

Agression et violence dans le quotidien du médecin. 2^e 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

- En général, les victimes de violences ne viennent pas trouver leur médecin pour lui parler spontanément de ce problème, mais se plaignent de troubles chroniques divers, par exemple de douleurs, de symptômes gastro-intestinaux, de blessures, de troubles dépressifs, d'anxiété ou de dépendances.
- Il faut donc rechercher activement chez les victimes de violences des symptômes de troubles post-traumatiques, qui peuvent se présenter sous la forme de cauchemars, de flashbacks, de comportements d'évitement, d'une absence d'émotions, d'une irritabilité ou d'une tendance à sursauter à la moindre occasion.
- En cas de suspicion de violences, on procédera certes avec doigté, mais en posant des questions malgré tout directes, dans le but d'évaluer l'importance du danger. On précisera plus particulièrement les points suivants: la forme et la durée des maltraitances, les blessures objectives (qui peuvent être cachées sous les vêtements), la crainte de retourner au domicile, la sécurité des enfants.
- La sécurité des protagonistes constitue toujours une priorité absolue lorsqu'on envisage une intervention. Dans les situations aiguës, on privilégiera des actions concrètes, telles que l'élaboration d'un plan de crise, une mise à l'abri dans une maison d'accueil pour femmes en détresse ou une hospitalisation et on donnera toutes les informations concernant les structures de soutien, notamment les services d'aide aux victimes, disponibles dans la région.
- Le suivi des patients à tendances violentes est également important. On conviendra clairement avec toutes les personnes concernées de la marche à suivre en cas de crises. On n'omettra pas à cette occasion d'aborder les questions inhérentes à la protection des données.
- Si des enfants sont impliqués, il faut absolument éviter toute précipitation. La protection des enfants nécessite une approche multidisciplinaire et on fera bien de solliciter l'avis de spécialistes dans ce domaine.
- Dans les situations de violences, les mesures médicothérapeutiques ne parviennent souvent pas à régler à elles seules les problèmes. On conseillera donc en complément le recours à des structures de soutien ou à des centres d'accueil pour les victimes et on fera appel, le cas échéant, à l'intervention des instances civiles ou judiciaires compétentes.

Summary

Aggression and violence in daily medical practice. Part 2

- *In most cases the victims of violence do not tell their physicians what has happened to them but present unspecific symptoms such as chronic pain, gastrointestinal symptoms, injuries, depression, anxiety or substance abuse.*
- *It is the physician's duty to be aware that any patient may be the victim of an assault and that in this case posttraumatic stress disorder (PTSD) and other psychological sequelae are possible. For example, where violence is*

Les victimes

En général, les victimes de violences, en particulier celles d'origine étrangère, ne viennent pas chez le médecin pour lui parler spontanément de ce problème. Ces patients se présentent souvent avec des plaintes plutôt somatiques, de type céphalées, asthme, troubles gastro-intestinaux ou douleurs chroniques. Les problèmes psychiques se manifestent fréquemment par des troubles dépressifs, une toxicomanie et/ou des troubles anxieux. De nombreux sujets ayant fait une tentative de suicide ont été victimes par le passé de maltraitances et les cas de maltraitances sur les enfants de femmes ayant fait un tentamen ne sont pas rares [32]. On pensera en particulier à ce type d'antécédents si l'on est confronté à certains des signes figurant dans le tableau 6 [33, 34].

S'il se dégage l'impression, lors d'une consultation, qu'une patiente est ou a été victime de violences, on approchera la question avec circonspection et empathie, tout en posant des questions de manière directe et ciblée. Si la suspicion se confirme, on tentera d'évaluer l'étendue du danger pour la ou les victimes, en précisant plus particulièrement les points suivants: la forme et la durée des maltraitances; les blessures objectives (éventuellement cachées sous les vêtements) ou la crainte de retourner au domicile. On pensera aussi à la sécurité des enfants. L'information permettant à la victime de mieux apprécier sa situation constitue un élément

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, parue dans le dernier numéro du Forum Médical Suisse, 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 se penche plus en détails sur la situation particulière des victimes et des auteurs d'actes de violence, donne une idée des possibilités d'intervention et discute ces points à l'aide d'un exemple pratique. La conclusion est apportée par le rappel de l'essentiel et est suivie d'une bibliographie.

reported or suspected the physician should actively examine the patient for PTSD symptoms (e.g. nightmares and flashbacks related to the traumatic experience, avoidance behaviour, numbing, hyperarousal and irritability).

