques hôpitaux psychiatriques; ils m'ont rappelé mon séjour en camp de concentration. Certes, les conditions de vie se sont souvent, mais pas toujours, améliorées mais, dès 1960, les psychiatres des hôpitaux ont tout fait pour chasser les handicapés mentaux graves de leurs services. Maintenant, ils s'en repentent et ils se plaignent: certains se disent désireux d'accueillir ces patients pour leur bien, car ils ont un inconscient, une histoire, des états d'âme et besoin des psychiatres et des soins psychologiques. Pour dire la vérité, lorsque ces patients étaient entre les mains des psychiatres des hôpitaux, personne n'a cherché ni leur inconscient, ni leurs états d'âme. On les a laissés croupir dans leurs déjections, sans même imaginer la possibilité des soins psychologiques. Il n'est pas étonnant que les parents, dès qu'ils ont obtenu le droit

à la parole, aient manifesté un refus viscéral de ce type de structures.

Je me rappelle la création, aux alentours de 1970, des premiers *lieux de vie ou structures alternatives* devenues MAS, Maisons d'Accueil Spécialisé, désirée et saluée par les médecins qui travaillaient avec les polyhandicapés adolescents. Auparavant, le moment du placement à l'hôpital psychiatrique, des jeunes atteints pas la limite d'âge, était vécu avec terreur, comme un jour de deuil par les familles — lorsque famille il y avait — et par nos équipes, beaucoup plus motivées alors que les personnels des hôpitaux psychiatriques.

En ce temps-là on ne savait pas encore comment nommer cette population: on ne voulait plus dire «idiot» ou «imbécile», ces mots étant devenus des injures; on ne voulait plus utiliser le terme «encéphalopathe», encore en vogue dans les années 60, à cause de sa connotation trop organiciste, mal vue à l'époque. Le jeune CESAP (Centre d'Études et Soins pour Arriérés Profonds), les a nommés «arriérés profonds», mais le terme n'a pu s'imposer. C'est à ce moment qu'avec Élisabeth Zucman, nous eûmes l'idée de les inclure dans une terminologie nouvellement émergée; le mot «polyhandicapé» était né.

Dès ce moment, on s'est interrogé sur le danger potentiel de refaire dans les Maisons d'Accueil Spécialisé, des hôpitaux psychiatriques en petit. Pourtant, une des sources de violence de l'hôpital psychiatrique était justement sa dimension démesurée: des centaines, voire des milliers de malades dépendants d'un seul Médecin-Chef, souvent entassés comme des souris dans une cage, sans espace, sans personnel suffisant et sans volonté ni intelligence pour s'en occuper. Ce danger et ce risque sont toujours présents.

Cependant, je pense qu'il y a dans les équipes et chez les directeurs, un désir plus ou moins fort, d'améliorer la prise en charge. Cette volonté manquait complètement chez les directeurs des hôpitaux psychiatriques qui trouvaient outrepassant qu'on leur demande de s'en occuper. Cette introduction historique ne me semble pas inutile, tant le passé pèse lourdement sur les destinées de nos institutions.

UN CAS PARTICULIER

Voici l'exemple d'un petit Foyer de vie. Cette institution m'a frappé d'emblée par le luxe et la beauté du papier glacé sur lequel elle fait sa réclame, par la qualité de l'imprimerie en laser multicolore. Le contenu de la brochure est digne de sa forme: à l'en croire, rien ne manque dans ce Foyer, l'occupation, les soins, l'éducation et j'en oublie... On croirait un paradis pour handicapés. Le Comité d'honneur accueille des grands noms de la psychiatrie française. Tous les deux ans, un séminaire est organisé, aussi huppé que l'arrondissement de Paris où il a lieu. C'était donc pour moi une institution au-dessus de tout soupçon. Or, un jour, je reçois une longue lettre d'une maman qui relate les horreurs que l'on fait subir à sa fille dans cet établissement. Cette maman était peut-être un peu paranoïaque, mais les paranoïaques ont souvent raison et leur existence est essentielle pour dénoncer les violences dans les institutions. Peu de temps après, je reçois une invitation pour participer à un de ces séminaires. J'ai répondu par une lettre un peu acide en indiquant la cause de mon refus. Je me suis souvenu d'un pamphlet, écrit en 1974 (Tomkiewicz, 1977), où j'avais analysé le décalage entre le discours et la pratique des psychiatres institutionnels. La discordance ici était entre la brochure et la réalité! L'équipe m'a invité à visiter le Foyer pour me montrer qu'il n'est pas si violent que cela. J'y ai passé une journée entière. J'ai essayé de discuter, un peu en tête-à-tête, avec des membres du personnel, mais j'étais aussi étroitement accompagné que les touristes dans feu l'Union soviétique. Lors d'une réunion, soignants de groupe, consacrée aux violences institutionnelles, plusieurs se sont exprimés avec une liberté de parole louable.

