

Le rôle des professionnel·le·s de l'action médico-sociale dans la prévention de la violence conjugale

par MARIE-CLAUDE HOFNER et SYLVETTE MIHOUBI-CULAND

Si la violence conjugale est désormais déclarée par les médias «problème de santé publique», la responsabilité et la fonction des professionnel·le·s de l'action médico-sociale dans sa prévention reste encore à développer. Cet article souhaite stimuler la réflexion et l'action dans ce domaine, en se fondant sur l'expérience d'un programme interdisciplinaire de prévention de la violence mené depuis janvier 2000 dans le canton de Vaud.¹

Pourquoi la violence conjugale est un problème de santé publique

Pour qu'un problème affectant la santé² soit reconnu comme problème de santé publique par des organismes de référence, tels l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS),³ il faut qu'il présente un certain nombre de caractéristiques. Il doit être fréquent, ses conséquences doivent être graves et les répercussions sur la communauté importantes. En matière de fréquence, de gravité et d'impact sur la communauté, il suffit pour s'en convaincre de rappeler que la violence représente la première cause de mort et d'invalidité des femmes de 16 à 44 ans, avant les accidents et le cancer.⁴ En Suisse une femme est tuée chaque deux semaines par son partenaire ou son ex-partenaire et les données disponibles⁵ estiment que près d'une femme sur dix vit un contexte actuel de violence conjugale. Les formes et la gravité des atteintes à la santé sont désormais bien documentées (voir Tableau I).⁶

Quant à l'impact sur la communauté si l'on se limite au coût économique direct, il a été estimé à CHF 400 millions par année.⁷ A cela s'ajoutent, dans le secteur des soins, les coûts induits par une consommation de soins et d'examen médicaux non pertinents souvent importante. En effet, les femmes vivant dans un contexte de violence présentent outre les traumatismes engendrés par la

violence physique (fractures, plaies, brûlures, contusions multiples, etc.) des atteintes à la santé très diverses qui, si le diagnostic de violence n'est pas posé, feront l'objet d'examen multiples et de traitement de longue durée sans réelle amélioration, puisque la cause réelle des plaintes n'est pas prise en compte.⁸

Et bien entendu, ces indicateurs sont impuissants à mesurer les souffrances, dysfonctions sociales et difficultés existentielles majeures engendrées par la violence conjugale pour les femmes, les enfants exposés à ces contextes, et même pour les auteurs. Les services spécialisés dans la prise en charge des hommes auteurs de violence au sein du couple, ainsi

que les centres et les unités qui reçoivent ces couples sont là pour en témoigner.

La prévention de la violence conjugale

Pour qu'un problème soit déclaré «problème de santé publique», il faut également qu'il soit accessible à la prévention. En santé publique on distingue trois domaines de prévention: la prévention primaire qui vise à éviter que le problème de santé n'apparaisse, la prévention secondaire qui vise à détecter précocement le problème afin d'en stopper l'évolution et la prévention tertiaire, qui vise à limiter les conséquences du problème, une fois celui-ci installé.

Tableau I: Signes et symptômes potentiels d'un vécu de violence domestique

Chez la femme:

Traumatismes: Trauma dentaire. Tous traumatismes à la tête et au cou (même avec une explication apparemment bonne). Fractures, contusions, ecchymoses, hématomes, plaies.

Douleurs chroniques: Abdominales, dorsales, pelviennes, gynécologiques. Maux de tête, engourdissement des membres et des épaules.

Désordres somatiques: Exacerbation des symptômes d'une maladie chronique telle que diabète, asthme, problèmes coronariens.

Symptômes psychologiques: Dépression, symptômes d'anxiété et idées suicidaires, désordres alimentaires, abus de substances (alcool, tabac, médicaments ou drogues), symptômes de SSPT (Syndrome de Stress Post-Traumatique).

Autres: Non compliance aux prescriptions médicales, retard dans le traitement, propos contradictoires lors des visites, visites répétées.

Chez la femme enceinte:

Visites répétées et manquées

Faible prise de poids chez la mère

Infections urinaires

Traumatismes physiques (surtout au ventre)

Décollement prématuré

Ruptures des membranes

Travail et accouchement avant terme

Retard de croissance intra-utérine (RCIU)

Mort in utéro

Face à ces signes et symptômes les professionnel·le·s devraient inclure un vécu potentiel de violence domestique à leur liste de diagnostic différentiel.