● *When the patient is at risk of becoming the victim of violent behaviour the physician should actively, but in a respectful manner, explore the risk of future violent events. This assessment needs to clarify, first, the history of violence, including frequency of past assaults and the extent of injuries (which are often hidden under clothing!), and, second, practical questions such as fear of returning home, the degree to which children are at risk and potential precipitating events.*

● *Personal safety has top priority. In case of acute danger a safety plan – a protocol on how to proceed – may be very helpful. Priority practical measures include moving in with a friend or relative, admission to a women's shelter, hospitalisation or referral of the patient to a victim support network.*

● *Management of potentially violent patients is equally critical. Clear arrangements should be made to avoid situations in which violence occurs and to interrupt the behavioral sequence which precedes violence. In extreme cases it may be necessary to breach confidentiality in order to prevent harm to a third party.*

● *Where children are involved and at risk, the situation is more complicated if the source of danger is a parent or relative. The protection of children often requires interdisciplinary cooperation, and consultation of experienced professionals is always to be recommended.*

● *Often in cases of violence the physician's strictly medical role is limited to actual treatment of the consequences. However, his/her assessment of the problem, intervention, and support are potentially of immense value. In many instances collaboration with the authorities and with other health care professionals and social services is central to a successful outcome. The physician also needs to be competent in referral to shelters and support networks – not just to other health care professionals.*

essentiel de l'investigation. L'usage de la violence n'est pas seulement méprisable et déshonorant, mais il est aussi interdit et punissable, y compris à l'intérieur du couple. On recherchera naturellement chez les victimes de violences des symptômes de troubles post-traumatiques, autrement dit le souvenir récurrent du traumatisme sous forme de cauchemars ou de flashbacks, un évitement de situations rappelant les violences, une insensibilité émotionnelle ou une irritabilité, une hypervigilance ou une tendance à sursauter à la moindre occasion [9]. On n'oubliera pas à documenter soigneusement tout ce qui a été dit.

Chez les enfants, il faut ajouter aux formes de violences et de maltraitances évoquées précédemment les indices suggestifs d'une négligence. On fait référence ici à l'ignorance des besoins de l'enfant en termes d'alimentation, d'hygiène, de vêtements, d'éducation, de soins et d'attention. Une autre forme de violence chez les enfants est le syndrome de Münchhausen par procuration [35]. Les parents – ce sont souvent les mères – arrivent à donner au personnel médical une image très positive d'eux-mêmes et inventent des symptômes chez leur enfant (état fébrile, saignements, crampes) ou leur infligent même parfois des blessures plus ou moins

atypiques, entraînant des examens médicaux et des traitements dispendieux.

Interventions en faveur des victimes

La sécurité est la première préoccupation lors des interventions auprès des victimes de violences. La sécurité extérieure est souvent au premier plan en cas de danger immédiat. On réglera d'abord les problèmes pratiques, notamment par l'élaboration d'un plan de crise, par la mise à l'abri dans une maison d'accueil pour les femmes victimes de violences, par une hospitalisation, par un soutien financier, etc. Le tableau 7 [↩](#) résume les points qu'un plan de crise doit adresser.

On se souviendra que les personnes qui font appel à l'aide n'en restent pas moins capables de jugement et sont responsables. Il convient donc d'activer et de favoriser leurs capacités d'auto-prise en charge. La décision d'une femme de retourner chez elle malgré le danger que cela représente doit être acceptée. Elle a en général de bonnes raisons pour agir de la sorte (tableau 8 [↩](#)).

Tableau 6. Signes suggérant des violences éventuelles (d'après Henwood [34]).

Plaintes récurrentes vagues
Symptômes chroniques vagues
Rendez-vous manqués à répétition
Explications inadéquates au sujet de certaines blessures
Plusieurs blessures à différents stades de guérison
Blessures au niveau de la poitrine et de l'abdomen
Dissimulation et banalisation de certaines blessures
Fausses couches, mort-nés, accouchements prématurés, avortements répétés
Anxiété, états dépressifs, nervosité
Maladies psychiatriques; dépendance à l'alcool ou aux drogues
Accompagnement permanent par le partenaire ou un membre de la famille lors des consultations
Passivité, peur du partenaire
Le partenaire ne laisse pas la personne s'exprimer elle-même

Tableau 7. Plan de crises en cas de violence (domestique).

