

Approche du médecin généraliste en cas d'agression par le partenaire

Martina Gylsen, Sept 2005.

1. Introduction	2
2. L'approche du médecin de la violence	2
2.1. Facteurs déterminant l'approche du médecin.....	2
2.2. Le cycle d'approche	2
2.3. La méthode d'option : action adéquate en inadéquate	3
Médecin B :	3
2.4 Compétences et effets recherchés	5
2.5 Attitude professionnelle	6
2.5.1. La partialité multiple	6
2.5.2. Délimitation de soi.....	6
3. Le dynamisme d'une relation violente entre partenaires	6
3.1. La spirale de la violence	6
3.2. Pudeur et culpabilité	8
3.3. Influence du dynamisme d'agression sur l'action du médecin.....	8
Sauver	9
4. Conclusions	9

1. Introduction

L'agression est un thème difficile à aborder qui évoque des émotions intenses et avec lequel tout le monde est confronté d'une manière ou d'une autre. Il est donc important que le médecin soit conscient de ses propres sentiments vis-à-vis de l'agression car ses expériences détermineront l'interprétation de la situation du patient. Son attitude personnelle vis-à-vis de l'agression sera également déterminante pour l'approche et le traitement du patient.

2. L'approche du médecin de la violence

2.1. Facteurs déterminant l'approche du médecin

Les facteurs suivants détermineront l'approche du médecin:

- **Attitude du médecin :** Quelle est l'attitude personnelle du médecin vis-à-vis de l'agression ? Les questions qu'il faut se poser sont:
 - o Quelle est l'idée que je me suis formée de l'agression et qu'est-ce que cela me fait ?
 - o Quelles sont les émotions et les réactions que la violence évoque en moi ?
 - o De quelle façon vais-je agir ?
- **Evaluation des expériences du patient :**
 - o Comment le patient éprouve-t-il l'agression (en tant que victime ou en tant qu'agresseur)?
 - o Comment la vit-il et quelle est son attitude après ?
- **Compétences disponibles:**
 - o Quelles sont les compétences nécessaires (ou qui devraient être développées) afin de se former une image précise de la situation ?
- **Attitude professionnelle : la partialité multiple**
 - o Qu'est-ce que c'est que la partialité multiple et comment l'appliquer dans cette situation?
- **Effet recherché :**
 - o Quel est l'effet recherché par le médecin ?
- **Profil de la fonction:**
 - o De quelles tâches est-ce que je vais m'occuper ?
 - o A quel moment fais-je appel à un spécialiste ?