La prévention primaire

En matière de violence conjugale, les mesures de prévention primaire sont multiples et concernent des niveaux d'intervention très différents.⁹ Elles relèvent de la responsabilité de l'ensemble des membres de la communauté et peuvent être portés par des institutions, des associations, des partis politiques, des groupes, etc. Les professionnel-le-s de l'action médico-sociale peuvent agir à ce niveau en tant que professionnel-le-s intégré-e-s au sein d'une institution ou d'un réseau, mais également en tant que citoyen-ne et membre d'une communauté.

Un des champs d'intervention est la promotion de l'égalité des droits politiques, civiques et économiques entre femmes et hommes et pour l'ensemble des membres d'une communauté ainsi que la lutte contre les discriminations liées au genre et à la nationalité.¹⁰ L'intégration de l'éducation à la résolution non-violente des conflits et au «bien vivre ensemble» entre filles et garçons à l'école, semble donner de bons résultats.¹¹ Le soutien socio-éducatif des parents¹² et le renforcement des dispositifs de guidance infantile sont aussi des moyens efficaces de prévention primaire de la violence conjugale. En effet, des comportements interpersonnels violents dans la famille d'origine peuvent constituer un facteur de risque de recourir à la violence ou d'accepter des relations violentes au sein du couple. Les campagnes de sensibilisation à la violence conjugale,¹³ le développement du réseau, les interpellations politiques, les modifications législatives, la sensibilisation des milieux professionnels, ainsi qu'un traitement médiatique différent de ce problème depuis quelques années ont contribué à sortir la violence conjugale du domaine strictement privé où elle était enfermée. Ces différentes mesures ont accentué la lutte contre l'isolement et la solitude dans laquelle se trouvent plongés les protagonistes de cette maladie de la communication.

De nouveaux axes de prévention primaires voient le jour depuis quelques années, notamment une plus grande attention aux auteurs potentiels. Des campagnes sont désormais menées en direction des hommes, en tant que pères et partenaires, donnant une image positive des comportements interpersonnels non violents.¹⁴

Ces mesures pour être effectives doivent être relayées au sein des institu-

tions médico-sociales, éducatives et juridiques. Il s'agit donc d'améliorer la sensibilité et la compétence des professionnel-le-s¹⁵ et pour ce faire assurer un appui tant institutionnel que politique aux programmes de recherche et de développement qui voient le jour aujourd'hui en Suisse.

La prévention secondaire

En matière de prévention secondaire, le champ d'action des professionnel-le-s de l'action médico-sociale est plus spécifique. Il s'agit de l'ensemble des pratiques de détection et d'orientation des personnes vivant dans un contexte de violence. Ces pratiques ont pour but de leur permettre, lorsqu'elles le souhaiteront, d'entamer des démarches propres à augmenter les choix possibles en leur facilitant l'accès à l'information et le recours aux ressources disponibles. Les pratiques de détection précoce visent également à protéger les enfants témoins de violence conjugale. La prévention secondaire concerne l'ensemble des professionnel-le-s en contact avec des personnes potentiellement exposées.

Dans le domaine médical, il s'agit d'intégrer la détection de la violence conju-

gale à son activité clinique de routine. Les secteurs des soins les plus concernés sont la médecine interne générale (en particulier les «médecins de famille»), les services d'urgence (y compris les permanences privées) et les services de gynécologie-obstétrique. Actuellement la situation dans ce domaine est encore loin d'être optimale. «Si une femme sur cinq sera confrontée à la violence domestique au cours de sa vie, seule une sur vingt sera dépistée et prise en charge par son médecin. Et ceci quand bien même elle dit préférer se confier à son médecin, bien avant la police, la justice ou les associations spécialisées.»¹⁶ Comment peut-on expliquer ces résistances et que peut-on faire pour soutenir leur dépassement? Les résistances à la détection s'expriment en amont même de l'anamnèse, par un phénomène de «tache aveugle» chez le/la praticien-ne.¹⁷ Il/elle n'intégrera pas dans son diagnostic différentiel celui de violence conjugale, lorsque la patiente ne correspond pas à ses représentations. Par exemple, il/elle occultera ce diagnostic face à une femme proche de son milieu socio-économique ou professionnel, à l'épouse d'un confrère ou à une femme d'un bon niveau d'instruction. Pourtant Corinne Rey-Belley ou Marie Trintignant

Figure I: Préjugés, croyances et représentations ...