1. Remise d'une carte pour patients comportant les numéros d'urgence importants et éventuellement des documents médicaux
2. Conseiller à la patiente de tenir une valise prête contenant des habits et des effets de toilette, les documents les plus importants, de l'argent, les jouets favoris des enfants, etc.
3. La patiente se confiera à une amie et s'assurera qu'elle peut trouver refuge chez elle en cas de besoin
4. Stocker les numéros importants dans son téléphone mobile
5. Informer la police (éventuellement à l'avance)


Tableau 8. Pourquoi une femme reste-t-elle avec ou retourne-t-elle vers un partenaire qui la maltraite? [36]

Elle redoute des violences encore pires après la séparation.
Elle est financièrement dépendante.
Elle ne veut pas perdre son permis de séjour.
Elle veut conserver leur père à ses enfants.
Elle estime qu'elle a un devoir envers le couple.
Elle veut préserver la famille.
Elle l'aime toujours – mais pas ses coups.
Elle ne sait pas où aller.
Elle veut éviter la chute financière et sociale.

Si la situation n'a pas un caractère d'acuité nécessitant la prise de mesures immédiates, il peut s'avérer judicieux, le cas échéant, de désamorcer la situation par des entretiens de couple, au cours desquels on parlera par exemple des risques d'une escalade de la violence, on proposera l'intégration d'amis ou de connaissances et on donnera des conseils pour améliorer la communication. On exigera aussi à l'occasion des entretiens de couples de pouvoir s'entretenir seul avec l'épouse pour s'assurer qu'elle ne tait pas certaines choses par peur de représailles. Il est d'autre part important d'informer les couples sur les autres offres en matière d'aide et de conseil. Il s'agit notamment des antennes psychiatriques, mais aussi des centres cantonaux d'aide aux victimes, qui proposent des conseils aux victimes en matière de protection et de préservation des droits dans le cadre de procédures pénales, de même que dans le domaine de la compensation des dommages. Les migrantes peuvent s'adresser à un réseau de centres de conseil plus ou moins dense en fonction des régions.

Interventions auprès des sujets ayant des tendances violentes

Un suivi médical est également souhaitable chez les sujets prédisposés aux actes violents. Cela permet de réduire le risque d'escalade ou de dépister plus précocement ce genre de risques, afin de prendre les mesures de prévention qui s'imposent. Les interventions suivantes ont ainsi fait la preuve de leur

efficacité [29, 40]: une diminution des facteurs prédisposants et une simplification des situations, par exemple par une attitude objective défensive, franche et laissant à l'interlocuteur ou à l'interlocutrice le temps et l'espace dont elle a besoin pour réduire le stress. Les protagonistes du conflit pourront ainsi sentir que leurs aspirations du moment sont prises au sérieux. Une attitude orientée vers la recherche d'une solution concentre l'attention sur la manière de remédier sur le champ au problème, ce qui contribue grandement à calmer les personnes irritées par des situations de stress intense. Il est également très important dans ces cas de fixer les règles du jeu et les limites à ne pas dépasser. La méthode cherchant à reconstruire la relation favorise, grâce à une attitude ferme, prête à la confrontation, mais avec une participation émotionnelle limitée, une culture du respect et de solidarité. Si cette approche porte ses fruits, les chances d'une prévention efficace à long terme sont très grandes (tab. 9 .

On essaiera dans toute la mesure du possible de trouver une entente sur l'attitude à adopter en cas de crises. Il s'agit notamment de régler les problèmes liés à la protection des données, par exemple lorsqu'il faut avertir les personnes en danger.

En cas de risque important d'escalade de la violence dans les 24 à 48 heures, on prendra rapidement les mesures appropriées. Si le risque est modéré, il est indiqué d'augmenter la fréquence des consultations et il faut mettre en garde les personnes exposées. On établira avec le patient (et le cas échéant avec ses proches) des plans d'action que chacun s'engagera à respecter. Le patient et ses proches doivent pouvoir être joints aussi facilement que possible. Lorsque le risque est faible, le traitement pourra en revanche être poursuivi dans le cadre habituel.

