

Agression et violence dans le quotidien du médecin. 1^{re} partie¹

Jörg Wanner^a, Roman Fischer^b, Werner Tschan^b

^a Externe Psychiatrische Dienste Baselland, Bruderholz, ^b Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel



Quintessence

- Le médecin est fréquemment confronté à sa consultation aux problèmes d'agressions et de violences, aussi bien par les victimes d'actes de violence que les patients tendant à être violents.
- En Suisse, près de 40% des femmes adultes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles. La zone d'ombre, c'est-à-dire le nombre de délits non déclarés, est toutefois grande et les coûts socioéconomiques sont considérables.
- La majeure partie des actes violents se déroule dans l'environnement social proche. Environ 20% des auteurs sont des membres de la famille, 60% sont connus des victimes et seuls quelques 20% sont des inconnus.
- Les délits de violence ont augmenté depuis les années 1950, tant chez les adultes que chez les adolescents. Si leur nombre est resté globalement stable chez les adultes durant les années 1990, on a observé durant la même période une augmentation massive parmi les jeunes.
- Les personnes âgées sont souvent touchées par le phénomène de la violence, les dysfonctions chroniques du partenariat et le surmenage occasionné par les soins aux partenaires malades, surtout s'il s'agit de troubles de type démence, jouent ici un rôle important.
- Le vécu de violences par le passé forme avec les traits de personnalité asociale, l'absence de prise de conscience des problèmes et les manques de compétence sociale l'un des principaux facteurs de risque de comportements violents.
- Des facteurs circonstanciels, tel que la possession d'armes, la consommation d'alcool ou de drogues, l'annonce d'une séparation ou une menace de licenciement, sont à prendre en compte lors de l'appréciation des situations à risque.

Summary

Aggression and violence in daily medical practice. Part 1

- *In daily medical practice the issue of violence usually arises in a number of ways. First of all, physicians see the victims of violence. They also see a considerable number of patients who commit violent acts themselves or have the potential to do so.*
- *It is estimated that 40% of Swiss adult women experience physical and/or sexual assault. Many cases of domestic violence are also believed to go unreported. The economic consequences of domestic violence have a far greater impact on society than is often realised.*
- *The majority of cases of violence occur in the victims' immediate circle: some 20% of offenders are family members and 60% are close relatives, colleagues or friends. Only 20% of those who inflict violence are strangers to the victims.*
- *Since the 1950s crimes of violence have increased in both the adult and younger populations. Whereas adult cases of assault remained stable during the nineties, the same period saw a massive increase among younger people.*
- *Elderly people are often the victims of violence, with chronically dysfunctional partnerships and excessive demands on care providers for the sick playing an important role, especially if dementia of the sick persons is involved.*

Introduction

«La guerre est la norme. C'est pourquoi, ce n'est pas tant l'existence de la guerre qui doit nous étonner, mais plutôt celle de la paix.»

André Glucksmann

L'agression et la violence se manifestent sous de nombreuses formes dans le quotidien du médecin. Depuis la guerre des Balkans, nous sommes nous aussi confrontés dans nos cabinets aux conséquences terribles de ce type de conflits et des tortures qu'ils engendrent. La majorité des expériences violentes dans les nations industrialisées occidentales trouve au contraire son origine dans l'environnement social proche. Les enfants sont ici particulièrement touchés et leur vécu influence de façon décisive aussi bien le développement de leur personnalité que les relations qu'ils seront capables d'établir à l'âge adulte [1].

Selon les études de Martin Killias et al. [2], 40% des femmes en Suisse ont subi au moins un acte de violence physique et/ou sexuelle dans leur vie à partir de l'âge de 16 ans. Environ 30% des actes violents délictueux font l'objet d'une plainte, alors que cette proportion n'est que de 6% pour les délits sexuels. La zone d'ombre, c'est-à-dire le nombre de délits non déclarés, est donc extrêmement importante.

Mais la violence peut également être dirigée contre le médecin lui-même. La Swiss Insurance Medicine (groupe d'intérêt suisse pour la médecine d'assurances) a ainsi annoncé en mai 2005,

1 Le présent article a pour objectif de donner un aperçu détaillé du phénomène de l'agression et de la violence dans le quotidien du médecin. La première partie introduit brièvement le thème de l'agression et de la violence, puis présente quelques données épidémiologiques sur la violence dans notre société, ainsi que sur la façon dont cette violence se manifeste dans le système de santé. Des exemples de violence chez les personnes âgées et les facteurs de risque des comportements violents seront ensuite abordés. La seconde partie, qui paraîtra dans le prochain numéro du Forum Médical Suisse se penchera plus en détails sur la situation particulière des victimes et des auteurs d'actes de violence, donnera une idée des possibilités d'intervention et discutera ces points à l'aide d'un exemple pratique. La conclusion sera apportée par le rappel de l'essentiel et est suivie d'une bibliographie.

- *As a general rule the risk of further violent behaviour is increased where there is a significant history of past violence and the offender has an anti-social personality, low problem awareness and low social skills.*
- *Situational factors – availability of weapons, alcoholism and substance abuse, upcoming marital crises and threatening job loss – may also be predictive of increased risk.*

dans un publipostage, qu'il n'est désormais plus si rare de voir des médecins travaillant dans le milieu des assurances, être exposés à des menaces et/ou même être victimes d'exactions.

