

Violence : les femmes font confiance au milieu médical

En 2008, le Département de gynécologie et d'obstétrique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a mis en place un vaste programme de dépistage et de prise en charge de la violence envers les femmes. A cette occasion, une enquête qualitative a été menée sur les besoins des patientes concernant cette problématique. Les résultats montrent que les patientes sont favorables au fait d'être interrogées activement et directement sur le sujet de la violence lors des consultations et qu'elles font confiance au milieu médical pour leur venir en aide.

Rev Med Suisse 2010; 6: 526-9

R. Burquier
M.-C. Hofner
M. Cepedes
M.-T. Adjaho
P. Hohlfeld
S.-C. Renteria

Partner violence: women trust health professionals

In 2008, the department of gynaecology and obstetrics of a university hospital centre implemented a program addressing interpersonal partner violence (screening, prevention and care of the patient victims). A qualitative survey was conducted to identify the needs and feelings of patients. The results show that patients are in favour of being actively and directly questioned about violence during the consultation and that they trust medical doctors and nurses to help and support them.

INTRODUCTION

Si la violence domestique est désormais largement discutée en Suisse,^{1,a} les médecins semblent encore souvent réticents à aborder la question avec leurs patientes. Pourtant, en Suisse, la prévalence de la violence envers les femmes est élevée (une femme sur cinq au cours de sa vie² et 7% des femmes durant la grossesse en cours),³ et les effets délétères sur la santé bien documentés. Plusieurs sociétés médicales ont, de plus, édité des guidelines qui recommandent d'effectuer un dépistage systématique de la violence dans les centres de soins.⁴⁻⁶ Les médecins invoquent souvent la peur d'offenser leur patiente comme frein à la volonté d'investiguer un éventuel vécu de

violence.⁷ Or, une recherche a montré que 99% des patientes d'une maternité considéraient le dépistage systématique acceptable s'il était effectué dans un lieu sûr et confidentiel par un professionnel sensibilisé et empathique.⁸ Qu'en est-il en Suisse ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Dans le cadre du programme de prévention de la violence du Département de gynécologie et d'obstétrique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), une enquête qualitative a été menée en 2008. Des entretiens semi-directifs ont été conduits avec des patientes, sélectionnées en salle d'attente de manière aléatoire.

Vingt patientes ont été sollicitées, cinq patientes (25%) ont refusé l'interview en invoquant le manque de temps ou parce que la consultation débutait et quinze patientes ont finalement accepté.

Durant l'entretien, deux patientes (3 et 7) ont spontanément admis avoir été victimes de violences graves de la part d'un partenaire dans le passé (tentative d'étranglement). La patiente 10 était, selon toute vraisemblance, victime de violences sexuelles dans son pays d'origine. Les patientes 5 et 14 mentionnent qu'une belle-fille et une amie, respectivement, ont séjourné dans un centre d'accueil pour femmes victimes. Enfin, la patiente 9 confie actuellement être témoin auditif de violences subies par sa voisine de palier. Ainsi, sur les quinze patientes ayant accepté de répondre à l'interview, six (40%) sont concernées directement ou indirectement par la problématique.

a Rapport de synthèse du programme de dépistage et de prévention de la violence à la maternité du CHUV 2007-2008. Lausanne: maternité du CHUV.



DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

Les trois premières questions portaient sur le dépistage et la prise en charge.

• *Question 1*: quels sont, selon vous, les lieux qui devraient proposer une prise en charge des patientes victimes de violence ?

Spontanément, les patientes répondent *la police* lorsqu'elles ne connaissent pas le réseau de prise en charge. Néanmoins, les patientes 3 et 10 ayant eu recours à la police jugent cette structure inadéquate. L'une parce que la police n'a pas voulu croire aux expériences de violence qu'elle subissait, l'autre parce qu'elle estime que la police fait assumer aux victimes la responsabilité des violences subies.