Je n'y pense pas parce que...

«ça n'arrive pas chez les cadres»
 «ça n'arrive pas chez nous, nous ne sommes pas dans une série TV»
 «c'est impossible, ce couple a l'air tellement uni et elle est bien entourée par sa famille»
 «la violence ne peut pas être à l'origine d'un tel tableau clinique»

Je n'entreprends rien parce que...

«je n'ai pas le temps»
 «je n'ai pas les compétences»
 «je connais mal la loi suisse et les services sociaux»
 «si je lui pose la question je vais l'offenser»
 «je suis moi-même concernée, comment pourrais-je la conseiller valablement»
 «en fait les femmes sont des allumeuses»
 «on ne peut pas parler de viol lorsqu'on est marié»
 «de toutes manières, je ne vais pas pouvoir l'aider»
 «de toutes manières, elle retournera avec lui»

Je trouve que ce n'est pas si grave parce que...

«les hommes sont naturellement violents, surtout dans cette ethnie»
 «il l'a agressée parce qu'il avait bu et qu'elle l'avait poussé à bout»
 «c'est une affaire entre adulte, cela les regarde»
 «pour se battre il faut être deux, elle est certainement aussi responsable que son partenaire»

La patiente ne veut pas que j'intervienne, d'ailleurs elle m'a dit...

«ça sera encore pire après et que va-t-il arriver aux enfants?»
 «le mariage c'est aussi des contraintes»
 «cela ne va plus se reproduire, il me l'a promis»
 «j'ai trop peur des représailles»
 «cela ne nous arrive que lorsqu'il est fatigué»
 «j'ai trop honte, d'ailleurs si je déclenche ce genre de réactions c'est que je dois y être pour quelque chose»
 «je ne mérite pas mieux»

POURQUOI EST-IL SI DIFFICILE D'EN PARLER...

Source: «Violence envers les femmes. Protocole de dépistage et d'intervention du Département de gynécologie, d'obstétrique et de génétique (DGOG) du CHUV». Renteria S, Hofner M.-Cl., Adjaho M.-T., Burquier R., Hohlfeld P. DGOG et CURML, Lausanne juin 2008.

sont bien mortes de violence conjugale. Le premier travail pour les professionnel-le-s est donc de se mettre à clarifier ses représentations afin de garantir à chacune de ses patientes un traitement équitable (voir figure I).

En second lieu, même si le diagnostic potentiel est présent à son esprit, les professionnel-le-s hésitent à poser la question. Ils/elles craignent d'ouvrir la «boîte de Pandore» et de se trouver face à une problématique qui les dépasse. Ils/elles ressentent un profond inconfort exprimé de différentes manières: «comment entrer en matière sans l'offenser et sans paraître m'occuper de ce qui ne me regarde pas?», «je ne saurais pas quoi dire à cette personne si elle me fait une confiance», «je ne connais rien aux lois et aux organismes ressources dans ce domaine, je ne serai d'aucun secours», «je devrais trouver une solution à tous ses problèmes et cela va dépasser le cadre de mon travail», «je connais son mari, que va-t-il penser?»¹⁸ etc. Enfin lorsque le problème est discuté ouvertement, les praticien-ne-s risquent souvent d'être découragé-e-s par l'attitude de la patiente, son ambivalence, son refus de quitter son partenaire ou de déposer plainte. Ils/elles auront de la difficulté à maintenir une relation à la fois empathique et respectueuse de l'autonomie de leur patiente. Face à ces difficultés, la connaissance et la maîtrise d'un protocole (guide de bonnes pratiques) qui présente les étapes d'un traitement professionnel de la situation, est en mesure d'aider les professionnel-le-s à surmonter ces divers problèmes.¹⁹ Le DOTIP, acronyme de *Dépister, Offrir un message de soutien, Traiter, Informer et Protéger*, en est un exemple (voir figure II).