J'ai pu étudier le dossier de la patiente dont la mère avait dénoncé l'institution et la rencontrer. Cette maman était la plus contestataire des parents: son nom fut aussitôt deviné, à peine avais-je signalé sa lettre. L'aggravation de l'état moteur et orthopédique et donc du handicap de la jeune malade était évidente et non contestée par l'équipe médicale. La responsabilité de l'institution dans cette aggravation m'a paru certaine (violence par défaut, carence de rééducation, de mobilisation, de kinésithérapie...). Cependant, la maladie était difficile à soigner et des régressions

semblables sont monnaie courante dans toutes les institutions archaïques. Peut-on excuser aujourd'hui, même en l'absence de toute violence physique, un «dysfonctionnement» qui entraîne des souffrances inutiles à la jeune patiente polyhandicapée et à sa mère? La patiente a vu son état, son autonomie motrice, verbale, psychique, sa joie de vivre diminuer d'au moins 30 % depuis qu'elle a quitté l'institution pour enfants où elle était bien soignée et entourée et qu'elle a été placée dans cette institution qui se voulait pourtant de luxe et au-dessus de tout soupçon.

Pour la mère, il était évident que cette aggravation résultait des violences dont sa fille était victime. Pour l'institution, tout ou presque résultait du génie propre de la maladie. L'équipe se mettait hors de cause et insistait sur la difficulté de collaborer avec la mère paranoïaque.

L'histoire de cette jeune handicapée m'a fait penser à un article de 1966 (Tomkiewicz, 1966). J'y ai défendu le concept de *démence institutionnelle* qui atteint beaucoup d'enfants vivant dans des institutions qui n'ont de thérapeutique que le nom et qui n'assurent qu'un gardiennage élémentaire. Ce concept, manifestement trop gênant pour le milieu sanitaire et médico-social, n'a rencontré à l'époque aucun écho.

Il est donc impossible d'annuler les affirmations de la mère. Quel que soit le génie évolutif de ces scolioses, qui ont tendance à s'aggraver spontanément, l'état des polyhandicapés, même les plus gravement atteints, ne se détériore pas si on les soigne activement. Même si nous n'avons pas d'obligation d'améliorer l'état des polyhandicapés lorsqu'ils ont dépassé 20-25 ans, encore que souvent on y arrive, nous avons le devoir de ne pas les laisser s'aggraver avant qu'ils n'entrent dans le processus de vieillissement.

Voici encore trois constats, que j'ai pu faire lors de ma visite:

- Le premier concerne un fait que l'on rencontre encore trop souvent un peu partout: j'ai été frappé de voir le personnel en train de tricoter, de discuter et, à l'autre bout de la salle, les handicapés mentaux assis autour d'un appareil de

télévision. C'est là une forme discrète mais certaine de violence en creux, par défaut. Un personnel qui fuit le contact, qui s'ennuie, qui se réfugie dans des activités sans rapport avec les patients, est en risque de *burnout* et de violences.