On doit également évoquer le douloureux chapitre des actes de violence – le plus souvent d'ordre sexuel –, qui sont le fait de médecins (surtout) envers leurs patients. Werner Tschan estime que près de 10% des professionnels de la santé commettent des délits sexuels une fois ou l'autre dans le cadre de leur profession [3].

Les conséquences psychiques des actes de violence subis ont été décrites et analysées par Pierre Janet vers la fin du XIX^e siècle. Le diagnostic des troubles psychiques post-traumatiques a été introduit en 1980 chez les vétérans de la guerre du Vietnam et les victimes de viols. Partant de là, le système de santé a commencé à s'occuper de manière plus ciblée des conséquences de ces expériences traumatisantes et à développer des concepts d'intervention et de traitement spécifiques [4].

Parallèlement, les mouvements de libération de la femme et les associations de protection des enfants se sont préoccupés, au cours des années 1980, du problème de la violence dans l'entourage social proche. Des centres d'accueil ont vu le jour pour les femmes et les enfants victimes de violences. Des groupes multidisciplinaires de protection des enfants, dont la mission était de faire des investigations et prendre des mesures en cas de suspicion de violences à l'encontre d'enfants, ont également été mis sur pied, durant cette période, dans différents centres hospitaliers. Ces dernières années, des antennes spécialisées dans le travail de dépistage des problèmes de violences domestiques et dans les conseils aux groupes professionnels concernés ont vu le jour en de nombreux endroits. Le lancement de programmes sociaux comportementaux destinés aux auteurs de violences relève de la même démarche.

L'introduction en 1993 de la loi sur l'aide aux victimes et l'officialisation de la plupart des délits en relation avec la violence au domicile, le 1^{er} avril 2004, a amélioré la situation juridique des victimes de violences. Plusieurs projets de loi dont l'objectif est d'étendre la fonction de contrôle de l'Etat dans le domaine de la famille et la sanction de la violence dans la vie privée sont actuellement à l'étude, tant au niveau fédéral que dans les cantons. Certains cantons planifient l'introduction de lois sur la protection

contre la violence prévoyant la possibilité d'expulsion et d'interdiction de retour au domicile en cas de violences. Les cantons de St-Gall, d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Lucerne, de Berne et de Bâle-Campagne ont d'ores et déjà introduit de telles législations [5, 6].

La violence envers les femmes engendre d'importants coûts socioéconomiques. En Suisse, en 1998, Alberto Godenzi [7] a officiellement estimé ces derniers à 410 millions de francs par an, dont 143 millions pour les soins médicaux proprement dits, 187 millions pour les frais de justice et police et 72 millions au titre de l'aide sociale. Ne sont pas pris en compte dans ces chiffres les dépenses relevant des conséquences à long terme et des arrêts de travail, ni les frais occasionnés aux employeurs, les frais divers personnels supplémentaires, etc. En comparaison, les coûts de l'aide aux victimes (8,5 millions de francs), des centres d'accueil pour femmes violentées (5,7 millions), des centres d'appels téléphoniques d'urgence et des projets de conseils (3,2 millions) ou encore de la recherche (à peine 150 000 francs) s'avèrent plus que modestes.

Des enquêtes ont montré qu'une grande proportion des personnes touchées – elles étaient 80% dans le «SAVI Report» [8] – se tourne en premier ou aimerait se tourner de préférence vers le médecin-traitant. Il est donc très important pour les médecins de premier recours d'avoir (au minimum) des connaissances élémentaires sur les signes permettant de suspecter l'existence de violences et sur les conséquences de ces actes [9]. Cet article a pour but d'améliorer le dépistage des situations à problème et de donner quelques conseils sur la façon de tenter de réduire le degré de violence. Ce n'est pas facile pour nous, qui devons normalement surtout faire preuve de compétences dans le domaine thérapeutique chez des malades qui nous sont en général reconnaissants de nos efforts. Nous sommes donc souvent pris au dépourvu lorsque nous sommes confrontés à la violence sous quelque forme que ce soit.

Définition de l'agression et de la violence

Le mot «agression» vient du verbe latin «aggredi»: s'approcher, entreprendre quelque chose, saisir quelque chose, mais aussi attaquer. La définition de l'agression donne lieu à vrai dire à une controverse: s'agit-il d'une pulsion primitive utile devant permettre d'entreprendre des actions essentielles pour la survie ou n'est-ce toujours chez l'homme qu'un instinct destructeur, qu'il faut constamment canaliser par voie d'autocontrôle ou par des interventions éducatives externes, afin de le rendre inoffensif. Atterré par ce qui s'était passé durant la Première Guerre mondiale, Sigmund Freud a complété sa conception première, attribuant à la libido le principal rôle


moteur des comportements, par la notion de la recherche de la mort, c'est-à-dire une tendance agressive avant tout destructrice. Alfred Adler considérait quant à lui l'agression comme un instinct inné [41].

Konrad Lorenz était convaincu que l'agression ne constitue pas une réaction à des facteurs extérieurs, mais bien un instinct nécessaire à la survie dans le monde animal, et que nous manquons de moyens pour orienter les actes agressifs instinctifs dans une direction socialement non dangereuse.

Une autre explication pour la survenue de comportements agressifs se réfère à des conséquences de frustrations: lorsqu'un individu est dérangé dans une activité orientée vers un but précis, il devient agressif. La théorie de l'apprentissage voit dans les agressions la conséquence de processus d'apprentissage erronés, partant d'exemples attrayants vus dans l'entourage ou dans des films à propos de conflits réglés dans la violence.