Vient ensuite *l'hôpital*. Cette structure garantit une prise en charge médicale, psychologique et une certaine forme d'anonymat: «on est mélangé avec les autres». Selon la patiente 12, la structure hospitalière reste le pivot qui offre la possibilité d'orienter les victimes vers des institutions internes ou externes à l'hôpital. Quatre patientes (9, 11, 12, 13) précisent que toute structure hospitalière devrait proposer une prise en charge des victimes de violence. La patiente 9 insiste sur la nécessité d'une offre de prise en charge par toutes les structures publiques (écoles supérieures, université...).

Parmi les patientes, certaines sont plus renseignées que d'autres. Par exemple, la patiente 1 désigne le planning familial de la maternité: «j'y suis déjà allée et je trouve très bien», la patiente 5, le Centre d'accueil pour femmes victimes Malley Prairie car «ils vous reçoivent et ne vous mettent pas dehors» et enfin, la patiente 2 mentionne les «lieux de prise en charge psychologique».

• *Question 2*: que pensez-vous d'une prise en charge dans les murs de la maternité ?

L'ensemble des patientes y est favorable en raison de la confiance accordée au milieu médical, de la sensibilisation supposée du personnel à la problématique et «parce que c'est un lieu où la plupart des femmes passe» (patiente 9). La patiente 15 mentionne: «je pense qu'une femme est beaucoup plus sécurisée dans les murs d'une maternité pour en parler. Personnellement, je n'aurai recours à aucune autre institution externe par peur des représailles de la part de mon époux si ce dernier venait à apprendre les démarches entreprises». Pour la patiente 5, la maternité est un lieu propice au dépistage: «la patiente victime de violence ne viendra pas le dire spontanément, il faudra lui tirer les vers du nez». Les patientes 5, 11 et 12 affirment que la grossesse est une bonne opportunité pour effectuer un dépistage et qu'une prise en charge adéquate est primordiale pendant cette période et au post-partum: «je ne comprends pas qu'on les renvoie chez elles en sachant qu'elles sont victimes de violences. S'il y a eu violence une fois, ça recommencera» (patiente 11). La patiente 13, mentionne: «je pense que cela peut être dangereux psycholo-

giquement de garder un vécu de violence pour soi. Cela peut détruire une personne. D'où l'importance d'effectuer un dépistage en cas d'interruption de grossesse».

La patiente 3, bien que favorable à une prise en charge à la maternité, précise qu'une patiente doit toutefois garder la liberté de refuser l'aide offerte lorsque, pour une raison ou une autre, elle ne se sent pas prête à entamer les démarches qui lui sont conseillées.

• *Question 3*: qui est, selon vous, au sein de la maternité, le meilleur interlocuteur pour aborder la problématique de la violence vécue ?

La patiente 2 mentionne: «tout dépend de la qualité de contact avec l'intervenant». Deux patientes (1 et 9) se confieraient en premier lieu au personnel du Planning familial: «je me sentirais un peu perdue dans une grande structure comme celle-ci, c'est pourquoi je m'orienterais directement vers le planning familial». La patiente 2 a déjà accouché à la maternité et a eu un très bon contact avec les sages-femmes et les aides-soignantes: «je les trouve très humaines». La patiente 6 fait la même remarque: «vous êtes en confiance, elles ont plus de temps. Elles sont plus proches des patientes que les médecins. Il y a plus de possibilités de parler». Pour elle, se confier au médecin gynécologue paraît difficile, d'une part en raison de la présence éventuelle du mari lors de la consultation et, d'autre part, en raison de la peur de ne pas être crue. Seule la patiente 5 se confierait en premier lieu au médecin-gynécologue en raison: «de son vécu professionnel de plusieurs années, on peut lui faire confiance». Notons que trois patientes (7, 8 et 9) affirment qu'elles se confieraient de préférence à leur médecin généraliste en raison de la relation de confiance établie avec ce professionnel de la santé. C'est d'ailleurs pour cette raison que les médecins généralistes sont actuellement encouragés à pratiquer un dépistage systématique d'un contexte de violence auprès de leur patientes.⁹

La patiente 10 mentionne: «si on me posait la question, j'en parlerais à la première personne qui me recevrait. J'ai une grande confiance dans le milieu médical, je sais qu'il gardera l'information confidentielle».

