

Violences au sein du couple et de la famille

Implications pour le praticien

Christiane Margairaz, Jacques Girard, Daniel S. Halpérin

Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV), Hôpitaux Universitaires de Genève



Quintessence

- Les violences domestiques constituent un problème majeur de santé publique. Elles concernent au premier chef les personnes en position de vulnérabilité: les femmes, les enfants, les personnes âgées et/ou handicapées. Elles touchent tous les âges et tous les milieux.
- Elles portent atteinte aux droits fondamentaux de l'être humain et affectent la santé et la sécurité des personnes ainsi que l'organisation de la vie en couple et en famille.
- Elles comprennent des formes variées de violences qui souvent se cumulent. Leurs conséquences sont particulièrement préjudiciables parce qu'elles s'exercent et perdurent dans le contexte de relations privilégiées, censées être sécurisantes et protectrices.
- Au-delà des traumatismes physiques, elles sont la cause de nombreux troubles psychiques et sociaux, parmi lesquels le syndrome de stress post-traumatique et la dépression sont au premier plan.
- Malgré l'ampleur du problème et ses conséquences délétères bien documentées, leur détection et leur prise en charge restent insatisfaisantes. Nombre d'obstacles persistent au niveau des médecins et de leur pratique, et des personnes victimes elles-mêmes: préjugés, méconnaissance, banalisation, évitement ...
- Le médecin en cabinet est un interlocuteur privilégié, premier consulté, acteur essentiel pour le dépistage, l'écoute, le recueil de l'histoire, le constat de lésions et l'orientation. Il doit donc être sensibilisé, informé et formé afin de faire face au mieux à ces situations complexes qui nécessitent une approche intégrée, multidisciplinaire et en réseau.

Summary

Domestic violence: implications for the general practitioner

- *Domestic violence is a major problem for the sphere of public health. Primarily affected are persons in a position of vulnerability: women, children, the elderly and/or handicapped.*
- *Domestic violence is a violation of basic human rights and the human being, and affects the health and safety of persons as well as the organisation of the lives of spouses/partners and families.*
- *There are various forms of domestic violence which are often cumulative. Its implications are particularly harmful since it takes place and persists in the context of special relationships where the victims expect to find safety and protection.*
- *Apart from physical traumas domestic violence is the cause of numerous psychosocial disorders, chief of which are posttraumatic stress disorder and depression.*

«Les droits de l'Homme sont universels parce que tous les êtres humains ont des droits fondamentaux que l'on ne peut nier sous peine de nier l'humanité elle-même. Partout, on doit respecter l'intégrité de la personne humaine, partout, les êtres humains ont le droit de ne pas être torturés, tués, mutilés, de ne pas être réduits en esclavage, de recevoir des soins, d'avoir accès à l'éducation, à la culture, partout, les êtres humains doivent pouvoir penser et s'exprimer librement.»

Robert Badinter, 1998

Introduction

Les violences au sein du couple et de la famille sont fréquentes, complexes et souvent difficiles à appréhender. Elles constituent une violation des droits fondamentaux de l'individu. Actuelles ou passées, leur impact est lourd sur la santé physique et psychique, et elles affectent la vie relationnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique [1, 2]. Les victimes sont ainsi souvent amenées à consulter un médecin. Celui-ci, quelle que soit sa spécialité, est dans une position privilégiée pour reconnaître les signes de la violence, écouter et recueillir les souffrances qui l'accompagnent, et pour soutenir ces patients. Mais les violences domestiques ont aussi des conséquences sur les soignants [3], ce qui peut influencer sur la qualité de leur prise en charge. C'est pourquoi nous présentons ici les principaux impacts des violences sur leurs protagonistes comme sur les intervenants, et formulons des recommandations en matière de principes et attitudes de base qui peuvent aider le praticien.

Données générales

Définition de la violence intentionnelle

Par violence intentionnelle, il est entendu tout acte, parole ou comportement utilisant délibérément la force, la surprise, la contrainte ou la menace contre des personnes, de manière directe ou indirecte. Il s'agit de violence dans un espace de non-droit, où les protagonistes ne sont pas à

● *Despite the magnitude of the problem and its well documented devastating consequences, detection and management are still unsatisfactory. Numerous obstacles persist among doctors, in medical practice and among the victims themselves: prejudice, ignorance, minimising the problem, evasiveness, etc.*

● *The doctor in his consulting room is in a privileged position: he is the first to be consulted, with an essential role to play in screening, listening, history-taking, observation of lesions and guidance. He must therefore be made aware, informed and educated in order to cope adequately with complex situations requiring an integrated, multidisciplinary and network approach.*

parité pour diverses raisons. Elle implique donc un abus de pouvoir sur des personnes en situation de dépendance, de vulnérabilité ou de détresse. Elle peut toucher tous les êtres humains, quels que soient le sexe, l'âge, la culture, la religion, le milieu socioéconomique, l'orientation sexuelle et la nature du lien entre les protagonistes. Tous ces éléments de définition illustrent la diversité des contextes dans lesquels cette violence s'exerce et ils rendent compte aussi de la complexité de ces situations.