Anselm Grün décrit l'agression comme la principale énergie vitale avec la sexualité. Les agressions sont pour l'homme une source dans laquelle il puise pour être à la hauteur de ce qu'il estime juste, même contre résistance. Pour Grün, la violence est en revanche une mauvaise réponse aux agressions.

La signification du terme «violence» va pourtant plus loin: la violence est aussi un instrument pour imposer le pouvoir, la loi, l'ordre, etc., comme c'est le cas par exemple dans un Etat monopolistique totalitaire. La notion de séparation des pouvoirs dans l'Etat doit être perçue comme une tentative positive de se prémunir contre cette dérive. Dans notre quotidien, la violence sous-entend surtout le «recours à la force physique et/ou psychique contre autrui, dans le but de lui nuire ou de le soumettre à un pouvoir ou de s'opposer à

la violence par la violence» [10]. La plupart des actes violents peuvent être attribués soit au groupe des violences directes, soit à celui des violences personnelles (tab. 1 ). La notion de violence indirecte structurelle a été décrite par Johan Galtung [11]. Vue sous cet angle, la violence ne peut plus être attribuée à des auteurs concrets, mais est fondée sur une certaine structure de valeurs, de normes et d'institutions. On peut donc voir une forme de violence dans l'injustice sociale et dans toute discrimination au sein de la société.

Données épidémiologiques sur la violence dans notre société

Selon la première étude représentative du Fonds national sur la violence domestique de 1996, plus de 20% des femmes interrogées auraient subi une fois ou l'autre dans leur existence entre l'âge de 20 et de 60 ans des violences physiques et/ou sexuelles, dont l'auteur serait leur partenaire, et plus de 40% auraient été victimes de violences psychiques [13].

Une enquête réalisée au niveau national en Irlande dans le but d'évaluer l'importance des délits sexuels («SAVI Report» 2002 [8]) a brossé le tableau suivant: 42% des femmes et 28% des hommes ont indiqué avoir subi des violences sexuelles. Parmi les filles (jusqu'à l'âge de 17 ans), 20,4% avaient subi un «contact sexual abuse» et 10% un «non-contact sexual abuse» et chez 5,6% des filles il y avait eu pénétration. 16,2% des garçons ont été victimes d'un «contact sexual abuse» et 7,4% d'un «non-contact sexual abuse» avec 2,7% de cas avec pénétration. Chez les femmes adultes, 20,4% faisaient état d'un «contact sexual abuse» et 5,1% d'un «non-contact sexual abuse». Dans 6,1% des cas, il y avait eu pénétration. Chez les hommes, 9,7% ont indiqué avoir subi un «contact sexual abuse», 2,7% un «non-contact sexual abuse» et 0,9% une pénétration.

Cette enquête a confirmé une fois de plus des données bien connues: un tiers des femmes et environ un quart des hommes ont subi des contraintes sexuelles durant leur enfance. Plus d'un quart des femmes (27,7%) et près d'un cinquième des hommes (19,5%) ont été traumatisés sexuellement en tant qu'adultes. Chez les filles, 24% des auteurs étaient des membres de la famille, 52% des personnes connues et 24% des inconnus. Chez les garçons, 14% des auteurs étaient des membres de la famille, 66% des personnes connues et 20% des inconnus. Globalement les victimes et les auteurs se connaissaient dans 80% des cas.

Environ la moitié des victimes (47%) a indiqué s'exprimer pour la première fois, à l'occasion de l'enquête en cours, à propos de ces contraintes sexuelles et n'avoir encore jamais confié à quiconque ces événements. Un seul homme adulte

Tableau 1. Les différentes formes de violence.

Violence physique	Frapper, donner des coups de pieds, étrangler, infliger des blessures par des objets divers, etc.
Violence psychique	Remontrances, rabaissements, menaces, déclarer comme fou, utilisation des enfants comme moyen de pression, dégâts volontaires, etc.
Violence sexuelle	Forcer à des actes sexuels, viol
Violence sociale	Interdire les contacts, isoler socialement, enfermer, etc.
Violence économique	Subtiliser de l'argent, interdire ou contraindre de travailler
Violence structurelle	La violence structurelle repose sur des structures sociales particulières. Vu sous cet angle, toute forme d'injustice sociale et de discrimination dans la société peut être considérée comme une sorte de violence.
Violence domestique	Violence entre des personnes adultes en étroite relation sociale (i.e. le plus souvent partenaires ou parents), qui peut prendre la forme de n'importe quel type de violence évoqué ci-dessus
Stalking [12]	Forme de violence psychique fréquente, que l'on peut définir par «accusations, surveillance, persécutions». Les femmes sont souvent persécutées après une séparation par l'apparition menaçante et par surprise de leur ex-partenaire, qui peut signifier le retour à une relation de maltraitance.

(sur 98 victimes) avaient porté plainte, contre 7,8% des femmes (19 sur 244). Globalement, 6% des personnes concernées ont porté plainte contre l'auteur. Ce taux était plus élevé chez les enfants: dix garçons (sur 178) et 28 filles (sur 290) ont porté plainte. Les participants à cette enquête ont été interrogés sur la personne à qui elles se confieraient le plus volontiers s'ils étaient victimes d'une agression sexuelle. Plus d'un quart a indiqué ne pas avoir l'intention d'en parler à sa famille et 27% ont dit ne pas vouloir porter plainte. Étonnamment, 85% des participants ont dit vouloir en informer leur médecin traitant.