Le protocole DOTIP

Ce protocole²⁰ a été développé dans le cadre d'un programme interdisciplinaire intégré de dépistage et d'orientation des adultes victimes de violence. Ce programme a réuni de 2000 à 2006 un grand nombre de professionnel-le-s autour d'une équipe de recherche formée d'une infirmière et d'un médecin du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et de chargées de recherche du Bureau de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes (BEFH). Des collaborations permanentes ont été établies au sein du CHUV avec le service des urgences médicochirurgicales (Centre interdisciplinaire des urgences), la psychiatrie de liaison (Service de psychiatrie de liaison urgences-

crises), la médecine légale (Centre universitaire romand de médecine légale) et la policlinique médicale (Policlinique médicale universitaire). Dans le réseau local des collaborations étroites se sont créées avec le Centre d'accueil pour femmes victimes de violence (Centre d'Accueil MalleyPrairie), le service d'aide aux hommes ayant recours à la violence (ViFa), le centre LAVI, la Police Cantonale et la Justice (Bureau du Juge d'instruction). Suite à une étude extensive de la littérature, un travail d'élaboration interdisciplinaire collective a donné naissance au protocole DOTIP qui a été soumis pour validation à un groupe d'experts. Le protocole initial a été diffusé au sein du CHUV lors de formations brèves menées dans les services. Une version adaptée aux besoins du cabinet privé²¹ a été distribuée à l'ensemble des médecins du canton par le médecin cantonal. Une version augmentée,²² élaborée par le BEFH du canton de Vaud, a été diffusée par la suite à l'ensemble des professionnel-le-s de l'action médico-sociale et éducative du canton lors de séances de sensibilisation. En 2004, le BEFH du canton du Jura l'a adapté à la réalité locale et diffusé dans son canton. En 2007 le BEFH du canton de Fribourg en collaboration avec la commission cantonale contre la violence conjugale, faisait de même pour leur canton. Une version adaptée aux besoins des services de gynécologie et d'obstétrique vient de voir le jour à la maternité du CHUV, selon le même modèle d'élaboration pluridisciplinaire et de validation par des experts.²³

Les cinq étapes du comportement professionnel recommandées par le protocole (voir figure II)

1. Détection. Avant tout, il s'agit d'ajouter la violence conjugale à son arsenal diagnostique! Pour le moment, il n'existe pas d'évidence scientifique en faveur d'un dépistage systématique, par contre la détection («case finding») a tout son sens, particulièrement en présence des signes énumérés au tableau I. L'anamnèse pouvant se révéler délicate, le protocole propose des entrées en matière dont chacun pourra s'inspirer selon les circonstances (voir figure III). Il est également possible de formuler la question dans une perspective de dépistage, comme par exemple: «La violence conjugale étant quelque chose de très fréquent, à tous les âges et dans tous les milieux, désormais je pose la question à toutes mes patientes.»

2. Soutien. Si la situation est venue au jour, le premier acte professionnel à poser est de transmettre un **message clair de soutien à la patiente**: «La violence est interdite par la loi, elle est inacceptable et personne ne mérite de la subir, quelles que soient les circonstances.» Il est essentiel que l'ensemble des professionnel-le-s partagent un langage commun face aux victimes, quelle que soit sa fonction ou son rôle. En effet, c'est la répétition de ces messages simples et fondamentaux, de la part de personnes différentes mais significatives, qui va à terme permettre à la victime de modifier l'évaluation qu'elle fait de la situation, de lui permettre une lecture différente des événements. Ils sont aussi des repères qui pourront lui être utiles dans les moments de crise et d'urgence, lui signifiant qu'elle n'est plus tout à fait seule.

Il n'est pas toujours facile d'offrir ce message de soutien. En effet, suivant les résonances que la situation suscite chez les praticien-ne-s, les contre-attitudes, le jugement, le découragement ou l'incompréhension peuvent prendre le dessus. Il est dès lors décisif pour eux/elles de pouvoir se référer à ces messages de base dont l'énonciation répétée, même sommaire, va s'avérer utile pour la patiente comme pour les professionnel-le-s.