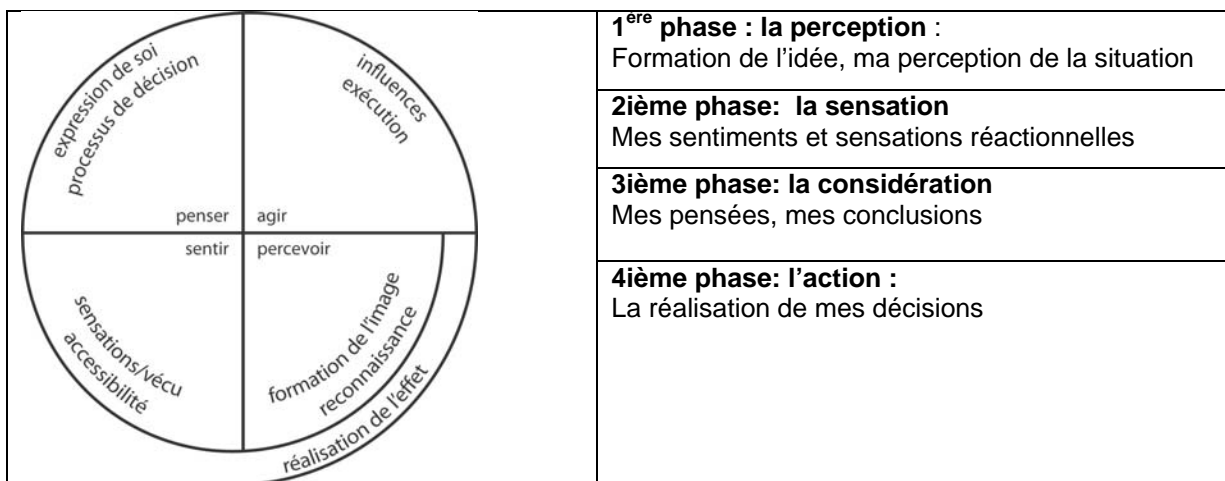
2.2. Le cycle d'approche

Le choix de l'approche thérapeutique par le médecin dépend de sa propre interprétation des facteurs mentionnés ci-dessus. A chaque consultation le médecin sera confronté à sa propre façon de réagir vis-à-vis d'une situation de violence présentée par le patient.

Souvent, on ne s'y arrête plus : lors des consultations routinières, qui concernent des problèmes connus et familiers, le médecin ne doit plus se poser la question : comment agir ? Que faire ? Tout change quand il s'agit d'une situation d'agression: on s'adresse au médecin en tant qu'expert mais aussi en tant qu'être humain.

Le cycle d'approche décrit par Nand Cuvelier¹ est un instrument utile pour le thérapeute/médecin afin d'orienter sa propre interprétation de certains facteurs par rapport à son action (cf. 2.1).

Schéma : processus de décision en cas d'évènement grave



¹ Nand Cuvelier : De Bejegeningskringloop uit " Mens – Mens Werkboek" Relatiestudio Gent

Le cycle d'approche consiste en 4 quadrants. Chaque quadrant représente une phase du processus interne qui se déroule chez une personne en confrontation avec la réalité autour d'elle.

- Quadrant 1 la perception : observer ce qui se passe ; ma perception de la situation actuelle
- Quadrant 2 la sensation : ressentir les sentiments, émotions et désirs évoqués dans cette situation
- Quadrant 3 la considération : examiner les impressions et les pensées, choisir une stratégie pour maîtriser la situation : processus de décision
- Quadrant 4 l'action : transformation des conclusions en comportement.

La prise de conscience par une personne de la perception de ses sentiments est importante pour la reconnaissance de la situation. L'interprétation de la situation mène également à différents traitements possibles.

Exemple : Un Patient avec le visage plein de bleues arrive chez le médecin: 'je me suis heurté à la porte'.

Médecin A pense: 'C'est possible, peut être il y a autre chose, mais elle ne veut pas en parler, c'est son droit, d'ailleurs pourquoi m'en mêler, cela n'entraînerait que des tensions, je ne veux pas des ennuis avec son partenaire; je ne dois pas négocier, je n'ai pas eu la formation adéquate pour ce genre de problème, et en plus je n'ai pas le temps.' Le médecin donne une ordonnance et suggère d'être plus prudent la prochaine fois.

Médecin B pense : 'Ceci n'est pas la vérité, je trouve ceci inadmissible, je veux éviter que ça se reproduise encore.'
Le médecin interroge le patient afin d'obtenir la vérité et vérifie les conditions sous lesquelles le patient pourrait être aidé le mieux.

2.3. La méthode d'option : action adéquate en inadéquate

L'exemple illustre que la décision des médecins est déterminée par leurs expériences et l'évaluation de la situation. Bien souvent nos expériences sont influencées par notre première impression dans une situation pareille. Barry Neil KAUFMAN décrit dans son livre " Option- procès" ² de quelle façon la première expérience d'une situation peut programmer nos décisions.

Médecin A :

<i>Ne se sent pas concerné</i>	<i>donne une ordonnance et laisse partir le patient</i>
<i>Se sent incompetent</i>	
3	4
2	1
<i>malaise et impuissance</i>	<i>médecin est surpris / effrayé patient se tait, l'air de rien</i>

Médecin B :