Selon le groupe de protection des enfants de l'Hôpital de l'enfance de Zurich, les actes violents à l'encontre des enfants auraient tendance à augmenter [14]. L'importante augmentation observée en 2004 n'a pour la première fois pas été uniquement mise en relation avec la sensibilisation accrue pour cette problématique. Les mauvais traitements sont surtout administrés dans des situations de stress excessif où les parents perdent le contrôle sur eux-mêmes. En 2004, l'attention a été portée sur une évolution alarmante, caractérisée par le fait qu'un tiers des auteurs d'agressions sexuelles sur des filles étaient des mineurs de sexe masculin (âge moyen 14 ans). Cette tendance a été confirmée au cours des années 2005 et 2006 par d'autres institutions, également au niveau international.

La violence domestique est comparable en termes de fréquence aux maladies cardiovasculaires et coûte en moyenne aux femmes des pays occidentaux industrialisés un an sur cinq de vie en bonne santé [15].

La violence augmente-t-elle dans notre société?

La question de savoir si la violence augmente dans notre société est controversée. Les médias attirent régulièrement l'attention sur l'augmentation des actes de violence délictuels [16-18]. Martin Killias a analysé plus en profondeur les données statistiques relatives aux décisions de justice, aux statistiques de la police et aux enquêtes auprès de la population, en tenant notamment compte des tendances en Europe en général sur des décennies, voire des siècles. Il est parvenu à des conclusions très claires [19, 20]. Lorsqu'on suit le développement de la criminalité dans les sociétés occidentales industrialisées au cours des deux derniers siècles, on peut identifier des phases de recrudescence et de réduction, dans lesquelles divers facteurs sociaux et techniques jouent un rôle important. La période de 1800 à 1850 était ainsi caractérisée par une augmentation considérable des délits violents chez les hommes. Cette époque était marquée par le développement extrêmement rapide des villes, associé d'une part à une diminution du

contrôle social et d'autre part au début de la production industrielle d'alcool. Le nombre de morts violentes est assez précisément corrélé avec l'évolution de la production d'alcool.

Entre 1850 et 1950, le nombre de meurtres a continuellement diminué chez les hommes dans les pays occidentaux industrialisés. Ceci pourrait être lié au fait que la notion d'atteinte à l'honneur, qui était à l'origine de nombreux actes violents, a peu à peu perdu de son impact. La période allant de 1950 à 1990 a été marquée par une augmentation très importante des délits violents (meurtres, agressions, vols et viols), les chiffres sont restés stables entre 1990 et 2000, à l'exception du nombre de viols, qui a poursuivi son ascension. On constate aussi depuis 1950 une augmentation de la délinquance juvénile, qui touchait toutefois initialement surtout les atteintes à la propriété. Dans les années 1990, on observe une augmentation massive des délits avec violences. La délinquance juvénile a décuplé entre 1954 et 2001. L'abondance de biens et l'augmentation des richesses après la Seconde Guerre mondiale, de même que l'arrivée des lecteurs vidéo et des ordinateurs dans pratiquement tous les ménages depuis les années 1980 avec la consommation non contrôlée par les parents des scènes de violence peut constituer l'une des explications. D'autres facteurs évoqués en association avec l'augmentation de la délinquance juvénile sont l'extension de la consommation de drogues, les flux migratoires, le chômage des jeunes et l'apparition croissante du phénomène des bandes [39].

Les causes de l'augmentation de la violence prennent donc leurs racines dans toute une série de facteurs. On peut dire d'une manière générale que le développement de la société et les progrès techniques, permettant par exemple la consommation de scènes de violence sous la forme de vidéos et de jeux d'ordinateurs peuvent favoriser les comportements criminels ou même fournir le prétexte à de nouveaux types de jeux criminels, par exemple la consommation d'images pornographiques sur Internet. L'expérience montre qu'il se passe un peu de temps avant que la société développe des stratégies de lutte contre ce type de phénomènes.

La perception de la violence dans le système de santé

Une étude réalisée par Social Insight en 2003 à la clinique de la maternité du Triemli de Zurich a montré que 10% des 1722 patientes interrogées avaient subi des violences physiques dans les douze mois ayant précédé leur séjour hospitalier. 80% auraient souhaité que ce sujet soit abordé par le personnel de l'hôpital [21].

Une enquête réalisée en 2004 auprès du personnel de différents services en contact avec les pa-

tients de l'Hôpital universitaire de Bâle à propos de la violence domestique a fourni des indications intéressantes sur la façon dont cette violence est perçue par les acteurs du système de santé [22]. Les services comprenaient le centre des urgences, la maternité, le service de médecine A, la policlinique médicale et la policlinique psychiatrique. Les réponses à la question de la perception de la violence domestique chez les patients et les patientes montrent que ce problème est très présent dans le quotidien professionnel du personnel hospitalier. Sur cinq personnes interrogées, quatre indiquent avoir soigné, au cours des trois derniers mois, au moins une personne dont elles savaient avec certitude ou dont elles supposaient qu'elle subissait ou avait subi des violences de la part d'un tiers. Le personnel interrogé au centre des urgences et à la policlinique psychiatrique était confronté plus que la moyenne à la violence domestique (98 et 100% respectivement). Le plus souvent, il évoquait des formes de violences psychiques. De nombreuses personnes interrogées avaient également fait ce genre d'expérience dans leur vie privée, puisque plus de 26% d'entre elles ont indiqué avoir elles-mêmes subi des violences de la part d'un proche et que 36% ont déclaré connaître une ou plusieurs personnes dans leur entourage privé ayant subi des violences.