- Le second a trait aux visites des parents, qui étaient limitées à cinq heures par semaine. Je me suis fâché devant tout le personnel et j'ai dit que c'était un scandale. J'ai rappelé qu'à l'hôpital dont j'étais responsable, nous avions établi, dès 1960, un régime de visites sept jours par semaine, six à sept heures par jour. En effet, il n'y a aucune raison, ni médicale, ni psychologique, pour limiter aussi cruellement le temps de visite des parents. Dans nos institutions, il n'y a pas de parents sadiques qui viennent tourmenter leur enfant. Les obstacles bureaucratiques à la présence des parents ne visent que le confort du personnel qui, en fait, n'ose pas montrer son travail. Nombreux sont les parents qui raréfient les visites au fur et à mesure que leur enfant devient plus âgé et ceci d'autant plus que l'institution s'avère peu accueillante pour eux. Notre devoir serait alors, avec douceur et gentillesse et sans faire de morale, de leur montrer que l'institution existe aussi pour soulager leurs souffrances et qu'ils peuvent s'y sentir aussi à l'aise que l'état de leur enfant le permet. Un aménagement permissif et large des heures de visites, est une condition *sine qua non* de l'humanisation de l'institution. Sans cela, elle ne peut que devenir une forteresse qui cache sa violence. Dans ce Foyer que j'avais visité, les parents étaient considérés au mieux comme inopportuns, au plus comme des ennemis. Une telle attitude est inadmissible, violente et injustifiée: notre vocation c'est aussi de prendre en charge la souffrance des familles. Nous n'avons aucun droit d'entraver l'amour de ces parents qui continuent à aimer leur enfant, même s'ils l'aiment d'une manière qui ne nous convient pas, même s'ils expriment cet amour par des soucis matériels exagérés, par une infantilisation de l'adolescent handicapé, par la méconnaissance de sa sexualité, etc. Cette violence envers les parents n'a strictement aucune justification.

- En troisième lieu, lors de ma visite, je n'ai pas rencontré de violence manifeste. Certes, j'ai lu dans la lettre de la mère l'histoire de deux ou trois cas de violence physique très graves, mais déjà anciens, révélés et ayant entraîné des suites judiciaires. Je n'ai pas rencontré, au détour des couloirs, de méchants gardiens qui voulaient me taper dessus avec de gros trousseaux de clés en métal. Aucun patient n'avait de traces apparentes de coups ou de brûlures. Cependant, tout le monde était triste, s'ennuyait, depuis le directeur jusqu'aux agents de propreté. Il est difficile de lutter contre la tristesse, mais elle me semble un symptôme type des institutions à *risque* de violence. C'est déjà si triste d'être polyhandicapé, immobile, incontinent et sans langage. N'est-ce pas une violence que de voir autour de soi des visages accablés, fermés, qui ne savent pas vous faire rire et qui ne sourient jamais?

Outre la tristesse dans ce monde fermé où la parole ne circulait pas, j'ai pu rencontrer furtivement une jeune polonaise embauchée depuis peu. Elle m'a rapidement soufflé en polonais *tout ce que l'on vous montre ici, c'est du bluff; la réalité est encore pire que ce que vous imaginez!*

Pour terminer le récit de ce cas clinique instructif, je dois ajouter que deux ans après, mes soupçons et mes craintes ont été largement confirmés par le médecin inspecteur de la DDASS.

Cet exemple permet de comprendre ce qui caractérise le plus souvent la violence institutionnelle: il ne s'agit pas tant des sévices ponctuels, des coups qui laissent des traces, des viols, des brûlures dans les bains. Ces crimes sont très rares, commis par des agents psychologiquement malades et même psychiatriquement malades; le directeur n'y est pour rien. Il y aura toujours des individus pervers, dans nos institutions. Un agent qui a violé et violenté une arriérée profonde a été condamné à 14 ans de prison, après deux ans d'enquête policière. C'était un malade exceptionnel, animé par des pulsions érotico-sadiques, envers une jeune fille. Son crime ne mettait pas en cause l'excellence de l'institution qui n'a pas su le démasquer à temps. *La violence quotidienne résulte*

bien plus du fait que l'on met en avant la logique institutionnelle au lieu de la logique du patient et de sa famille.

Pratiquement toujours devant une accusation particulière, toute l'équipe se lève comme un seul homme, pour défendre l'honneur de l'institution plutôt que de se mettre en cause. On voit encore, bien que de moins en moins souvent, l'institution et la hiérarchie, défendre même un agent sadique sexuel, contre les familles et contre les enfants violentés.

ESSAI DE DÉFINITION

Voici une définition des violences institutionnelles adaptée à une population gravement handicapée: toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause au patient une souffrance physique ou psychologique inutile.