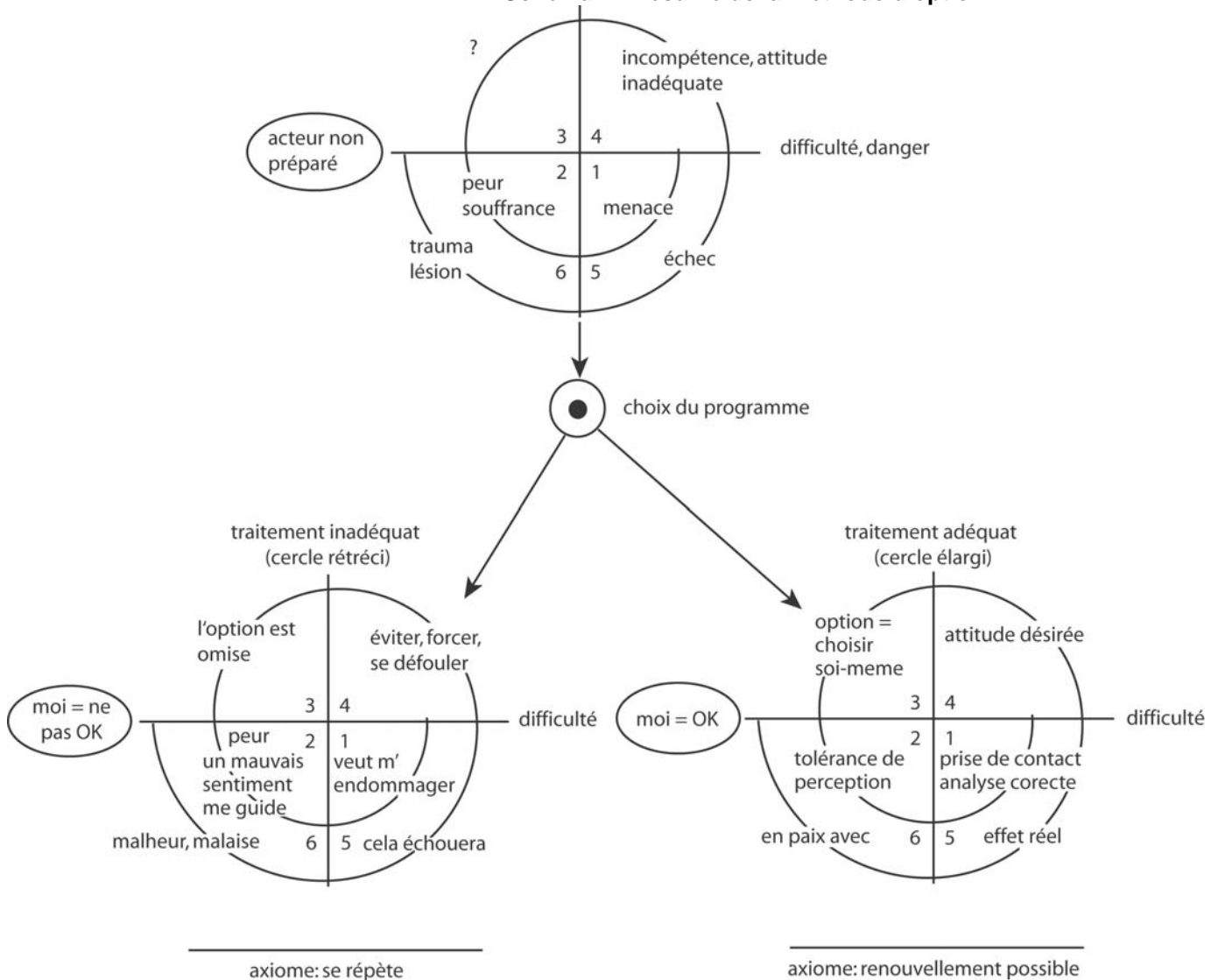
<i>interroge le patient</i>	<i>cherche une solution réaliste avec le patient</i>
3	4
2	1
<i>préoccupation</i>	<i>médecin est surpris par le récit le patient se tait, l'air de rien</i>

² Voir schéma p.4

L'attitude du médecin vis-à-vis de la violence, déterminera ses observations et ses sentiments en confrontation avec le patient. La prise de conscience et la reconnaissance des facteurs détermine sa réaction et permettra au médecin de choisir une approche adéquate. Le médecin constitue donc en même temps l'instrument de mesure et de travail. Une sensibilité accrue de l'instrument de mesure, lui permettra de travailler avec d'autant plus de précision.