La question au sujet de la compétence en matière de violences domestiques a donné les résultats suivants: l'affirmation selon laquelle «... le milieu hospitalier et le système de santé dans son ensemble sont compétents en matière de violences domestiques, mais pas vraiment notre service ou notre groupe professionnel ...» est plusieurs fois documentée. La médecine somatique a estimé que ces problèmes étaient du domaine de la psychiatrie et que l'assistance sociale disposait des coordonnées des institutions appropriées. Les membres des services de médecine/chirurgie somatique trouvaient aussi que le médecin de famille était l'interlocuteur privilégié pour ces problèmes, étant celui qui connaît le mieux et depuis beaucoup plus longtemps le patient. Pour le personnel de la maternité, le service interne de médecine psychosomatique et sociale était compétent, tout le monde ayant besoin surtout d'une formation complémentaire en psychiatrie. Le personnel soignant trouvait que c'étaient surtout les médecins qui étaient responsables de la prise en charge de ces problèmes, le centre des urgences hospitalières recevant bien plus de cas de ce type que les urgences ambulatoires. La policlinique médicale était persuadée que ces situations se présentaient surtout dans les services hospitaliers. Elle attribuait à la chirurgie et au médecin traitant la responsabilité de la question. On trouvait à la policlinique médicale que la policlinique de la maternité et le service de médecine sociale qui y est intégré, de même que le centre d'intervention thérapeutique

en cas de crises, certainement déjà confronté à ces problèmes, de même que la chirurgie, avaient besoin d'une formation continue dans ce domaine.

La psychiatrie et l'assistance sociale forment les piliers sur lesquels doit pouvoir s'appuyer le travail dans le domaine de la violence domestique. Elles s'estiment compétentes et les autres services et groupes professionnels les considèrent comme telles. Bien que le problème soit reconnu par le système de santé, les rôles de l'hôpital, des spécialistes, des médecins de premier recours et des autres professions de soins restent encore mal définis. Les missions, les méthodes et les marches à suivre de la médecine somatique en cas de violences domestiques ne sont pas encore bien déterminées.

La violence chez les personnes âgées

Même si l'on en parle peu, la violence joue également un rôle non négligeable chez les personnes âgées, toujours plus nombreuses dans la société [23]. Les formes de violences dirigées contre soi-même, comme les comportements suicidaires, dont la fréquence augmente avec l'âge à la suite des handicaps croissants dus à la maladie, à l'inactivité, à l'isolement, à la solitude et à la dépression, entrent aussi dans ce cadre [24]. Nous n'allons cependant pas nous pencher davantage sur ce sujet dans le présent article. Voici trois autres exemples de formes de violence chez les personnes âgées:

Agression et violence dirigées contre le ou la partenaire

L'agression et la violence contre le ou la partenaire est souvent la conséquence d'une vie commune post-parentale inaboutie, grevée de malentendus accumulés durant des années à propos de paroles ou de comportements du ou de la partenaire et associés à l'impossibilité de se séparer de l'autre. La période commune post-parentale [25] et celle de la retraite requièrent des changements d'orientation. Si les deux partenaires ne parviennent pas à retrouver une vie à deux, seule persiste la vieille attribution des rôles et des mots tels que: «Tu as toujours ...» De nombreuses personnes sombrent de plus en plus avec l'âge dans un silence amer. L'absence de communication est souvent à l'origine d'agression. D'un autre côté, les personnes âgées sont souvent incapables de se quitter. La routine crée des liens et la peur de la solitude augmente évidemment elle aussi lorsqu'on a attendu si longtemps pour se séparer de son conjoint. Les couples vivent donc souvent dans un climat d'agressivité croissante difficilement compréhensible pour l'entourage. Les violences conjugales qui peuvent en résulter sont alors tuées dans la toute grande majorité des cas. Le tableau est différent chez les couples en établissement médicosocial: ils peuvent vivre dans

des espaces séparés en maintenant un fonctionnement en tant qu'individu. Le partenaire peut ainsi participer à des activités même si l'autre n'est plus en mesure de le faire, sans que le couple ne devienne une prison.

La violence à la suite d'un surmenage


La violence fait suite au surmenage occasionné par les soins nécessités par un partenaire qui tombe malade, surtout s'il s'agit d'une maladie chronique. Cet aspect joue un rôle particulièrement important chez les personnes dont le partenaire est atteint d'une démence, car cette situation requiert énormément de patience et de compréhension de la part du partenaire soignant. Les partenaires touchés cependant aussi souvent à leurs limites lorsqu'ils doivent assumer des soins somatiques complexes. Nous connaissons des cas de personnes grabataires dans des lits à barreaux avec des escarres, souffrant d'hospitalisme et de manque de soins et sous-traitées. On a tout vu dans ce domaine: cris, remontrances, sédation médicamenteuse, abandon dans leurs propres urines, ignorance des appels, vols (par ex. argent de poche) ou même assassinats de personnes âgées dépendantes [26]. Les personnes ayant un partenaire malade ont dès lors besoin d'un entourage social. Même si beaucoup a été fait dans le domaine de l'assurance qualité dans les soins gériatriques, le problème des conjoints surmenés reste une préoccupation quotidienne.