La plupart des patients enclins aux violences peuvent être gérés efficacement par un bon suivi médical. La menace d'escalade nécessite le plus souvent une attitude claire et déterminée de la part du médecin et la mise en route d'une série de mesures appropriées. Dans les situations franchement à risques, il faudra peut-être même faire appel à l'intervention des forces de police. La seule présence d'agents de police en uniforme permet souvent d'amorcer la désescalade. Le médecin et le personnel du cabinet ne devront pas non plus oublier de s'autoprotéger, même si les escalades dangereuses sont fort heureusement rares au cabinet ou durant les visites à domicile.

L'alerte des proches ou leur implication entraîne souvent un dilemme sur la question du maintien du secret médical. Le plus simple consiste à demander au patient d'être délié du secret médical compte tenu des circonstances. Si le patient n'est pas collaborant ou oppose un refus à cette demande, on envisagera de faire une demande en ce sens auprès de l'autorité judiciaire. Une prise de contact téléphonique avec l'instance compétente (il peut s'agir du service juridique du Département de santé ou

Tableau 9. Les trois piliers de la désescalade chez les sujets agressifs (d'après Rupp [40]).

Méthodes d'interventions en cas de crises ou d'urgences	Eviter la stimulation
	Réduire la complexité
	Travailler en fonction d'une solution précise
Méthodes de mise en pratique du pouvoir	Fixer des limites et introduire des règles du jeu
	Protéger
	Prendre les mesures qui s'imposent
Méthodes de mise en place de la relation	Prise de contact
	Intégrer des tiers neutres
	Mise en réseau

du médecin cantonal suivant les cantons) suffit dans la majorité des cas, les formalités administratives pouvant le cas échéant être réglées ultérieurement. Il est à signaler que cinq cantons suisses disposent d'une obligation légale d'annonce des actes de violence [37]. Il s'agit des cantons de Nidwald (NW), Schwyz (SZ), Tessin (TI) et Uri (UR). A Bâle-Campagne (BL), une telle obligation concerne exclusivement les voies de fait avec lésions corporelles graves (au sens juridique du terme!) et un droit d'annonce en cas de lésions simples. Les autres cantons connaissent uniquement des droits d'annonces ou ne disposent d'aucune réglementation en la matière.

Indépendamment des dispositions légales, on pèsera soigneusement, dans chaque cas, l'attitude à adopter pour assurer la protection des personnes potentiellement menacées. Les jugements dits de «Tarasoff» attribuent au médecin un devoir d'avertir («duty to warn») [38] lorsque des tiers sont victimes de violences dont il a connaissance dans le cadre de sa consultation. A la connaissance de l'auteur, le droit suisse n'a jamais appliqué cette doctrine de Tarasoff, ce qui ne devrait pas empêcher le médecin de procéder à une appréciation soignée du risque dans ce genre de situation.

Protection de l'enfance

La notion de protection de l'enfance était autrefois dominée par le principe consistant à «aider plutôt que punir». Ce concept est toutefois contradictoire, puisqu'il suggère que des mesures complémentaires seraient plus efficaces. Or, les individus violents ont toujours besoin d'aide pour modifier leurs comportements et cesser les maltraitances. L'aide ne suffit donc pas. Elle doit s'accompagner d'un contrôle externe adéquat (autorité de tutelle). La maltraitance envers les enfants est dans bien des cas un délit poursuivi d'office, si bien qu'il faut songer dans les cas graves à une dénonciation (autorité pénale). Cette démarche doit cependant toujours être complétée par des mesures de contrôle et par des mesures d'aide aux changements de comportement. Il serait faux de se limiter au contrôle ou au dépôt d'une plainte. Les trois axes du traitement des maltraitances envers des enfants sont présentés dans le tableau 10 ↩.

La protection des enfants implique une collaboration multidisciplinaire. Cela signifie que les participants s'accordent sur un objectif commun. Ils sont

prêts à adapter leurs tâches et leurs activités respectives pour régler les différends et trouver des solutions acceptables dans le cadre de leur marge de manœuvre.

La décision concernant la meilleure marche à suivre repose sur le know-how des spécialistes de la protection de l'enfance. Il est recommandé dans les situations difficiles de prendre contact avec eux et de s'accorder sur la manière de procéder, éventuellement sans mentionner le nom des personnes concernées. On signalera encore qu'une bonne documentation, le cas échéant à l'aide de photos et avec des indications sur les sources d'information, est très importante et qu'il est conseillé de poser généreusement les indications à l'hospitalisation.