Elle permet la distinction entre les violences faites dans une institution et celles commises par une institution. Nulle part, on ne peut éviter l'infiltration d'un sadique, d'un paranoïaque ou d'un pervers. Ce qui engage la responsabilité de la direction, c'est la réponse de l'institution à une violence individuelle. Une institution bien-traitante, est toute entière tournée vers le bien du patient et élimine rapidement les agents violents. Par contre, dans les institutions anomiques, où personne ne prend de responsabilité, mais aussi dans celles qui sont trop autoritaires, dictatoriales, des agents malfaisants s'épanouissent. Ne sachant ni guérir ni soigner, ils défoulent sur les malades leur désir de pouvoir et de toute-puissance. Je ne réclame ni guillotine, ni prison pour la plupart de leurs auteurs. Mais il est urgent de les exclure et de les obliger (c'est cela qui est le plus difficile sans l'aide de la justice) à changer de métier et ne plus leur permettre de retrouver ailleurs des victimes pour leur inconscient pervers. Trop d'institutions défendent encore l'auteur des violences, insistent sur la défense de la réputation de l'institution et se contentent, s'il s'agit d'un médecin ou d'un cadre, d'un licenciement discret... avec indemnités!

Les violences «en creux», par absence d'action

Les institutions qui s'occupent des handicapés mentaux souffrent surtout de ce type de violences. On y trouve un climat morne, un désespoir, une tristesse.

VIOLENCES COMMISES PAR LES PATIENTS OU «RÉSIDENTS VIOLENTS»

Parmi les violences actives, celles commises par des usagers envers les autres patients permettent souvent de faire oublier les violences commises par les équipes. Certains patients, très peu nombreux, sont violents à cause d'une prédisposition génétique; il s'agit là de l'hypothèse la plus probable. Ils souffrent presque toujours de troubles psychotiques. Cependant, depuis que l'on prend en charge sérieusement les enfants atteints d'autisme et de psychoses précoces, on s'aperçoit que leur violence, liée à une angoisse difficile à imaginer, se calme progressivement. La plupart pourtant sont violents parce que l'on ne sait pas s'en occuper. Quelques médicaments, à dose la plus faible possible, la sociothérapie, la psychothérapie, un programme pédagogique et/ou occupationnel, et voilà que leur violence diminue et fond à vue d'oeil. Gérer leur violence fait partie du travail de l'institution et il est scandaleux que l'on chasse d'une institution à l'autre des jeunes à cause de leurs troubles du comportement. Certains considèrent qu'ils relèvent d'un hôpital psychiatrique, tandis que l'hôpital psychiatrique les regarde comme des déficients mentaux relevant du secteur médico-social. Ce sont des idiots, des imbéciles, des polyhandicapés, et l'hôpital psychiatrique n'en veut pas (Assouline, 1995). Ces malades sont renvoyés des MAS parce qu'ils ne sont pas bêtes mais fous; ils sont renvoyés des hôpitaux psychiatriques sous prétexte qu'ils ne sont pas fous mais débiles. C'est là une violence décisionnelle permanente et un jeu mortifère pour les patients et pour leurs familles. Lorsque dans une commune, un canton, un département, l'hôpital psychiatrique s'affirme capable et désireux de soigner les crises aiguës et le plus souvent réversibles de ces patients, il est possible et utile de collaborer avec lui.

On y trouvera un ou deux psychiatres dignes de ce nom, qui joignent un grand coeur à une vive imagination; ils disent: «*nous ne voulons plus de déféctologie à l'ancienne, nous voulons faire quelque chose de vivant et de thérapeutique, même pour ces patients très handicapés*».

Les violences actives

Elles sont plus rares. Il est exceptionnel que l'on viole, ou que l'on abuse sexuellement d'un(e) polyhandicapé(e). Il est rare que l'on fasse éclater la rate avec des coups ou que l'on ébouillante à mort dans un bain. *Les violences psychologiques* me semblent plus fréquentes avec les familles qu'avec les patients eux-mêmes. Certes, il faudrait discuter toute la violence contenue dans de nombreux petits gestes qui accompagnent les soins quotidiens; ils expriment bien plus le *burnout* des soignants, leur ras-le-bol, qu'une méchanceté véritable. Certes, il faudrait réfléchir sur les paroles désobligeantes, voire franchement injurieuses, qui accompagnent plus souvent encore ces soins et ponctuent les «dialogues» entre soignants et soignés. Il faudrait de longues séances de supervision pour distinguer leur contenu sémantique, souvent de grande violence, et leur ton, qui parfois annule heureusement ce contenu. Constituent-ils un défoulement obligé pour éviter les violences physiques? Parfois, au contraire, c'est le ton de la voix et la mimique qui suffisent pour terroriser le polyhandicapé et lui montrer concrètement le statut désespéré auquel il est condamné...