La violence liée à la démence

Lorsque les fonctions mnésiques diminuent avec l'âge, il n'est pas rare d'observer des erreurs de ju-

gement concernant l'entourage. Les actions agressives, tels que les coups et les accès de colère du partenaire ou d'un soignant sont souvent considérées comme un problème grave. Comme la personne démente n'a cependant pas conscience de ses actes, la communication est pratiquement impossible. Un comportement agressif déclenche donc souvent des contre-réactions violentes. Les maltraitances peuvent d'ailleurs survenir avant que la démence se trouve à un stade avancé. Les patients suspectent leur partenaire de lui prendre ou de lui cacher des objets ou ils sont jaloux lorsque ce dernier parle avec d'autres personnes. La peur de l'inconnu (ou supposé comme tel) déclenche aussi souvent des comportements agressifs. Albert Wettstein a résumé les possibilités thérapeutiques, notamment les stratégies psychopharmacologiques, dans les troubles non cognitifs de la démence [27]. Pour éviter une spirale de la violence avec l'âge pour cause d'incompréhension et de surmenage, les soignants doivent pouvoir s'appuyer sur un réseau avec d'autres personnes touchées et sur des structures de soins complémentaires [28]. Ce travail de réseau est du ressort de la psychiatrie sociale qu'il convient absolument de préserver à l'avenir.

Facteurs de risque de la violence

Les médecins se trouvent souvent confrontés à la difficile mission de déceler à temps une escalade de violence et de prendre à ce moment-là les mesures qui s'imposent (tab. 2 ). Le pronostic des comportements violents s'est transformé d'une appréciation d'abord intuitive en un calcul structuré du risque, basé sur un certain nombre de critères précis, se présentant sous forme d'outils standardisés utilisés par exemple dans l'estimation du risque de récurrence des criminels dangereux de Volker Dittmann [30] ou dans le système d'évaluation du risque thérapeutique opérationnelisé criminologique (FOTRES) de Frank Urbaniok [31]. L'utilisation de tels instruments ne s'applique toutefois à la pratique quotidienne que sous certaines conditions, même s'il importe d'en retenir quelques aspects importants, permettant de donner une idée sur la manière d'apprécier ce type de situations. En référence à Volker Dittmann, on retiendra les aspects suivants en évaluant le risque des sujets chez qui on suspecte une escalade de la violence.


Le facteur largement essentiel est constitué par les comportements violents antérieurs [2]. D'autres critères imputent à certains troubles de la personnalité et du comportement, en particulier ceux qui tendent vers une dysfonction sociale, ainsi que le manque de prise de conscience des problèmes, un manque de compétence sociale, un comportement inadéquat en cas de conflits et le manque de volonté de changer les choses. Ces critères sont présentés dans le tableau 3 .

Tableau 2. Phénomènes de l'escalade (d'après Rupp/Rauwald [29]).

Meurtre (ou tentative de meurtre)
Violence dangereuse Usage d'armes, frappes avec des objets
Lésions corporelles Frappes avec les poings, coups de pieds, renverser quelqu'un
Agression Bagarres, gifles, griffures, bousculades
Menaces et dommages aux biens Menaces, actions destinées à faire peur, dommages aux biens
Ruptures de conventions Mise devant un fait accompli, non respect d'accord passés, actes déloyaux
Ruptures des règles de la communication Ne pas laisser terminer ses propos, ne pas écouter, parler de quelqu'un derrière son dos, dénigrement, remontrances
Faire pression Poser des ultimatums, faire de la résistance passive, refus
Combat d'idées Régler les comptes, escalade verbale symétrique
Dédifférenciation des moyens d'expression Parler plus fort, ton impératif ou superlatif, refus d'entrer en matière

Tableau 3. Facteurs prédisposant à une escalade de la violence (d'après Dittmann [30]).

Comportements violents par le passé	Comportements violents par le passé, surtout si ceux-ci ont augmenté en durée et en intensité
Troubles de la personnalité et troubles du comportement	Traits dissociatifs, tels que déracinement, absence de sentiments, absence d'empathie, non respect des règles et de devoirs dans la société Symptomatologie durable en référence à la délinquance, par ex. délire durable, dirigé sur des personnes Visions et attitudes favorisant les délits, par ex. attitude méprisant les femmes Déviance chronique au niveau du comportement sexuel, par ex. pédophilie
Absence de prise de conscience des problèmes	Absence de prise de conscience de l'auteur de son comportement problématique violent Tendance à la négation et la banalisation Tendance à accuser ou à rendre responsables les autres Manque d'empathie pour les victimes
Compétence sociale limitée	Défaut de performance professionnelle et sociale Incapacité à s'adapter aux changements de situation Manque de capacité de communication Limitation de la capacité à établir des relations Manque de persévérance Environnement social tolérant la violence
Comportement conflictuel inadéquat	Les personnes concernées se remettent régulièrement dans des situations de conflit et réagissent de manière violente. Impulsivité Faible tolérance aux frustrations
Défaut de volonté pour changer quelque chose	Absence de volonté de s'occuper de son trouble du comportement, par ex. sous la forme d'une psychothérapie ou d'un entraînement spécifique s'adressant aux hommes violents

Tableau 4. Facteurs circonstanciels parlant en faveur d'une escalade de la violence.