3. Actes thérapeutiques. Parmi les actes thérapeutiques, l'établissement d'un constat médical de coups et blessures (CCB) a plusieurs fonctions. Tout d'abord, dans un état de droit le CCB est la seule pièce qui permette à la victime de faire valoir le préjudice subi. Il doit être établi selon les règles de l'art, suite à une anamnèse centrée sur la violence subie et à un examen physique d'orientation médico-légale, accompagné si possible de photographies. L'établissement du CCB est indépendant du dépôt de plainte. La victime peut tout à fait laisser ce document dans son dossier médical. Si par la suite elle décide de déposer plainte ou lors d'éventuelles mesures protectrices de l'union conjugale, de séparation ou de dépôt de plainte de son partenaire à son encounter, elle pourra alors récupérer et produire le ou les CCB. D'autre part, la victime n'ayant souvent pas conscience que ce qu'elle subit est effectivement de la violence conjugale, l'établissement d'un CCB contribue à objectiver les atteintes subies et à reconnaître la violence subie, souvent banalisée par la victime et l'entourage. Tout médecin est habilité à établir un CCB; il est néanmoins pré-

Figure II: Principales étapes du protocole DOTIP à la maternité du CHUV

PROTOCOLE DE ROUTINE

D	Détecter une violence possible	Penser systématiquement à une violence/maltraitance potentielle. Toute patiente peut subir une situation de violence. Ajouter la violence à votre arsenal de diagnostic différentiel .
O	Offrir un message clair de soutien	La violence est interdite par la loi, elle est inacceptable , personne ne mérite d'être maltraité, quelle que soit la situation. La personne n'est pas seule, vous pouvez offrir une aide face à ce problème. Vous êtes capable de l'entendre sans la juger.
T	Traiter et organiser le suivi	Effectuer la prise en charge telle que prévue au DGOG. Pour l'établissement du constat médical se référer à la procédure de collaboration avec l'Unité de Médecine des Violences.
I	Informier Informer de ses droits et des ressources du réseau	Expliquer ses droits en termes clairs. Rappeler ses devoirs de protection envers les enfants actuels et à naître. Expliquer qu'il existe des personnes/ressources spécialisées qui peuvent venir en aide.
P	Protéger en assurant la sécurité de la patiente et des enfants	La patiente peut-elle rentrer chez elle sans danger pour sa sécurité et celle de ses enfants? Si non, appliquer la procédure d'urgence prévue au DGOG (onglet P)

Sages-femmes, infirmières, médecins et tous les membres du personnel: Pensez DOTIP

Source: «Violence envers les femmes. Protocole de dépistage et d'intervention du Département de gynécologie, d'obstétrique et de génétique (DGOG) du CHUV». Renteria S, Hofner M.-Cl., Adjaho M.-T., Burquier R., Hohlfeld P. DGOG et CURML, Lausanne juin 2008.

féral, lorsque cela est possible, de le faire établir par des équipes spécialisées.²⁴

4. Informations. Il n'est pas nécessaire d'être expert-e en questions juridiques pour donner les premières informations aux victimes sur leurs droits et leurs obligations. Par contre chaque professionnel-le a le devoir de transmettre à la victime qu'il existe des structures et des personnes qui peuvent l'informer à ce propos et l'accompagner dans ses démarches. La Loi d'Aide aux Victimes d'Infractions (LAVI) fait obligation à chaque canton de mettre à la disposition des victimes un certain nombre de prestations. Il s'agit donc simplement de connaître le ou les centres LAVI actifs dans sa région et de s'y référer et d'agir de même pour les structures d'hébergement et/ou d'accueil ambulatoire qui existent dans

chaque canton.²⁵ Le/la praticien-ne doit également transmettre à la patiente que dans la relation, chaque adulte est responsable de sa protection et que les parents sont responsables de la protection des enfants. La crise déclenchée par le comportement violent est une opportunité pour le changement. Il est alors opportun, de saisir ce moment pour signifier à la victime la dangerosité de la situation pour le développement des enfants et la nécessité de les mettre à l'abri de ces situations. Il n'est pas question ici d'une disqualification du père mais de responsabiliser la patiente, ce qui lui offre aussi une possibilité d'agir et de s'approprier une décision: pour que l'aide aux enfants soit efficace, la violence doit s'arrêter!

En effet, un enfant exposé à de la violence au sein de sa famille est un enfant maltraité.²⁶ Les problèmes de santé, les

troubles du développement et de l'intégration qu'il pourra présenter (par exemple estimer que la violence est une façon appropriée de résoudre les conflits et qu'elle a sa place au sein de la famille) seront identiques à ceux d'un enfant subissant de la violence qui lui est directement destinée. Ainsi lorsque des enfants sont impliqués, les professionnel-le-s doivent pratiquer une évaluation de la situation et, si nécessaire, passer le relais à des professionnel-le-s spécialisé-e-s dans ce domaine. En règle générale, il est préférable pour les professionnel-le-s de prendre conseil auprès d'un-e collègue qualifié-e, étant donné la complexité des situations impliquant des enfants et la diversité des législations, des réseaux et des ressources d'un canton à l'autre.