On retrouve l'idée centrale du « Procès d'option » chez Barry Neil Kaufman. (cf. Mens-Mens Werkboek 045). L'articulation du concept et des traitements pratiques proviennent de la méthode du cycle d'approche. (développée dans le Studio de la Relation (cf. MMW 121)).

Schéma 2 . Résumé de la méthode d'option. ³



³ Nand Cuvelier: La méthode à option résumée [de Optie – Methode samengevat], févr. 1995

2.4 Compétences et effets recherchés

A côté de la prise de conscience des facteurs déterminants, une action adéquate demande le développement d'un certain nombre de compétences. Surtout les techniques de communication et le pouvoir empathique ont une grande importance.

Le pouvoir empathique permet au médecin de se déplacer dans l'univers mental du patient : il reconnaît la façon dont le patient manie la situation. Ceci témoigne du respect pour l'individu du patient, ce qui peut résulter en une relation de confiance qui permet au patient de raconter l'histoire réelle.

Les outils éventuels sont:

- **L'écart de ses propres intérêts** et soucis et l'orientation sur le vécu de l'autre sans préjugés, propres désirs, fantaisies ou espérances.
- **L'observation consciencieuse et correcte** des messages que l'autre émet par son comportement, ses gestes, sa mimique, mots, voix et intonation. Ses messages concernent des émotions, des désirs, des impressions, des idées. Essayez d'interpréter, de comprendre ce que l'autre essaye d'émettre. Prenez votre temps pour ceci, ralentissez votre rythme si nécessaire.
- **La compréhension** de l'autre, c'est-à-dire essayez de ressentir ce que l'autre vit, sent.
- **Essayez de vous mettre à la place de l'autre**, essayez de voir les choses de sa façon.
- **Concrétisez les faits** pour que cela signifie quelque chose.
- **Répétez en vos propres mots** l'essentiel de ce que vous avez entendu et vu.
- **Vérifiez** auprès de l'autre si vous l'avez bien compris.

Les techniques de dialogue peuvent aider le médecin à découvrir les sentiments et pensées cachés, de manière à ce qu'il trouve une façon à élargir et renouveler son approche et sa façon d'agir.

On peut utiliser les questions suivantes :

- Quelle est exactement la situation difficile ? En quoi consiste la menace ? Est-elle bien évaluée?
- Faut-il se sentir malheureux ? Et si tu accepterais la situation?
- De quelle façon peux-tu réagir? Quels choix peux-tu opérer ?
- Comment vas-tu t'en approcher ? Faut-il d'abord l'exercer? Est-ce réalisable?
- Es-tu prêt à une réaction ouverte de l'autre? Peux-tu accepter calmement une nouvelle approche?
- Es-tu satisfait ou vas-tu essayer autre chose ?

On peut continuer ce dialogue tant que l'interlocutaire a l'impression d'être compris. Alors il est possible de parvenir à ses fins. Le but que le médecin poursuit peut différer de ce que le patient attend de lui.

Quand le patient est l'acteur de violence il faut distinguer l'auteur de ses actes.

Par des interventions qui aident le patient à exprimer sa honte, le médecin peut insister qu'il prenne la responsabilité de ses actes. On peut traduire honte en culpabilité : la culpabilité peut être acquittée par une conduite adaptée. La culpabilité va donc activer au lieu de paralyser. Quand la culpabilité est acquittée on peut à nouveau être fier de soi même (voir 2.2)

Quand le patient est « victime » de la situation, on peut intervenir en l'indiquant son droit à prendre charge ses soins soi-même. En l'aidant à ce point, le patient peut assumer à nouveau la responsabilité de sa position vis-à-vis de la situation d'agression et peut il prendre des décisions plus adéquates afin de garantir sa protection et celle des enfants éventuels.

Les patients adoptent souvent une attitude de patience : quand il "n'entendent pas ce qu'ils désirent entendre (c.a.d. quand ils ne se croient pas compris) ils se retirent et vont ailleurs, ce qui n'est pas mal en soi! Certains patients auront plus vite confiance et les contacts seront plus faciles. Ce serait dommage si le médecin fût désillusionné à cause d'un manque de compétences.