La règle est qu'il est presque toujours inapproprié dans les cas de maltraitance envers des enfants de prendre des décisions dans l'urgence. Mieux vaut réfléchir d'abord à la situation, puis planifier les mesures à adopter sur le long terme.

Il existe chez les enfants des dispositions légales particulières en matière de protection des données. En cas de violences sur un mineur, les personnes soumises au secret professionnel ou au secret de fonction sont autorisées à dénoncer le cas à l'autorité de tutelle compétente dans l'intérêt même de la victime (art. 364 du Code pénal). Il s'agit d'un droit et non d'une obligation.

Possibilités d'intervention des autorités civiles et judiciaires

En notre qualité de médecin, nous sommes habilités à déclencher une procédure de privation de liberté, par exemple en cas de risque suicidaire chez la victime ou de mise en danger d'autrui par l'auteur. Le Code civil offre, au-delà de la privation de liberté préventive, notamment dans le cadre des violences domestiques, toute une série d'autres possibilités d'intervention.

Pour les couples mariés, il est possible d'ordonner des mesures de protection de l'union (art. 171ff. CC). Ces mesures sont également applicables dans les procédures de divorce. Pour les couples non mariés, des mesures peuvent être appliquées dans le cadre de la protection de la personne (art. 28ff. CC). En intégrant, le 1^{er} avril 2004, les délits les plus fréquents de la sphère domestique dans la liste des délits poursuivis d'office, le législateur fédéral a rompu le tabou de la «sphère familiale». La violence dans la famille ne doit plus être cachée et tacitement tolérée [5]. Les délits poursuivis d'office sont présentés dans le tableau 11 ↩.

Ceci épargne à la personne menacée de violences la difficile décision de porter plainte contre des membres de sa famille. Cela donne de plus la possibilité de libérer les auteurs de maltraitances de la détention préventive, tout en ordonnant des mesures d'accompagnement (par ex. participation à un programme d'entraînement pour les auteurs de violences). La sanction pourra être suspendue en

Tableau 10. Trois approches complémentaires en cas de maltraitances envers des enfants [35].

Coopération volontaire avec la famille	Coopération avec l'autorité de contrôle	Coopération avec l'autorité pénale
Observation	Mise en garde	Mise en examen
Suivi	Retrait de la garde des enfants	Sanction de l'auteur
Traitement		

Tableau 11. Délits poursuivis d'office en relation avec la violence domestique.

Lésions corporelles simples (giffes, coups de pieds, bousculades, étranglements, tirer les cheveux, coups avec des objets ou jets d'objets) (art. 123 CP)
Maltraitements répétés (art. 126 CP)
Menaces (art. 180 CP)
Harcèlement sexuel (art. 189 CP)
Viol dans le cadre du mariage et d'un partenariat (art. 190 CP)

cas de bon comportement ou même annulée si l'évolution est favorable sur le long terme.

Exemple

M. A., immigré au bénéfice d'un permis C, se présente au centre des urgences en raison de troubles respiratoires. On diagnostique une hyperventilation. M. A. explique au psychiatre consultant appelé sur place qu'il a bu une forte quantité d'alcool avant de venir. Il a pensé à se suicider à cause de problèmes relationnels avec sa femme qui le mettrait sous forte pression pour qu'il cesse d'entretenir financièrement sa famille restée au pays. M. A. est marié et père de trois enfants âgés respectivement de sept mois, de cinq ans et de huit ans, et travaille comme aide-jardinier. Il avoue des excès d'alcool répétés depuis quelque temps à la suite des pressions de sa femme qu'il peine de plus en plus à supporter. Sa femme se trouverait en ce moment en visite avec les enfants chez des parents.

Un rendez-vous est fixé la semaine suivante, mais le patient ne s'y présente pas. On apprend au lieu de cela par l'autorité judiciaire que le patient a été emprisonné suite à une plainte déposée par sa femme qui a été battue alors que son mari était alcoolisé une fois de plus. Le plus jeune des enfants aurait aussi été mis en danger. Comme la femme se déclare prête à reprendre son mari au domicile conjugal, M. A. est remis en liberté le lendemain, à condition qu'il participe au programme d'entraînement pour hommes violents et qu'il suive un traitement psychiatrique.