Cette remarque semble confirmer les données de la littérature selon lesquelles les patientes se confient rarement spontanément à leur médecin et que de nombreux cas de violence restent inconnus si la question de la violence n'est pas abordée directement par le médecin.⁹⁻¹¹

DOCUMENTATION DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE

Les patientes étaient également interrogées sur les moyens de diffusion des messages de prévention et d'orientation. Une brochure «Violence que faire?»,^b une affiche (figure 1) et une carte de visite du service social du Département leur étaient présentées, afin de les aider à visualiser le matériel.

Notons que la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, dans son guide pratique visant à améliorer la prise en charge des victimes de violences domestiques,^c propose aux pages 32 à 36, les adresses des structures d'aide/soutien en Suisse romande et au Tessin.

b Bureau fédéral de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH). Brochure «Violence conjugale: que faire?». Lausanne: BEFH, 2009.

c Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (juin 2009). Violence domestique: guide pratique. Améliorer la prise en charge des femmes concernées. Téléchargeable sur le site de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SSGO): <http://sogg.ch/fr/content/violence-domestique-guide-pratique>



• *Question 4*: quelle serait à votre avis la meilleure façon de distribuer de l'information sur la prévention et la prise en charge de la violence à l'intérieur de la maternité?

L'une donne la préférence à la brochure type «Violence que faire?» exposant la problématique et fournissant les coordonnées de sites de prise en charge: «la brochure contient beaucoup d'informations, c'est juste assez petit pour rentrer dans le sac et juste assez grand pour ne pas la perdre». La patiente 10 estime que cette brochure permet une sensibilisation générale des patientes non concernées par la problématique et qu'elle contient de précieuses informations sur le réseau de prise en charge et les types de violences: «je n'avais par exemple jamais entendu parler de violences économiques».

La patiente 2, quant à elle, préfère la carte de visite, plus discrète: «on peut avoir du mal à feuilleter une brochure si le mari est présent». Ce critère de discrétion est repris par la patiente 9: «si j'avais appelé la police, j'aurais eu peur que mon voisin l'apprenne puisque je suis sa seule voisine de palier et donc la seule à avoir pu entendre les cris de sa femme. J'ai donc glissé une carte de visite à l'intention de sa femme dans leur boîte aux lettres».

Concernant l'affiche, la patiente 2 pense que ce format de document n'est pas très efficace en termes de prise en charge: «la femme se contente de la regarder et ne va pas plus loin». Une campagne audiovisuelle sous forme de spots à diffuser dans la salle d'attente pourrait, selon la patiente 11, être très efficace.

• *Question 5*: quel lieu vous paraît le plus propice pour disposer le matériel d'information sur la prévention?

Une grande majorité des patientes mentionne spontanément le comptoir de la réception de la polyclinique, d'une part en raison du temps dont les patientes disposent avant la consultation ce qui leur permet de feuilleter la brochure et, d'autre part, en raison de la discrétion du lieu: «le mari va se poser sur une chaise et la femme a le temps de prendre une brochure quand elle prend rendez-vous» (patiente 4). Pour la patiente 5: «une brochure devrait être proposée systématiquement aux patientes du post-partum dans leur chambre, elles n'oseront pas se servir si on ne leur propose pas. La remise de ce document devrait se faire dans la plus grande discrétion en dehors des heures de visite des membres de la famille».

Dans les programmes de prévention, la distribution des messages de prévention dans les toilettes est souvent recommandée étant donné la discrétion des lieux. Dans notre étude pourtant, les patientes opposent le manque d'hygiène: «ce n'est pas un lieu pour ça» ou «certaines patientes n'apprécient pas de se rendre dans les toilettes publiques». Seule la patiente 2 mentionne spontanément ce lieu pour des raisons de discrétion vis-à-vis du conjoint accompagnant la patiente.