2.5 Attitude professionnelle

2.5.1. La partialité multiple

Le médecin généraliste est en général la personne de confiance des deux partenaires. Pour éviter qu'on aboutisse à une situation impossible dans le cas d'agression entre partenaires, le médecin peut adopter une attitude de partialité multiple.

«La 'partialité multiple' signifie que le thérapeute soit compréhensif et empathique vis à vis de toutes les personnes du contexte du client incluses dans la thérapie. Ceci signifie que le thérapeute doit s'engager et consentir à révéler l'histoire, le contexte de chaque personne de l'entourage, pour révéler l'humanité dans chaque individu ; même ceux qui ont fait preuve d'un comportement destructif vis-à-vis du client.

Même si un individu important de son entourage lui a fait du tort, le patient reste impliqué et loyal.

Il est indispensable qu'on montre du respect et de la reconnaissance en tant que thérapeute aux expériences vécues du client. C'est seulement dans ce cas que la relation thérapeutique avec le client sera fiable. Aussi longtemps qu'il n'est pas sûr que le thérapeute reconnaisse sa loyauté envers son entourage, le client investira son énergie en protégeant sa famille. Seulement quand le thérapeute accentue qu'il prend aussi soin des autres, le client pourra se détendre, reconnaître ses propres émotions, détresses et besoins (prendre contact avec le droit destructif)».⁴

Pour le médecin généraliste ceci signifie dans la pratique: avoir de l'attention pour tous les concernés : qu'il s'agit de la victime ou de l'agresseur, des enfants éventuels ou des grands-parents: chacun est impliqué par son histoire et participe en loyauté.

Le médecin généraliste est accessible pour tous les membres de la famille: il est ouvert à tous les concernés, il montre de l'empathie pour chacun à son tour, il donne le droit de parler à tout le monde, mais il ne juge pas.

Le médecin généraliste prêtera aussi attention au point de vue du partenaire absent.

Ceci va plus loin que la simple application d'une technique et crée des perspectives: en offrant la possibilité d'être présent « oralement » au partenaire absent (par ex. en posant des questions), des nuances sont possibles dans le vécu du patient. Comme le patient sent que le médecin « défend les intérêts » du partenaire absent, il n'est plus tenté à le défendre et peut se concentrer sur ses propres expériences. »

2.5.2. Délimitation de soi⁴

« La partialité multiple du thérapeute exige qu'il prête attention au vécu de tout le monde, lui-même y compris. Par la partialité multiple, il concrétise sa place en tant que thérapeute pour le client et son entourage. Cette approche donne au thérapeute la possibilité de se concentrer sur ce qui est nécessaire. La partialité multiple aide à se délimiter en tant que thérapeute, à être conscient de ses responsabilités et de la déontologie thérapeutique. Elle me donne l'atout à ne pas me laisser emporter par l'appel du client »