La fréquence des *violences par inaction* permet de tracer un tableau bien plus sombre de la plupart des institutions, même si on les baptise pudiquement «dysfonctionnements». Les soins sont une nécessité absolue: mieux assurés qu'autrefois, ils ne sont pas suffisamment enseignés. Sous ce terme, il faut comprendre tous les soins, depuis ceux de la peau jusqu'à l'attitude psychothérapeutique. Il y a des *soins* somatiques, neurologiques et *psychologiques*. La privation de ceux des deux premières catégories constitue une violence évidente. Mais ce sont les soins psychologiques qui devraient être beaucoup plus développés. Il faut inculquer au personnel une certaine attitude psychologique de *bien-traitance*. Certes, il ne

s'agit pas d'en faire des psychanalystes, mais il est possible de leur faire acquérir des capacités qui leur permettent de décoder, de comprendre les comportements apparemment aberrants des polyhandicapés. La psychanalyse peut être ici de quelque utilité en facilitant le travail des équipes.

Le contraire des soins, c'est l'abandon plus subtil qui se manifeste parfois par un comportementalisme borné faisant fi des désirs et de la personnalité du patient; parfois, plus simplement, par un usage abusif de la télévision qui permet au personnel de limiter au strict minimum ses relations avec les patients.

La deuxième violence en creux, peut-être plus discutable, c'est l'absence d'éducation ou, plus modestement, de *projet éducatif*. De nombreux professionnels en contestent l'utilité, ouvertement ou dans les faits. Je suis convaincu au contraire qu'il faut organiser pour chaque patient un projet éducatif. Celui-ci est nécessaire pour les patients et, peut-être plus encore, pour les équipes. Nos patients ont un cerveau qui reste plastique beaucoup plus longtemps qu'on ne le croit. Ils arrivent à faire des acquisitions bien au-delà de 16 ans. Ces progrès sont peut-être minimes, mais deviennent d'une importance humaine inestimable, tant pour l'usager que pour sa famille. Voici les paroles d'une mère adressées à un enquêteur sur la méthode Doman. Il a fait remarquer que l'enfant malgré les soins si intenses et coûteux n'a fait aucun progrès. Elle a répondu indignée: «*mais au bout de six mois, il a souri! et ce sourire valait toutes les peines du monde, il a récompensé largement nos efforts*». Même les cas les plus désespérés peuvent faire une mini-acquisition motrice ou psychologique, ce qui justifie l'établissement d'un projet et un travail pédagogique individualisés.

Par ailleurs de tels projets éducatifs personnalisés sont quasi-nécessaires pour maintenir le moral des équipes. Leur absence signifie que l'institution demande à l'équipe de travailler uniquement pour la survie, dans le présent et sans perspectives d'avenir. Une telle négation de tout avenir, de tout futur, est mortifère et ne devrait pas se concevoir en dehors des unités de soins palliatifs. Pour sortir de cette logique de la mort, il faut y faire une place pour l'espoir, aussi ténu soit-il.

Certes, il importe d'être subtil et ne pas tomber d'un extrême à l'autre. Il ne faut pas se culpabiliser si un tel projet échoue. C'est là une des difficultés les plus angoissantes de notre travail. Mais une fois que l'on aura réussi à bien intégrer cette contradiction de plus dans nos esprits, on arrivera à éviter beaucoup de *burnout* et aussi de violences envers les patients.

LES MÉCANISMES DES VIOLENCES

Dans le système français c'est le Directeur qui est le principal responsable de l'institution, pour le meilleur et pour le pire. C'est lui qui doit prévenir la survenue des violences, les combattre; c'est peut-être sa personnalité qui en est la source principale. C'était jadis le directeur «archaïque», autocrate, violent, convaincu de la légitimité de sa toute-puissance et de la pertinence de toutes ses décisions. Il terrorisait et infantilisait le personnel, qui désinvestissait son travail; ainsi se faisait le lit des violences envers les patients.

Actuellement le nouveau genre de directeurs inspire des inquiétudes, quant à leur tolérance face aux violences dans l'institution; diplômés des écoles spécialisées (ENSP en France), férus de comptabilité, d'économie et d'administration ils restent peu préoccupés du bien-être des patients, passent leur temps avec des autorités de tutelle et délèguent leur pouvoir intérieur à un éducateur qui souvent n'a ni l'autorité, ni les capacités. Ici c'est l'anomie, qui rendra l'institution à risque des violences, les autorités de tutelle se satisfaisant d'une gestion financière impeccable et économique. Certes, la gestion comptable des dépenses médicales, les réductions exigées du personnel issues de la politique de restriction budgétaire favorisent la floraison et les méfaits de tels directeurs.