M. A. se présente au rendez-vous convenu en compagnie de sa femme. Cette dernière explique que son mari consomme de l'alcool surtout durant les week-ends, devenant ensuite agressif et violent. Cette situation durerait déjà depuis environ cinq ans. Son mari a d'ailleurs déjà causé un accident de la circulation sous l'influence de l'alcool. Le principal problème serait le manque d'argent (4000 francs de salaire mensuel). Or, la famille de son conjoint attend qu'il envoie régulièrement de l'argent dans son pays, ce qui le met sous forte pression, car il réalise qu'il en aurait besoin pour entretenir sa propre famille et ses trois enfants. L'épouse indique être en mesure de gérer la situation et en parler avec ses amies, alors que son mari ne parle presque jamais à personne et «garde tout en lui-

même». Ce n'est que lorsqu'il est alcoolisé qu'il arrive à exprimer sa frustration.

Le couple se déclare prêt à revenir à la consultation pour parler avec l'aide d'un interprète. La femme refuse en revanche un entretien séparé, préférant revenir avec son mari. Arrive le même jour encore l'avis du juge d'instruction qui menace d'emprisonner une nouvelle fois le patient s'il ne se conforme pas aux obligations qui lui ont été faites. Le juge d'instruction avait précédemment informé l'autorité tutélaire de la commune du danger potentiel encouru par les enfants et cette dernière avait à son tour avisé la maîtresse d'école de l'aîné des enfants. Le médecin de famille a entre-temps aussi été informé par le juge d'instruction. Il avait traité M. A. au cours des deux mois passés pour une blessure à la main. Il savait que son patient était financièrement sous pression et qu'il en était déprimé. Les problèmes d'alcool ne l'avaient en revanche pas frappé. Il a été convenu de se tenir mutuellement au courant de l'évolution de la situation.

Les suites se sont heureusement avérées favorables. M. A. a participé au programme d'entraînement à l'intention des hommes violents et suivi un traitement psychiatrique qui a eu des effets positifs non seulement sur lui-même, mais aussi sur toute la famille, comme l'a confirmé sa femme. M. A. a ainsi pu améliorer ses compétences sociales et réduire sa consommation d'alcool. Cette évolution favorable a incité le juge d'instruction à suspendre la procédure pénale.

Résumé

L'agression et la violence se présentent sous différentes formes dans le quotidien du médecin. Les victimes de violences se trouvent au premier plan, mais les auteurs font aussi partie intégrante de la problématique. La perception de la violence dans le système de santé a changé, comme d'ailleurs dans la société en général. Plusieurs facteurs jouent un rôle dans ce phénomène. Le vécu des traumatisés de la guerre du Viêt Nam a poussé à poursuivre le développement des concepts diagnostiques et thérapeutiques, ce qui a eu pour conséquence d'élargir considérablement nos connaissances sur les conséquences psychiques de la violence et sur leurs traitements. Parallèlement, on a assisté à une prise de conscience de ces problèmes dans la société. Les mouvements de libération de la femme et de protection de l'enfance ont attiré l'attention sur la violence dans l'entourage proche. Des maisons d'accueil pour femmes en détresse ont vu le jour dès les années 80 et des groupements multidisciplinaires spécialisés dans la protection des enfants ont ouvert leurs portes dans nombre de centres hospitaliers. Cette évolution s'est aussi traduite par une série d'adaptations dans le cadre légal. La loi sur l'aide aux victimes est ainsi entrée en vigueur en 1993 avec l'installation de différents centres d'assistance. La violence domestique est devenue le 1^{er} avril 2004

un délit d'office, ce qui a amélioré le statut juridique des victimes. Divers cantons ont déjà introduit des dispositions légales permettant d'expulser les auteurs de violences de leur appartement.

La violence peut avoir des visages forts différents. Outre la violence physique et sexuelle, on parle aujourd'hui aussi de violence psychique, sociale et économique. Le phénomène de la violence est fréquent. En Suisse, 40% des femmes sont exposées une fois ou l'autre à l'âge adulte à des violences physiques, sexuelles ou verbales. Environ une femme sur trois et un homme sur quatre ont subi une agression sexuelle durant leur enfance. Les coûts socioéconomiques de la violence sont considérables. Le problème est considéré comme significatif dans le système de santé et on observe aujourd'hui les prémices d'une approche professionnalisée de la question.