3. Le dynamisme d'une relation violente entre partenaires

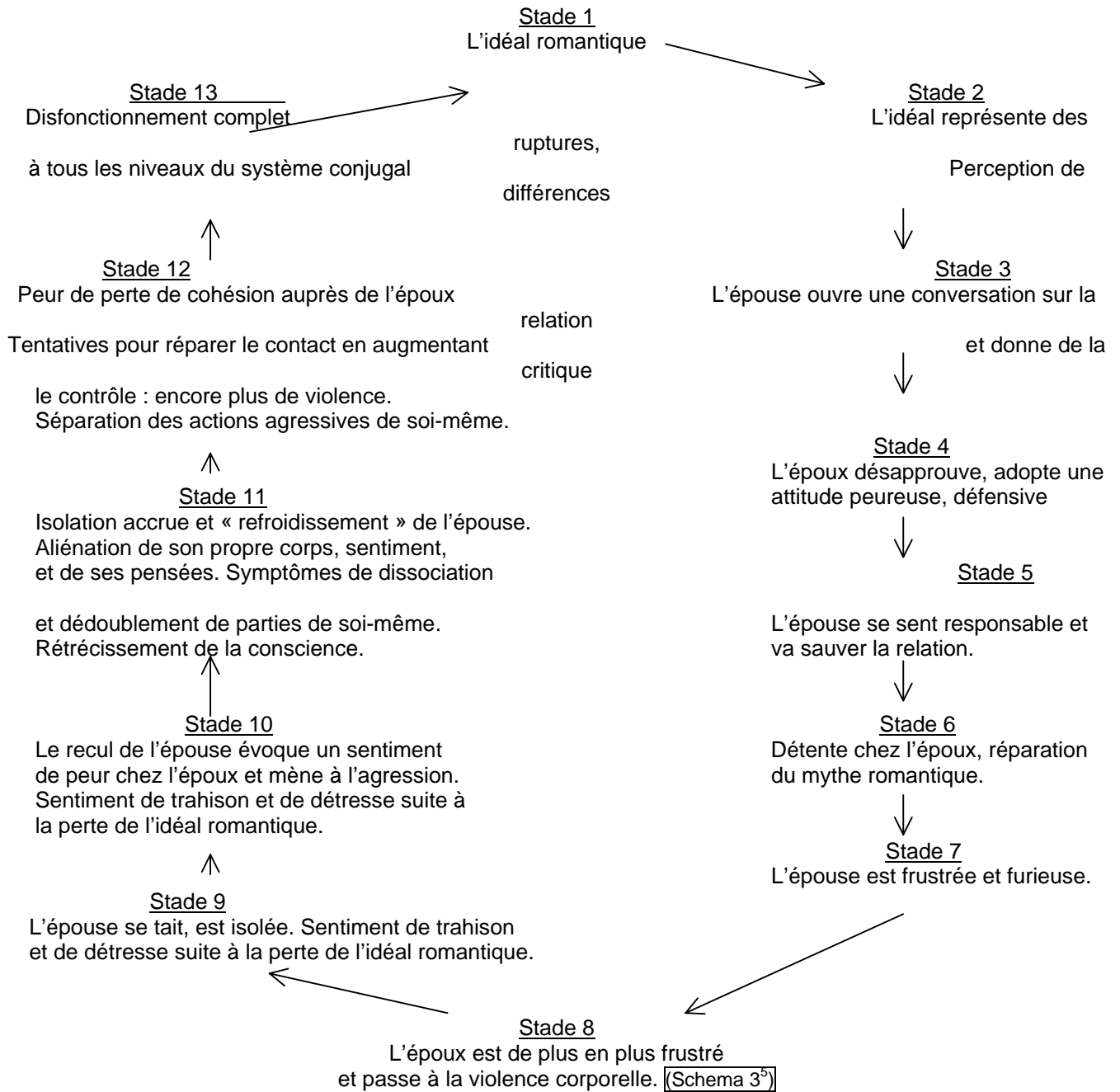
3.1. La spirale de la violence

La relation entre conjoints n'est pas une donnée statique mais plutôt un procès dynamique où chaque partenaire a sa propre histoire. Chaque partenaire vit la relation de sa propre façon et donne sa propre interprétation aux événements de la cohabitation. Bien souvent un dynamisme relationnel complexe bloque les couples : une spirale d'actions et de réactions est enclenchée dans laquelle la violence augmente en fréquence et gravité. A chaque étape, les partenaires adoptent un comportement particulier dont il est nécessaire que le médecin/thérapeute ait conscience.

Ce comportement peut constituer le point de départ pour changer de direction afin de pouvoir contrôler la situation d'agression.

⁴ Carine Van Hoecke dans : 'Partialité multiple et délimitation de soi' : [Meerzijdige partijdigheid en zelfafbakening, Leren over Leven website] février 2005.

Schéma 3 : Spirale de la violence conjugale



⁵ Wilson en Lindsey – selon dans le livre "Guerre Intime" [Intieme Oorlog] : Martine Groen et Justine Van Lawick. p.54

3.2. Pudeur et culpabilité

Dans l'exemple ci-dessus le patient ne raconte pas les vraies circonstances de 'l'accident'.