Le *burnout*, terme américain qui signifie épuisement ou ras-le-bol, génère l'absentéisme, les maladies psychosomatiques du personnel et aussi la violence. Le personnel se laisse aller aux violences quand il en a assez de l'institution. La direction, y compris les médecins, doivent lutter en permanence contre ce ras-le-bol. En voici quelques causes:

- La non-circulation de la parole... dont tout le monde parle...
- La non-reconnaissance sociale de nos professions. Ceux qui travaillent avec les handicapés mentaux n'ont pas bonne réputation et le petit peuple leur préfère les métiers de vendeuse ou d'hôtesse de l'air. Dira-t-on un jour: «*je travaille dans une institution pour handicapés mentaux et j'en suis fier*», c'est plus facile à suggérer qu'à faire. Cette absence de reconnaissance est une des causes des violences, le public se moque du bien-être de ces enfants, sauf quand les médias font un *scoop* sur une «affaire» aussi sensationnelle qu'éphémère. Cependant, depuis 1975, des progrès ont été accomplis. La loi de 1975 a eu l'effet d'une bouffée d'air frais; elle a bien revalorisé, moralement, nos métiers, comme elle a essayé de revaloriser les handicapés. Cependant, la tendance actuelle va de nouveau vers l'exclusion des handicapés graves, vers la négation de leur humanité. C'est à nous de militer contre ces tendances néfastes.

CONCLUSION

Il me faut aborder une question délicate: les handicapé(e)s mentaux(ales) sont-ils(elles) davantage exposé(e)s à la violence et à la maltraitance que les autres enfants vivant dans les institutions (Tomkiewicz, 1991)? La réponse doit être nuancée et subtile, sans tomber dans le piège des lieux communs: ils attirent la violence en raison même de leur déficience et de leur incapacité, sans parler de leur aspect, ou pis encore, dans la rhétorique des abuseurs sexuels: «ces jeunes sont hypersexuées, elles ne connaissent pas de frein et elles nous provoquent». Je pense plutôt que ces patients, par leur vulnérabilité même, par la faiblesse ou l'absence de défenses, par l'absence de langage et de crédibilité, attirent des sadiques et des pervers sexuels qui se croient assurés d'une impunité bien plus grande qu'avec d'autres victimes potentielles.

Quant à la violence banale, quotidienne, exercée parfois sans s'en rendre compte (de bonne foi) par les

agents psychologiquement normaux, elle peut effectivement être causée (entre autres) par la nature même des handicapés mentaux; c'est en effet une population, pas tant *difficile*, qu'*ingrate*: notre impossibilité de les guérir, alors que la médecine clame tous les ans un nouveau miracle, fait qu'ils mettent en échec nos «pulsions thérapeutiques». De là il n'y a plus qu'un pas pour penser qu'ils ne *veulent* pas guérir, ni même s'améliorer, qu'ils le font exprès. D'où déchaînement d'acharnement pédagogique ou alors désinvestissement affectif, *burnout*, voire rancune et

haine, qui font le lit des actes violents, dont les plus fréquents sont les «actes manqués», entraînant par exemple des brûlures dans des bains trop chauds.

Pour prévenir dans la mesure du possible ces violences, les mesures *ad hoc*, communes à toutes les institutions (ouverture, démocratie, circulation de la parole) sont de mise: la formation doit porter spécifiquement sur notre obligation et nécessité des *soins*, sans obligation de guérison, bref un contrepoison à notre mythe de toute-puissance.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOULINE, M. (1995) Autisme et psychoses précoces. La réhabilitation inachevée. *Cahiers du CTNERHI* n° 66-67.

TOMKIEWICZ, S. (1966) Déficience mentale et démence. *Revue du Praticien*, 16, 17, 2361-2366.

TOMKIEWICZ, S. (1977) À propos de l'enfance inadaptée, La schizophrénie du psychiatre de gauche. In: *Réseau alternatif à la psychiatrie*. Collectif international, Portugal, textes recueillis par M. Elkaïm., Paris, Union Générale d'Éditions, Coll. « 10/18 », 1175, 348-360.

TOMKIEWICZ, S., VIVET, P. ET COLL. (1991) Aimer mal, châtier bien. In: M. Anker, *Enquêtes sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*. Paris, Seuil, 324 p.