Il est important pour le médecin de dépister les situations dans lesquelles la violence est en jeu et d'intervenir dans le but de réduire les risques d'escalade. Nous aurons la plupart du temps affaire aux victimes. En cas de suspicion de maltraitances, on procédera avec doigté, mais aussi avec fermeté à une prise d'information directe, afin d'évaluer le degré du risque. Fait également partie de cette démarche l'évaluation des risques de comportements violents chez les sujets ayant tendance à «passer aux actes». Le principal critère de cette évaluation est constitué par l'existence d'antécédents de violences. Les troubles de la personnalité et du comportement avec tendance asociale, le manque de prise de conscience du problème, les limites de la compétence sociale, les comportements conflictuels inadéquats et manque de collaboration pour s'attaquer à l'origine de la problématique sont autant de facteurs pronostics défavorables. Des facteurs circonstanciels, tels que la possession d'armes à feu, la consommation d'alcool et de drogues, l'annonce d'une séparation ou d'un licenciement jouent aussi un rôle. La sécurité des victimes de violences constitue la préoccupation première lors de toute intervention. En cas de danger immédiat, des mesures pratiques, telles que l'élaboration d'un plan de crise, la mise à l'abri dans une maison d'accueil pour femmes en détresse, une hospitalisation ou l'information à propos des centres d'assistance et d'aide aux victimes éventuellement en mesure de fournir une assistance financière, sont au premier

plan. Il faut se souvenir que les personnes sollicitant une aide sont malgré tout responsables et capables de discernement. Il s'agit donc d'activer leurs facultés d'auto-prise en charge. Cela implique aussi de respecter la décision d'une femme souhaitant retourner chez elle malgré le danger potentiel. Le suivi des sujets violents est également indiqué. On peut d'une part tendre vers une désescalade et d'autre part prendre les mesures qui s'imposent si une escalade menace. Il est judicieux de conclure des contrats clairs avec tous les protagonistes sur ce qui doit être fait lors des crises. Les problèmes de protection des données doivent aussi être réglés à cette occasion. Lorsque des enfants sont impliqués, on évitera absolument d'agir dans la précipitation. La protection des enfants doit s'appuyer sur une collaboration multidisciplinaire et on prendra de préférence l'avis de spécialistes dans ce domaine.

Dans les situations de violences, les moyens médico-thérapeutiques ne suffisent souvent pas. Le recours complémentaire à des centres d'assistance et d'aide aux victimes, à des maisons d'accueil pour femmes en détresse, à des antennes d'aide aux personnes migrantes, à un conseil juridique, etc. est souhaitable. Le Code civil offre outre la possibilité d'une mesure de privation de liberté préventive, par exemple en cas de risque suicidaire chez la victime ou de mise en danger d'autrui chez l'auteur, d'autres possibilités d'intervention, telles que des mesures de protection de l'union ou des personnes. L'officialisation du délit de violence domestique donne aussi au Code pénal davantage de moyens d'action contre l'escalade de la violence. Dans tout cela, il est très important de réaliser ses propres limites, notamment en termes de pouvoir d'intervention, et de ne pas perdre de vue sa propre sécurité.

Remerciements

Nous remercions le Dr Brigitte Contin, spécialiste en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence à Bruderholz dans le canton de Bâle-Campagne, le Dr Markus Schmidlin, spécialiste en médecine générale FMH à Aesch, et le Prof. Martin Killias de l'Institut de criminologie et de droit pénal de l'Université de Lausanne pour leurs précieux conseils et pour leur lecture critique du manuscrit.

Références recommandées

- Rupp M, Rauwald C. Von der Aggressivität zur Eskalation – Klärung einiger Grundbegriffe. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C, Hrsg. Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2004.
- Ebner G. Häusliche Gewalt. Psychiatrie. 2005;5(1):16-23.
- Brunner S. Krisenintervention bei häuslicher und sexueller Gewalt. In: Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz RD, Hrsg. Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Göttingen: Hogrefe; 2004. S. 264-73.
- Unger-Köppel J. Kinderschutz, praktische Ideen. Arbeitspapier des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Aargau (KJPDAG). Windisch: KJPDAG; 2003. Vgl. dazu www.kpdag.ch.
- 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.
- Sachs J. Checkliste Jugendgewalt. Ein Wegweiser für Eltern, soziale und juristische Berufe. Zürich: Orell Füssli Verlag; 2006.
- Rupp M. Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003.

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 Battgay 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