Le sentiment de honte est en général une barrière qu' il faut d'abord dégager avant que le patient (victime, témoin ou agresseur) puisse demander de l'aide.

La pudeur est liée au regard de l'autre : « Que pense-t-il de moi ? » « Quelle bonne femme, elle ne sait pas se défendre !? Où « Un époux tellement fâché qu'il bat sa femme... quel type de femme est-ce donc ? » Ou encore « Pourquoi reste-t-elle chez un brute pareil ? »

Les personnes qui sont souvent humiliées ont une image de sous-estimation de soi-même: elles ne se sentent plus capables de s'occuper de soi-même d'une manière constructive. Ces personnes se trouvent paralysées dans un type de comportement : le plus souvent, les femmes subissent et évitent anxieusement, alors que les hommes adoptent un comportement agressif afin de se sentir « mieux ».

... « L'analyse de la spirale de la honte et des agressions nous montre que les partenaires entreprennent chaque fois de nouvelles tentatives désespérées afin de rétablir leur relation. Après une scène de violence, le couple essaie en premier lieu de rétablir la relation en oubliant, en niant ce qui s'est passé. Cette négation collective de honte et de responsabilité les associe. Les partenaires se tiennent en « otage » par cette négation et par ce secret collectif; une dynamique dans laquelle « les partenaires en honte » sont bloqués et ne voient plus d'issue. Cette spirale de honte a un contenu différent pour les deux partenaires.

Quand le partenaire féminin est humilié, quand son corps est méprisé et son identité est embarrassé, elle s'isole et internalise sa honte. D'une façon subtile elle manifestera son mécontentement, par exemple en tombant malade ou en se plaignant de son corps embarrassé.

Sa sensation d'infériorité engendre de nouvelles confrontations. Par angoisse pour de nouvelles blessures elle fait tout pour éviter le conflit.

L'homme, par contre, extériorise sa honte par rage en rapportant la cause et la culpabilité au comportement difficile de la femme. Il trouve que l'autohumiliation et le comportement de la victime justifient la continuation de l'humiliation.

La femme, de son côté, sait comment elle peut l'offenser, le toucher au fond du coeur, de façon qu'il ne sache pas se défendre. Ce procès d'humiliation et de pudeur devient une spirale d'humiliation éternellement répétitive, de honte et de violence, qu'on ne peut plus rompre de l'intérieur. »⁶

Quand la honte et le mal liés à l'explosion de fureur peuvent être ressentis à nouveau, les explosions diminueront. C'est à ce moment que les mécanismes de défense – rage ou dissociation - seront levés. Quand la honte est admise, la responsabilité de son propre comportement et de la reconnaissance de culpabilité est de nouveau possible.

La culpabilité est un sentiment plus constructif : on peut acquitter sa culpabilité par punition et par pénitence ; ce qui veut dire qu'on a de nouveau des perspectives sur un avenir où on peut agir de façon adéquate.

« S'il est capable d'avouer sa honte et qu'ensuite il se sent coupable de ses actes, la phase suivante consiste à définir la culpabilité et l'acquiescement. Après, il faut constater ensemble l'ampleur et la nature de la culpabilité ressentie. Non seulement de la part de l'homme, (parce qu'il l'a battue et parce qu'il a probablement démoli certaines choses), mais aussi de la part de la femme, même si sa part est apparemment moins grande.

On constate la part de chaque partie dans l'escalade d'une dispute.

A partir de cette synthèse, les missions seront dirigées vers la satisfaction.»⁷

3.3. Influence du dynamisme d'agression sur l'action du médecin

Le processus de reconnaissance d'une agression chez le médecin lui-même, peut éviter qu'il soit saisi par une sorte de honte 'intermédiaire' et qu'il y ait question de contre-transmission : à ce moment il est à la proie de réactions émotionnelles qui compliquent une approche paisible.

Une situation inverse est également possible : le médecin ne se fâche pas contre l'agresseur, mais les histoires du patient évoquent des désirs et fantaisies défendus auprès du médecin; la honte pour son imagination excitée peut constituer un obstacle pour le questionnement de la situation exacte ou peut mener à un excès de questions.

