

DOSSIERS

La violence familiale et la responsabilité médicale

Agressivité et violence

La manière d'aborder le phénomène de la violence dépend dans une large mesure des présupposés qui fondent nos croyances autour de la nature de l'homme. Si on part de l'idée que l'être humain est foncièrement violent – en suivant la lecture biblique, marquée par le péché originel – et que cette tendance est intrinsèque à la nature du sujet, on risque d'assumer une attitude résignée vis-à-vis de la violence. Si, par contre, on adopte le postulat que, par sa nature, l'être humain est un sujet social coopératif qui a un besoin vital de « l'autre », on arrive à penser la violence comme une rupture de la dimension sociale, de la dimension des liens qui unissent nécessairement les êtres humains les uns aux autres. Cette rupture compromet le respect réciproque indispensable à la survie de l'individu et du groupe.

L'intervention médicale doit donc partir du présupposé qu'on doit respecter l'intégrité et la dignité des êtres humains et que chaque individu en est capable.

L'anthropologue française Françoise Héritier (1998) appelle violence « toute contrainte physique ou psychique susceptible d'entraîner la terreur, le déplacement, le malheur, la souffrance ou la mort d'un être animé ... » et elle évoque que l'un « ... des besoins essentiels des êtres vivants est celui de pouvoir se reposer en paix, donc d'avoir confiance de façon stable en ses proches et en son entourage ». Qu'est-ce qui déclenche, dans des circonstances particulières dans la société des hommes, la transformation de l'agressivité en violence destructrice ?

La violence résulte d'un processus qui s'étale dans le temps, et qui tend

à se reproduire. L'expérience dont le sujet pâtit quand il est frappé par la violence est traumatique et humiliante. La victime risque alors de reproduire le comportement violent comme réponse à l'outrage fait à l'obligation éthique de respect réciproque. La victime tente alors de rétablir une justice, de retrouver une dignité propre à travers une violence d'autant plus destructrice qu'elle n'a pas pu bénéficier d'un bagage d'expériences relationnelles précoces suffisamment « bonnes ». Une telle expérience fonde l'estime de soi et le respect de « l'autre » et enseigne à contenir sa propre agressivité. Les relations d'attachement se révèlent donc significatives pour le développement du sujet, du fait qu'elles président à la construction et au développement des dimensions psycho-biologiques, émotionnelles, morales, cognitives et sociales de l'être humain. L'attachement réussi permet de grandir, de coopérer et d'aimer, tandis que l'attachement « manqué » ou en souffrance peut faciliter l'expression de la violence. Il est clair par ailleurs que les modèles d'attachement précoce sont continuellement modulés, voire remodelés, par le contexte de vie global dans lequel le sujet évolue.

L'attachement et la violence

La théorie de l'attachement propose une interprétation plausible et cohérente du comportement violent. Lorsque le contexte familial est problématique, on assiste à des formes d'attachement « manqué », qui peuvent être à la source du cycle de la violence. Un type particulier d'attachement (celui défini comme « désorganisé ») est prévalent chez les enfants qui ont subi des violences ou qui ont assisté aux violences perpétrées entre les parents. Kwong

(2003) a étudié la présence de violence physique et psychologique dans les familles d'origine d'adultes violents. Les relations actuelles des sujets qui ont participé à la recherche démontrent que les formes de violence présentes dans la famille d'origine s'avèrent prédictives de chacune des formes de la violence familiale actuelle. Ce résultat est cohérent avec l'explication du comportement violent comme une forme d'apprentissage social.

Le rôle du climat familial, en particulier des traumatismes, des pertes et des carences affectives, est central dans le développement de la cruauté de l'homme. La signification donnée au traumatisme et la qualité des relations interpersonnelles établies semblent être de toute première importance pour déterminer l'extension du dommage cognitif et émotionnel : le risque de violence est d'autant plus élevé que le traumatisme est grand et répété (De Zulueta, 1993).

Une culture centrée sur l'individu, la gratification matérielle ou sur la négation de la perte et de la mort a besoin de croire à la « pulsion de mort » ou à une théorie génétique de la violence. Une telle croyance porte à négliger la part centrale que les relations pathologiques d'attachement peuvent avoir sur la genèse de la violence. Une telle culture, dans sa tendance la plus déterministe, est utilisée pour justifier encore une fois un renoncement au devoir de solidarité. Persister à croire que celui qui est porteur des gènes de la violence ou submergé par la pulsion de mort a un comportement répréhensible à cause de caractéristiques intrinsèques, et non pas parce qu'il a été précédemment traumatisé ou abandonné par son entourage proche,

pourrait autoriser à renvoyer le sujet violent à soi-même, à le laisser seul sans lui offrir un espoir de changement.

La violence domestique et les médecins

La violence domestique (Unicef, 2000) comprend la violence perpétrée par les partenaires intimes et autres membres de la famille. Ce problème semble être largement sous-estimé par les médecins. Une recherche (Tjaden, 2000) portant sur les connaissances et les attitudes des médecins de premier recours montre que ceux-ci affirment être peu confrontés au problème de la violence domestique. Ils en sous-estiment la prévalence et tendent à ne pas considérer les soins aux femmes battues, ne présentant pas de lésions physiques, comme faisant partie de leurs obligations professionnelles.