Possession d'armes, essentiellement d'armes à feu
Consommation d'alcool ou de drogues
Menaces, spécialement dirigées contre certaines personnes (délit poursuivi d'office dans le cadre de la violence domestique)
Problèmes sociaux, familiaux ou financiers
Motif des comportements violents, tels qu'annonce de séparation, menace de licenciement, perspective d'expulsion, etc.
Possibilité de contact avec des victimes potentielles
Relation de dépendance de la victime du point de vue moral, physique ou social

Tableau 5. Particularités des familles migrantes issues de cultures traditionnellement très patriarcales (d'après Ebner [32]).

Structures rigides, patriarcales
Légitimation de la violence
Concept de l'atteinte à l'honneur avec toutes ses conséquences
Manque d'expérience dans le dialogue partenarial
Séparation souvent de longue durée des membres de la famille avant leur réunion
Modification du système familial dans le cadre de la migration avec désécurisation générale, nucléarisation de la famille et accentuation de la désintégration sociale
Dans le cadre de la désécurisation, renforcement de l'attachement aux anciennes structures et valeurs
Augmentation de la dépendance des membres qui sont déjà dépendants (les femmes et parfois aussi les enfants)
Situation sociale caractéristique dans le pays d'accueil avec l'expérience quotidienne de la discrimination et de la violence sociale
Problèmes de langue (langue étrangère)
Conflits de génération dont l'intensité est renforcée dans le cadre des conflits des valeurs

L'appréciation du risque par le médecin n'est pas une démarche isolée. Il doit normalement s'agir d'un processus continu qui dure un certain temps. Les discussions avec les collègues, éventuellement familiaux avec les questions touchant à la criminalité, se sont avérées utiles. Les décisions prises seul dans son coin sont à éviter. Comme tout pronostic, l'évaluation du risque d'escalade de la violence comporte une part d'incertitude. Il est par conséquent conseillé au médecin de documenter soigneusement l'histoire de ces patients et de noter ses réflexions diagnostiques et thérapeutiques de manière claire et transparente.

On notera en particulier les traits de personnalité mentionnés dans le tableau 3, de même que les facteurs circonstanciels résumés dans le tableau 4. Selon Gerhard Ebner, les facteurs de risque pour les comportements violents sont plus fréquents dans les familles de migrants et quelques rares

études parlent même d'une incidence accrue de violences dans ces familles dont les membres sont plus souvent victimes de tels actes [32]. Les expériences de violence et les traumatismes du passé dans leur pays d'origine peuvent jouer un rôle, mais aussi le stress engendré par la vie en exil. Le tableau 5 donne un aperçu sur les particularités des familles de migrants. L'essentiel repose dans ce cas sur les couches simples et traditionnelles de la population, qui tendent à renforcer leurs anciennes valeurs en réponse à la désécurisation et à la remise en question de ces dernières et de leur mode de vie une fois qu'elles ont émigré. Il est utile de connaître ces spécificités pour mieux pouvoir appréhender la situation.

Correspondance:
Dr Jörg Wanner
Médecin-chef adjoint
Externe Psychiatriche
Dienste Baselland
CH-4101 Bruderholz
joerg.wanner@kpd.ch

Références recommandées

- Tschan W. Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Basel: Karger; 2005.
- Herman J. Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann; 2003.
- Steiner S. Häusliche Gewalt. Erscheinungsformen, Ausmass und polizeiliche Bewältigungsstrategien in der Stadt Zürich. Zürich: Rüegger Verlag; 2004.
- Haeberli Leugger K. Die Rolle des Staates und der Institutionen bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt gegen Frauen, mit speziellem Fokus auf der Prävention. Ther Umsch. 2005;62(4):251–4.
- Harder F, Tschan W. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis. Erkennen – Verstehen – Behandeln. Schweiz Med Forum. 2004;4(16):392–7 (Teil 1) / (17):417–21 (Teil 2).
- Küchenhoff J, Hügi A, Mäder U, Herausgeber. Gewalt. Ursachen, Formen, Prävention. Giessen: Psychosozial-Verlag; 2005.
- www.kinderschutzgruppe.ch.
- Gloor D, Meier H. Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten. Schriftreihe des Justizdepartements Basel-Stadt. Bd. 8. Basel: Justizdepartement Basel-Stadt; 2005.
- Wettstein A. Die Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. Schweiz Med Forum. 2004;4(23):607–10.
- Tschainer S. Bedürfnisse und Erwartungen Angehöriger. In: Förstl H, Herausgeber. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003. S. 215–9.

Vous trouverez la bibliographie complète [1–41] dans la version en ligne de cet article sous www.medicalforum.ch.

Agression et violence dans le quotidien du médecin

Jörg Wanner^a, Roman Fischer^b, Werner Tschan^b

^aExterne Psychiatrische Dienste Baselland, Brunderholz, ^bFacharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel

Références

- Allen JG. Coping with trauma. Hope through understanding. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishers; 2005.
- Killias M, Simonin M, De Puy J. Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS). Bern: Stämpfli Verlag; 2005.
- Tschan W. Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. Ursachen und Folgen. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Basel: Karger; 2005.
- Herman J. Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann; 2003.
- Steiner S. Häusliche Gewalt. Erscheinungsformen, Ausmass und polizeiliche Bewältigungsstrategien in der Stadt Zürich. Zürich: Rüegger Verlag; 2004.
- Haerberli Leugger K. Die Rolle des Staates und der Institutionen bei der Bekämpfung häuslicher Gewalt gegen Frauen, mit speziellem Fokus auf der Prävention. Ther Umsch. 2005;62(4):251–4.
- Godenzi A, Yodanis C. Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Fribourg: Universität Fribourg; 1998.
- MCGee H, Garavan R, de Barra M, Byrne J, Conroy R, The Royal College of Surgeons in Ireland. The SAVI Report. Sexual Abuse and Violence in Ireland. Dublin: Liffey Press; 2002.
- Harder F, Tschan W. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in der hausärztlichen Praxis. Erkennen – Verstehen – Behandeln. Schweiz Med Forum. 2004;4(16):392–7 (Teil 1) / (17):417–21 (Teil 2).
- Gewalt. In: Meyers Lexikonredaktion, Herausgeber. Meyers großes Taschenlexikon: in 25 Bänden. 7., neu bearbeitete Auflage. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG; 1999. Bd. 8. S. 134.
- Galtung J. Strukturelle Gewalt. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt; 1975.
- Knecht T. Stalking – Erotomanie im neuen Gewand? Schweiz Med Forum. 2005;5(6):171–6.
- Gillioz L, De Puy J, Ducret V. Domination et violence envers la femme dans le couple. Lausanne: Editions Payot; 1997.
- www.kinderschutzgruppe.ch.
- Hellbernd H, et al. Häusliche Gewalt gegen Frauen. Gesundheitliche Versorgung – Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Berlin: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend; 2003. Vgl. dazu www.bmfsfj.de.
- Basler Zeitung vom 22. Januar 2005.
- Neue Zürcher Zeitung vom 8. Juli 2005.
- SF DRS. «Sportpanorama» vom 6. Juni 2005.
- Killias M. The opening and closing of breaches: a theory on crime waves, law creation and crime prevention. Eur J Criminol. 2006;3(1):11–31.
- Killias M, Lucia S, Lamon P, Simonin M. Juvenile delinquency in Switzerland over 50 years: assessing trends beyond statistics. Eur J Criminal Policy Res. 2004;10(2-3):111–22.
- Gloor D, Meier H, Social Insight Zürich. Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentative Befragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie. Köniz: Edition Sozioethik; 2004.
- Gloor D, Meier H. Häusliche Gewalt bei Patientinnen und Patienten. Schriftreihe des Justizdepartements Basel-Stadt. Bd. 8. Basel: Justizdepartement Basel-Stadt; 2005.
- Stahelin HB. Epidemiologie der Demenzerkrankungen. Schweiz Med Forum. 2004;4:247–50.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bern: BAG; 2005. S. 10f.
- Kaufmann R. Eheschwierigkeiten bei betagten Paaren. In: Uchtenhagen A, Jovic N, Herausgeber. Psychogeriatric. Zürich: Fachverlag AG; 1998. S. 207–17.
- Leisinger F. Vernachlässigung in der Gerontopsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen. 2005; 2:28–31.
- Wettstein A. Die Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. Schweiz Med Forum. 2004;4(23): 607–10.
- Tschainer S. Bedürfnisse und Erwartungen Angehöriger. In: Förstl H, Herausgeber. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003. S. 215–9.
- Rupp M, Rauwald C. Von der Aggressivität zur Eskalation – Klärung einiger Grundbegriffe. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C, Herausgeber. Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2004.
- Dittmann V. Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In: Bauhofer S, Bolle P-H, Dittmann V, Herausgeber. «Gemeingefährliche» Straftäter. Zürich: Rüegger Verlag; 2000. S. 67–91.

- 31 Urbaniok F. FOTRES Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Bern: Zytglogge Verlag; 2004.
- 32 Ebner G. Häusliche Gewalt. *Psychiatrie*. 2005;5(1): 16–23.
- 33 Brunner S. Krisenintervention bei häuslicher und sexueller Gewalt. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD, Herausgeber. *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe; 2004. S. 264–73.
- 34 Henwood M. Domestic violence. A resource manual for health care professionals. London: Departement of Health; 2000. Available from: www.dh.gov.uk.
- 35 Unger-Köppel J. Kinderschutz, praktische Ideen. Arbeitspapier des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Aargau (KJPDAG). Windisch: KJPDAG; 2003. Vgl. dazu www.pdag.ch.
- 36 Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft. Vgl. dazu www.interventionsstelle.bl.ch.
- 37 Zollinger U, Hartmann K. Ärztliche Melderechte und Meldepflichten gegenüber Justiz und Polizei. Uneinheitliche gesetzliche Regelungen in der Schweiz bei Todesfällen, Körperverletzungen und Sexualdelikten. *Schweiz Ärztezeitung*. 2001;82(26): 1384–92.
- 38 Simon RI. *Psychiatry and law for clinicians*. 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2001.
- 39 Sachs J. Checkliste Jugendgewalt. Ein Wegweiser für Eltern, soziale und juristische Berufe. Zürich: Orell Füssli Verlag; 2006.
- 40 Rupp M. Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003.
- 41 Battegay R. Psychodynamische Aggressionstheorien. In: Küchenhoff J, Hügi A, Mäder U, Herausgeber. *Gewalt. Ursachen, Formen, Prävention*. Giessen: Psychosozial-Verlag; 2005. S. 67–86.

Correspondance:

Dr Jörg Wanner
Médecin-chef adjoint
Externe Psychiatrische
Dienste Baselland
CH-4101 Bruderholz
joerg.wanner@kpd.ch