5. Sécurité. Enfin, les professionnel-le-s doivent **s'assurer de la sécurité** de la patiente et de ses enfants au décours de la consultation. Assurer la sécurité est fonction du déroulement des étapes précédentes et de la vérification avec la patiente que le retour à la maison peut se faire en toute tranquillité. Dans le cas contraire, elle peut se rendre chez des amis, des voisins ou auprès de membres de sa famille. Si la patiente n'a pas de ressources dans son entourage, qu'elles ne sont pas disponibles ou que celle-ci ne souhaite pas les solliciter, il est possible d'organiser un transfert dans un lieu d'hébergement. Si malgré tout elle souhaite rentrer chez elle, il s'agit de s'assurer qu'elle a un moyen d'appeler la police (tél. 117), lui suggérer de prévenir une voisine et de convenir d'un code en cas de besoin. La voisine pourra appeler la police à sa place le cas échéant et recueillir les enfants ponctuellement. Il peut être utile qu'elle pense à préparer une petite valise avec des objets de premières nécessité, ses papiers et de quoi prendre un taxi afin de quitter le domicile en cas de nouvelles violences. Evoquer ces différentes possibilités permet souvent à la patiente d'accéder à ses propres solutions originales. Néanmoins, il peut se révéler utile de transmettre à la patiente que la violence conjugale lorsque rien n'est entrepris pour la stopper a tendance à s'aggraver avec le temps, en fréquence et en intensité et que l'on est inquiet pour sa santé et même parfois pour sa vie, comme pour celles de ses enfants ou de son partenaire.

La prévention tertiaire

Le rôle des professionnel-le-s de l'action médico-sociale en matière de prévention tertiaire des violences conjugales, consiste en une prise en charge spécialisée de la victime, de l'auteur et des enfants si il y a lieu. Elle est le fait de spécialistes du domaine, ayant une formation et des compétences spécifiques pour accomplir une tâche ou une fonction complexe. Ils/elles peuvent être médecins, infirmiers, intervenantes sociales, psychologues. Leur expérience du phénomène est quotidienne. Aux compétences minimum de la prévention secondaire (connaissance élémentaire, capacité de repérer les situations, évaluation des besoins, orientation et intérêt attentif) s'ajoutent des compétences spécialisées d'un deuxième ou d'un troisième niveau (hébergement, protection, sécurité, travail auprès des femmes, des enfants, du couple et/ou de la famille pour une durée plus ou moins longue, gestion des conflits et capacité de soutenir la victime sans décider ce qui est «juste» ou «injuste», ni de ce que la personne «devrait ou ne devrait pas faire», mais en tenant compte

de la violence). Il n'est pas inutile de rappeler que la violence au sein du couple entraîne des risques importants pour les victimes, leurs proches et la collectivité. Connaître et tenir compte de cet impact c'est jouer un rôle positif dans l'action communautaire visant à faire cesser la violence dans le couple.

Ces spécialistes sont à même de gérer les problèmes juridiques, sociaux et éthiques et connaissent les lois et les ressources locales en matière de violences conjugales et de protection des enfants.

Ces spécialistes sont également à même de tenir compte des facteurs culturels et des différents systèmes de valeurs afin de ne pas les interpréter à priori comme dysfonctionnels. Ils/elles peuvent appréhender les dilemmes que les différences culturelles engendrent, notamment en matière de soins et d'accès aux services.

Pour améliorer leur pratique certain-e-s spécialistes ont adopté un modèle féministe, ou humaniste, d'autres ont développé leur expertise à travers un modèle analytique ou encore systémique. Ils/elles ont ouverts leurs prestations aux couples et à l'accompagnement des

enfants, ils/elles saisissent l'impact du réseau et de son utilisation. Cette spécialisation organisée en service aux victimes et à leurs enfants s'assure également des soins à proposer aux auteurs et à l'information ou à la formation de l'ensemble des autres professionnel-le-s de l'action médico-sociale qui le souhaitent, à travers des entretiens, du conseil ou du soutien dans des situations particulières.