Quarante-cinq pour cent des médecins n'ont, jamais ou presque jamais, posé de questions à propos de la violence domestique lors de consultations auprès de patients présentant des blessures. De plus, 25% des soignants attribuent la cause de la violence à la personnalité de leur patient et 28% d'entre eux ne pensent pas pouvoir aider les personnes victimes. Les auteurs concluent qu'il y a un besoin évident de formation des médecins sur ce sujet.

La violence domestique est donc sous-évaluée par le personnel soignant et son dépistage ne fait pas partie des questions de routine de la consultation médicale. En effet, une enquête récente pratiquée à Lausanne a montré que moins de 10% des situations de violence vécue par les patients ont été dépistées lors d'un contrôle de routine (Morier-Genoud et al., 2003).

Cependant, la plupart des victimes de violence domestique espèrent que le médecin leur demandera si elles ont été agressées et se disent prêtes à en parler. De plus, elles

disent qu'une bonne interaction avec le médecin est un des éléments importants de leur rétablissement.

La violence conjugale

La vie maritale n'est pas synonyme d'harmonie. Les conflits font partie intégrante de celle-ci. Ils sont mêmes nécessaires pour en garantir le développement. Il importe alors de trouver des moyens pour les aborder, dans une perspective de coopération mutuelle, sans y succomber. Mais dans certaines circonstances, l'agressivité « normale » à l'intérieur d'un couple peut se transformer en violence. C'est évident que, si une situation de violence persiste, chacun cherche des alliés pour se faire entendre et pour s'appuyer sur leur autorité ou leur influence pour modifier la situation. Les violences dans le couple ne sont pourtant pas souvent rapportées aux médecins. Le fait que l'expérience de la violence soit marquée par la honte explique en partie cette réticence. Mais il nous faut admettre que la cécité et la surdité du corps médical peuvent parfois aussi y jouer un rôle.

Intégrer les logiques de compréhension et d'action

Les comportements violents sont interdits par la loi et peuvent constituer un crime; ils méritent aussi d'être compris comme la résultante d'un comportement interactif. Dans son aspect crime, la violence relève d'une logique linéaire (le bourreau frappe la victime); dans son aspect interaction, d'une logique circulaire (le bourreau détermine le comportement de la victime, et celle-ci, celui du bourreau). Ces deux logiques ne sont pas mutuellement exclusives, mais ne se situent pas au même niveau.

La logique circulaire a été très critiquée, notamment par les féministes en ce qui concerne la violence domestique. En effet, si nous adoptons une explication en termes de causalité circulaire, les causes du comportement violent ne pourraient être trouvées que dans l'interaction.

Cela revient à dire que la victime et l'auteur de la violence sont co-responsables de ce qui se produit. Le risque est alors de dénier que l'auteur soit responsable en personne de son comportement coercitif ou violent.

Pour dépasser cette apparente contradiction, il convient de retenir une diversité de niveaux. Quand on aborde le thème de la violence domestique, l'éthique nous oblige à prendre position quant aux responsabilités. L'idée de la responsabilité est d'un ordre différent de celui de la logique circulaire, parce qu'elle se situe au niveau de la morale et de la loi, et la loi proscriit la violence. Le médecin ne peut se soustraire à l'expérience de la réalité d'un déséquilibre du pouvoir et de la force: la femme battue est effectivement une victime et celui qui la maltraite abuse en réalité de son propre rôle d'autorité ou de sa supériorité physique. Et même si la victime semble provoquer l'auteur, la réponse violente de ce dernier ne peut être considérée comme justifiée. Ce serait une perversion grave d'attribuer à la victime la responsabilité de la violence dont elle est l'objet. L'autre peut aussi être perçu comme « vital » et comme résistant injustement ou cruellement aux besoins de l'agresseur. En rendant cependant l'autre objet de ses propres besoins et de ses propres pulsions, l'agresseur soustrait son humanité à la personne objet de sa violence.

Une fois posé le cadre clair de la responsabilité quant aux actes commis, le médecin, dans sa consultation, ne peut non plus se soustraire à un travail de compréhension de ce qui a amené l'auteur à commettre la violence; et nous retrouvons là le niveau circulaire des interactions. Comprendre la personne ne signifie cependant pas excuser les actes qu'elle a commis.

Aborder la violence passée ?

L'on peut se demander si le médecin doit favoriser l'expression de la violence subie, surtout lorsque l'on sait

combien cette évocation peut être douloureuse. La description des violences subies génère une détresse indicible et une profonde souffrance pour ceux qui les ont endurées, mais souvent un malaise aussi pour ceux qui y sont confrontés professionnellement (Rey, 2000).