⁶ Martine Groen dans le livre "Guerre Intime: relation entre pudeur et violence" [Intieme Oorlog: Samenhang van schaamte en geweld] p. 104

⁷ Martine Groen p. 118

Une Intervention professionnelle peut aider à compenser ces réactions émotionnelles.

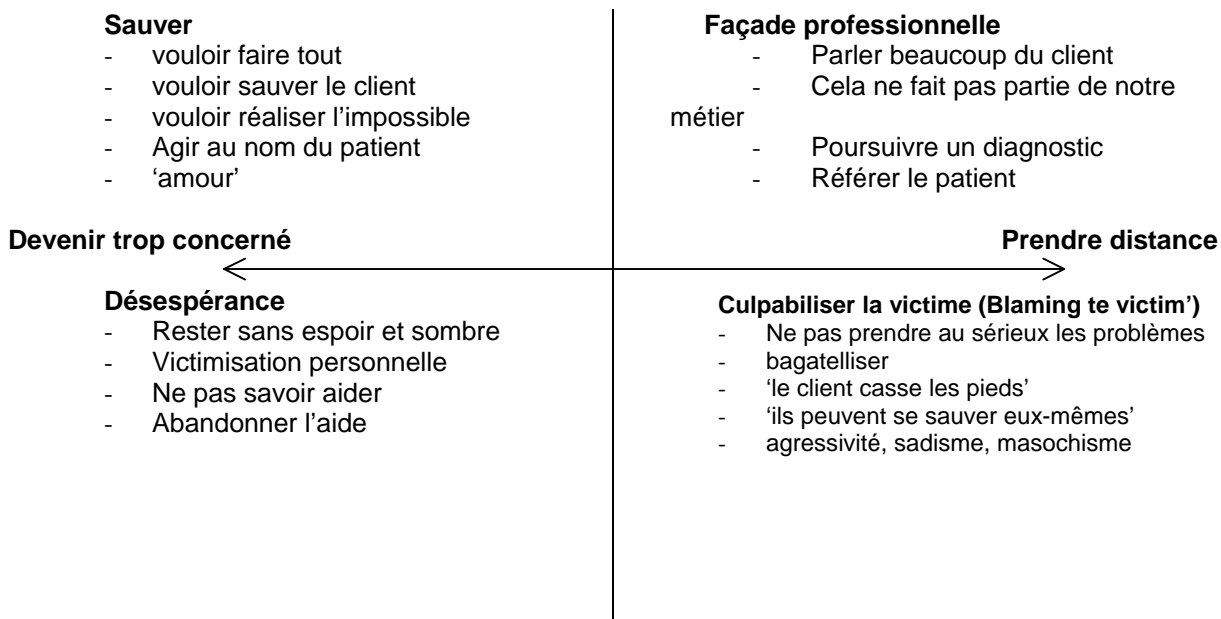


Schéma 4. L'aide et les réactions excessives des MG ⁸

4. Conclusions

Les sensations, émotions et pensées se suivent en cas d'agression. Elles déterminent la façon d'agir des médecins ainsi que des clients.

La prise de conscience des propres sentiments et pensées est importante afin de permettre au médecin à aider le patient dans le procès de sa prise de conscience. C'est un parcours à suivre, chacun à son rythme.

Ecouter activement est important, l'expérience de la victime aussi bien que de l'agresseur pourront aider le médecin à comprendre la situation.

En pratique cela signifie que certaines limites doivent être protégées.

En accentuant ses propres limites, le patient est stimulé à être responsable de soi-même ainsi que de ses enfants éventuels en utilisant ses propres ressources pour chercher activement une issue à la violence vécue.

La construction d'un réseau de soins, savoir se sauver, est important. Si nécessaire le médecin peut référer effectivement le patient, mais – s'il le désire - il peut aussi coordonner les soins du patient. Ainsi il reste concerné et accessible pour tous les membres de famille.

⁸ Wilson en Lindsey – selon Martine Groen en Justine van Lawick p. 218