Savoir que les spécialistes existent, connaître les différentes structures, établir si possible une carte du réseau,²⁷ s'engager dans le partenariat pour passer le témoin de manière concertée et cohérente c'est adopter une éthique de l'intervention en violences conjugales.

En résumé

On attend des professionnel-le-s de l'action médico-sociale de participer en tant que citoyen-ne à la prévention primaire des violences conjugales. Dans leur fonction, ils/elles sont appelé-e-s à promouvoir le dépistage et l'orientation de tous les protagonistes du problème (victimes, auteurs et enfants) et à connaître les spécialistes de la question afin d'être à même d'orienter les personnes concernées vers les structures les mieux adaptées à leurs besoins.

Pour l'ensemble des professionnel-le-s de l'action médico-sociale prendre conscience de la différence entre «tout faire» et «ne rien proposer», permet de définir les limites de son intervention et ainsi de s'autoriser à ouvrir «la boîte de Pandore».²⁸

Figure III: Proposer sans offenser: Comment entrer en matière?

Détecter une violence ou une maltraitance éventuelle

Interroger systématiquement les patientes au sujet de leur relation de couple et de famille. En général, les femmes souhaitent être interrogées à ce sujet, qu'elles aient ou non vécu de la violence.

Ce que vous pouvez dire pour entrer en matière:

«Comment votre partenaire et les membres de votre famille réagissent-ils à votre grossesse?»

«Pensez-vous que la naissance de votre enfant va modifier votre relation en couple?»

«Comment décririez-vous votre relation avec votre partenaire?»

«Parfois lorsque des personnes viennent consulter pour des raisons comme les vôtres, nous nous apercevons qu'il peut y avoir des problèmes à la maison. Est-ce que c'est le cas pour vous?»

«Avez-vous été confrontée à de la violence dans votre travail, votre famille ou votre couple?»

«Comment réglez-vous les conflits dans votre couple, dans votre famille, au travail?»

«Est-ce qu'il arrive que votre partenaire refuse d'utiliser un préservatif?»

«Est-ce que cela vous est arrivé d'avoir été forcée à avoir une relation sexuelle?»

Etre attentif lorsqu'elle interrompt précipitamment la consultation sans motif, consulte fréquemment et irrégulièrement, consulte toujours avec son conjoint ou parent qui répond à sa place

Source: «Violence envers les femmes. Protocole de dépistage et d'intervention du Département de gynécologie, d'obstétrique et de génétique (DGOG) du CHUV». Renteria S., Hofner M.-Cl., Adjaho M.-T., Burquier R., Hohlfeld P. DGOG et CURML, Lausanne juin 2008.

Notes

1 «C'est assez»: programme de détection et d'orientation des adultes victimes de violence: origines et développements 2000-2004. Raisons de santé 104; Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne 2004.

2 La santé est ici entendue dans son sens global, incluant la santé physique, mentale et sociale, au niveau individuel et communautaire.

3 Organisation Mondiale de la Santé: Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève 2002.

4 <http://assembly.coe.int/mainf.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta02/frec1582.htm>

5 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 2005.

Hofner M.Cl., Viens Python N., Martin E., Gervasoni J.-P., Graz B., Yersin B.: Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emerg Med J* 2005; 22(7), 481-485.

6 Eisenstat S.A., Bancroft L.: Domestic violence. *N Engl J Med* 1999; 341(12), 886-892.

7 Godenzi A., Yodanis C.: Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Fribourg 2001.

8 Eisenstat S.A., Bancroft L.: Domestic violence. *N Engl J Med* 1999; 341(12), 886-892. Brokaw J., Fullerton-Gleason L., Olson L., Crandall C., McLaughlin S., Sklar D.: Health status and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Ann Emerg Med* 2002; 39(1), 31-38.

9 «Ecological model for understanding violence» in World report on violence and health, 12-19. World Health Organization, Geneva 2002.

10 Minder M.: Violence domestique et migration. Pour une approche professionnelle et objective excluant la culturisation du problème. Questions au féminin, 1.2005, Commission fédérale pour les questions féminines. Berne 2005.

11 Par exemple le programme «Sortir ensemble et se respecter» développé par la hets-ies GE/atoutjeune/Projuventute, développé entre autre par M. Donzé-Cottier et J. Dupuy.