CONCLUSION

Quel que soit le type de professionnel cité par les patientes comme *meilleur interlocuteur*, l'essentiel pour elles semble qu'il présente les qualités suivantes: être capable d'une écoute empathique, être sensibilisé à la problématique et avoir le temps.

Plus spécifiquement, les patientes interrogées dans le service sont particulièrement favorables à un dépistage et une prise en charge au sein des structures hospitalières pour différentes raisons: la confiance accordée au milieu médical, le fait qu'une prise en charge médicale et psychologique soit proposée, et l'anonymat garanti au sein de cette structure. Une autre information importante est le besoin exprimé par les patientes d'être interrogées clairement et directement sur la question par les professionnels de santé. Ce besoin rejoint les résultats de quatre enquêtes qui montrent que 45-85% des femmes sont favorables au dépistage de la violence domestique par les professionnels de la santé.¹²

Implications pratiques

- Le médecin doit se préparer à devoir gérer une situation de violence vécue par l'une ou l'autre de ses patientes
- Les professionnels de santé doivent interroger activement leurs patientes sur un éventuel vécu de violence
- Les professionnels doivent pouvoir bénéficier de formations afin d'enrichir leurs connaissances sur la problématique de la violence
- Les lieux de soins, particulièrement en gynécologie et obstétrique, doivent mettre à la disposition des patientes des messages de prévention et de prise en charge en des points stratégiques



Adresses

Raphaelle Burquier et Maria-Thérèse Adjaho
Drs Mia Cespedes et Saira-Christine Renteria
Pr Patrick Hohlfeld
Département de gynécologie, d'obstétrique
et de génétique médicale
CHUV, 1011 Lausanne
raphaelle.burquier@hospvd.ch
Mia.Cespedes@chuv.ch
Maria-Teresa.Adjaho@chuv.ch
screnteria@me.com
Patrick.Hohlfeld@chuv.ch

Dr Marie-Claude Hofner
Unité de médecine des violences
Centre universitaire romand de médecine légale
Rue César-Roux 19, 1003 Lausanne
Marie-claude.Hofner@chuv.ch

Bibliographie

- 1 Hofner MC, Mihoubi-Culand S. Le rôle des professionnel(le)s de l'action médico-sociale dans la prévention de la violence conjugale. In : Commission fédérale pour les questions féminines CFQF. Questions au féminin 2. 2008 : violence domestique: Etat des lieux. Berne: CFQF, 2008.
- 2 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). Berne: Stämpfli, 2005.
- 3 Irion O, Boulvain M, Straccia AT, Bonnet J. Emotional, physical and sexual violence before or during pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 2000;107:1306-8.
- 4 The family violence prevention fund. National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings (internet). San Francisco : The Conrad N. Hilton Foundation and the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Community Services, Administration for Children and Families; 2004 (cited 2009 25 may). Available from: http://endabuse.org/section/programs/health_care/_consensus_guidelines
- 5 Renteria SC, Hofner MCI, Adjaho MT, et al. Violence envers les femmes. Protocole de dépistage et d'intervention du Département de gynécologie, d'obstétrique et de génétique (DGOG) du CHUV. Lausanne: DGOG & CURML, 2008.
- 6 Verlag HH. Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren – Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung. Hrsg: Zürich: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich; Frauenklinik Maternité Stadtspital Triemli Zürich; Verein Inselhof Triemli, 2007.
- 7 ** Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice Guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999;282:1458-65.
- 8 ** Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine inquiry for domestic violence in a maternity service. BJOG 2002;109:9-16.
- 9 * Margairaz C, Girard J, Halpérin D. Violences au sein du couple et de la famille. Implications pour le praticien. Forum Med Suisse 2006;6:367-73.
- 10 Coy C. Dépistage de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP. Thèse de doctorat inédite. Paris: Université Paris VI, 2005.
- 11 Edin K, Högberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. Midwifery 2002;18:268-78.
- 12 ** Ramsay J, Richardson J, Carter YH, et al. Should health professionals screen women for domestic violence? BMJ 2002;325:314.

* à lire

** à lire absolument