

INCONSCIENT ET CULTURE

La violence dans le soin

Albert Ciccone

C. Bonnefoy

Ch. Leveque

E. Bonneville-Baruchel

A. Paillard

É. Calamote

V. Rousselon

J.-B. Desveaux

L. Syp-Sametzky

M. Garot

E. Veyron La Croix

DUNOD

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

© Dunod, Paris, 2014
ISBN 978-2-10-071172-7

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

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

LISTE DES AUTEURS

Catherine BONNEFOY est psychologue à Lyon.

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

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

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

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

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

Christophe LÉVÊQUE est psychologue à Valence.

Anne PAILLARD est psychologue à Caen.

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

Laurence SYP-SAMETZKY est psychologue à Lyon.

Estelle VEYRON LA CROIX est psychologue à Grenoble.

SOMMAIRE

LISTE DES AUTEURS III

INTRODUCTION 1
ALBERT CICCONE

PREMIÈRE PARTIE

FORMES ET SOURCES DE LA VIOLENCE DANS LE SOIN
ALBERT CICCONE

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

DEUXIÈME PARTIE

SCÈNES DE VIOLENCE

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

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

INTRODUCTION

Albert Ciccone

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

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

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

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

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

VIOLENCE INÉVITABLE DU SOIN

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

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

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

VIOLENCES ÉVITABLES, INUTILES ET FAILLES CONTRE-TRANSFÉRENTIELLES

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

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

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

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

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

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

PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTES CONTRIBUTIONS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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