12 Par exemple le programme «Education familiale» mené avec le soutien du Conseil d'Etat, du Service de la santé publique et de Promotion Santé Suisse dans le canton de Fribourg, développé entre autres par C. Tatarletti.

13 Par exemple dans toute la Suisse la campagne «Stop violence domestique - Halt Gewalt» menée par le Centre suisse de prévention de la criminalité, en collaboration avec la police et des représentant-e-s des services et projets d'intervention contre la violence domestique, des services d'aide aux victimes, des services de lutte contre la violence masculine, des centres d'accueil pour femmes, de la Conférence suisse des déléguées à l'égalité.

14 World Health Organisation: Engaging men and boys in changing gender based inequity in health: Evidence from programmes interventions. Geneva 2007.

15 Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de la santé. Rapport rédigé sous la direction du Prof. R. Henrion, Ministre délégué à la Santé, Paris 2001.

16 Viens Python N., Hofner M.Cl.: La violence à l'égard des femmes: un problème qui concerne le praticien? *Médecine et Hygiène*, 2003, Vol. 61, n° 2457, 2125-2129.

17 Ellis J.M.: Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Crit Care Nurs Q* 1999; 22(1), 27-41.

18 Remarques collectées lors de «focus-group» effectués en 2001 parmi les soignants du Centre Interdisciplinaire des Urgences du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

19 Gerbert B., Moe J., Caspers N., Salber P., Feldman M., Herzig K., Bronstone A.: Physicians' response to victims of domestic violence: toward a model of care. *Women Health* 2002; 35(2-3), 1-22.

20 Hofner M.Cl., Viens-Python N.: La violence et la maltraitance envers les adultes et les personnes âgées. Protocole de dépistage et d'intervention à l'intention des professionnels des services d'urgence. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Unité de prevention. Lausanne 2002.

21 Hofner M.Cl., Viens-Python N.: La violence et la maltraitance envers les adultes et les personnes âgées. Protocole de dépistage et d'intervention à l'intention des médecins de premiers recours. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Unité de prévention. Lausanne 2003.

22 Gigandet M., Moczyt S.: Violence conjugale: dépistage - soutien - orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s. Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud. Lausanne 2003.

23 Renteria S., Hofner M.Cl., Adjaho M.-T., Burquier R., Hohlfeld P.: Violence envers les femmes. Protocole de dépistage et d'intervention du Département de gynécologie, d'obstétrique et de génétique du CHUV. DGOG et CURML. Lausanne, juin 2008.

24 Consultation de l'Unité de Médecine des Violences (UMV) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois Lausanne ou Centre Interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV) des Hôpitaux Universitaires de Genève.

25 Pour ce faire consulter le site www.violencequefaire.ch.

26 World report on violence against children. United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children. United Nations Publishing Services (UN Geneva) 2006. Voir aussi l'article de Sabine Brunner dans ce numéro.

27 Hofner M.Cl., Viens-Python N., Bodenmann P., Schoch M.: Comment présenter et diffuser les ressources locales en matière de prise en charge des adultes victimes de violence: une méthode. *Revue médicale de la Suisse romande*, décembre 2002, (122), 649-652.

28 Sugg N.K., Inui T.: Primary care physicians' response to domestic violence. *Opening Pandora's box. JAMA*. 1992 Jun 17; 267(23), 3157-60.

Marie-Claude Hofner, est médecin de santé publique. Elle a conduit le programme interdisciplinaire de prévention de la violence «C'est assez» qui a abouti à la création d'une Unité de Médecine des Violences au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Elle représente la Suisse au sein du réseau «Violence and Injury Prevention Focal Points Europe» de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Sylvette Mihoubi-Culand est assistante sociale. Elle assume depuis 2001 la direction du Centre d'accueil MalleyPrairie à Lausanne (hébergement et consultations ambulatoires pour femmes victimes de violences conjugales avec ou sans enfants), elle est vice-présidente de la commission cantonale de lutte contre la violence domestique du canton de Vaud et membre de la Conférence Latine contre la violence domestique.

Adresse de correspondance:

Rue César Roux 19, CH-1005 Lausanne
Tél: 41 (0)21 314 49 49, Fax: 41 (0)21 314 72 44
E-mail: Marie-Claude.Hofner@chuv.ch