Même s'il est évident qu'il convient d'adapter la stratégie de cas en cas, on peut retenir que la narration des événements traumatiques en elle-même n'est pas forcément cathartique. Le médecin se montrera attentionné et respectueux du temps et des modalités propres à chaque patient. Malgré le tact et la discrétion des soignants, la prise en charge psychologique ou médicale peut en venir à constituer un traumatisme secondaire lorsque l'on évoque les souvenirs douloureux et que l'on ramène les éléments traumatiques de l'histoire du patient dans la relation présente.

Il est cependant utile, dans bien des situations, d'arriver à élaborer progressivement avec la victime les détails des violences subies. Pour le patient, la compréhension pleine, de la part du médecin, de sa souffrance reste bénéfique. Le fait de connaître la réalité de la violence permet aussi de prendre position et de déclarer que l'auteur n'avait pas le droit de porter une telle atteinte à l'humanité de l'homme.

Les responsabilités des médecins

La perspective éthique que l'on préconise a d'importants retentissements sur le plan de l'intervention. Elle implique notamment que le médecin, renonçant à se réfugier à l'égard des différents membres de la famille dans une position de stricte neutralité, agisse en sorte d'amener les auteurs à prendre conscience du tort qu'ils ont infligé à leurs victimes. Le chemin qui mène à cette étape de la responsabilité assumée est ardu à parcourir : pour les victimes qui, le plus souvent, redoutent de porter préjudice à leurs proches violents ou

négligents ; pour les auteurs de la violence, mais aussi pour les intervenants, a fortiori s'ils se soucient aussi de prendre autant que possible en charge la souffrance de ces mêmes auteurs.

Si la violence domestique n'est pas identifiée – la chose est connue – elle tend à se développer soit en fréquence, soit en amplitude. Le médecin peut jouer un rôle essentiel dans le dépistage et la prévention de la violence domestique, par exemple en étant capable d'affirmer ouvertement que l'auteur n'avait pas le droit d'agir comme il l'a fait.

Sentiments d'impuissance

Les médecins peuvent éprouver des sentiments d'impuissance et minimiser la violence et les dommages qu'elle induit. Ainsi, ils en arrivent parfois à rationaliser le problème, en usant d'arguments justificateurs déplacés, ou à dénier purement et simplement son existence. Or, une telle méconnaissance de la part des médecins engendre une série d'effets pervers : l'incapacité du professionnel à identifier la violence augmente le sentiment d'isolement de la victime et peut achever de la convaincre qu'il n'existe pas de possibilité de fuir la situation de violence.

Lorsque le médecin est confronté à l'émergence de violences, on doit postuler qu'il entre dans son mandat d'intervenir, à chaque fois que la situation l'exige, de façon à assurer une certaine protection de ses patients, et de prendre position quant à l'injustice dont ils ont été – ou sont encore – victimes.

Cette perspective éthique implique, notamment, que la violence soit reconnue comme telle non seulement par les victimes, mais aussi par ceux qui en sont les témoins, même indirects – comme c'est le cas des médecins. C'est ainsi que l'on peut œuvrer pour freiner la violence comme déshumanisation de l'autre, et promouvoir le respect de la dignité de l'homme.

Dr Marco Vannotti, Cerfasy

Bibliographie

- Héritier, F. (1998) : *De la violence II*, Paris ; Odile Jacob.
- Unicef. (2000) : *La violence domestique à l'égard des femmes et des filles*. Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Florence, Innocenti Digest ; 6.
- Tjaden P, Thoennes N. (2000) : *Extent, nature and consequences of intimate partner violence; findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC ; US Dept of Justice, Office of Justice Programs.
- Rey H., Rinaldi Baud I. (2000) : *Violence et accessibilité aux soins: vulnérabilités et ressources des soignants*; Médecine & Hygiène ; 58 : 1938-42.
- de Zulueta F. (1993) : *From Pain to Violence*. London, Ed Whurr Publishers.
- Morier-Genoud C., Bodenmann P., Favrat B., Vannotti M. (2003) : *Violence in primary care: identification and training, does it work?* Journal of General Internal Medicine ; 18, 1 : 183.
- Kwong, M., Bartolomew, K., Henderson, A., Trinke, S. J., (2003) : *The intergenerational transmission of relationship violence*. Journal of Family Psychology, Vol. 17(3), 288-301.
- World Health Organization (WHO) (2002). *World report on violence and health*. Geneva WHO.

IMPRESSUM

Président

Jean-Pierre Walker
Maison de Santé de Préfargier
2074 Marin
Tél. 032 755 07 55

Rédaction - Secrétaire médical

Dr R. Kehtari
Hôpital Pourtalès, 2000 Neuchâtel
Tél. 032 713 36 00
E-mail : reza.kehtari@ne.ch

Secrétaire SNM

Etude Walder et Klausner
Grand-Rue 7, 2108 Couvet
Tél. 032 863 21 71

Photocomposition et impression

Imprimerie Zwahlen SA
Plage 12, 2072 Saint-Blaise
Tél. 032 756 97 97
Fax 032 756 97 90
E-mail : iz@span.ch

Parution : 4 fois par année