Ampleur du problème

En 1996, l'Organisation mondiale de la santé a établi que la violence constituait un véritable problème de santé publique nécessitant un plan d'action intégré. En 2002, a été publié un important «Rapport mondial sur la violence et la santé» [1] qui décrit l'ampleur du problème dans le monde en s'appuyant sur de nombreuses données épidémiologiques concernant tous les types de violences. L'évaluation du phénomène est cependant difficile en raison de la nature cachée du problème et du grand nombre de cas non signalés. De plus, les violences domestiques sont rarement recensées en tant qu'infraction distincte et

n'apparaissent donc pas dans les données statistiques. Le tableau 1 ☞ résume, à titre d'exemple, quelques chiffres de prévalence de la violence à l'encontre des femmes.

Les violences domestiques

Ce sont des violences entre des individus liés par une relation privilégiée; d'alliance, de filiation ou de fratrie. Elles peuvent prendre plusieurs formes, souvent cumulées et intriquées:

- Les violences psychologiques qui visent à contrôler l'autre en suscitant angoisse, insécurité, peur, isolement et perte d'estime de soi: menaces de mort ou de représailles, chantage affectif, jalousie pathologique, harcèlement, indifférence, désinformation, propos agressifs, insultants, humiliants, intimidants ou méprisants, infantilisation des personnes âgées ou handicapées ...
- Les violences physiques qui comprennent les coups/gestes portés avec une partie du corps – mains, pieds, tête (y compris strangulation et morsures), – ou avec un objet – couteau, arme à feu, cigarette ... – et infligent délibérément une douleur physique ou une blessure.
- Les violences sexuelles qui peuvent être commises sans contact physique: gestes, allusions, harcèlement, exhibition, obligation de regarder du matériel pornographique, ou avec contact physique: caresses et baisers imposés, attouchements, tentative de viol, viol.
- Les négligences envers les personnes dépendantes: non-réponse aux besoins de base, vitaux et relationnels: dignité, respect, affection, nourriture, hygiène, vêtements, soins, attention ...
- Les violences économiques: exploitation, privation, spoliation, abus de confiance ...
- Les privations de liberté: séquestration, enfermement, contention physique ou chimique.

Tableau 1. Exemples de prévalence de la violence à l'encontre des femmes dans le monde.

Selon l'OMS (2002, 2005) [1, 4]

Chaque année, dans le monde, 1,5 à 3 millions de femmes meurent des suites de violences commises par leur partenaire intime.

De 15 à 71% des femmes interrogées dans dix pays du tiers monde ou industrialisés disent avoir été agressées physiquement ou sexuellement par leur partenaire intime à un moment de leur vie.

De 7 à 20% des femmes enceintes rapportent avoir subi des violences physiques pendant leur grossesse.

Chaque année, 75 millions de grossesses non désirées en lien avec des violences, entraînent 20 millions d'avortements dans de mauvaises conditions de sécurité (80 000 décès) et 585 000 décès dus aux complications de la grossesse ou de l'accouchement.

Selon le Conseil de l'Europe (2002) [5]

En France, 1,35 millions de femmes ont été victimes de violence domestique en 2001.

En Norvège, sur 4 millions d'habitants, 10 000 femmes reçoivent chaque année des soins pour des lésions corporelles engendrées par la violence familiale.

En Russie, 13 000 femmes sont tuées chaque année, pour la plupart par leur mari ou partenaire. A titre de comparaison, 14 000 soldats russes ont été tués pendant la guerre d'Afghanistan qui a duré 10 ans.

Au sein du couple et de la famille, chacun est concerné. Les violences s'exercent dans tous les types de couples (mariés ou non, hétéro- ou homosexuels, vivant ensemble ou séparés) et de familles (y compris monoparentales, recomposées) et ce, parfois, sur plusieurs générations. Elles peuvent survenir à tout âge et à toutes les phases de la vie familiale, être ponctuelles ou répétées, directes ou indirectes, unilatérales ou réciproques, voire «en chaîne», du «fort envers le plus faible». Adultes et enfants peuvent être tour à tour auteurs, victimes ou témoins.

Caractéristiques des violences conjugales

Les formes les plus courantes, les plus délétères et les plus dangereuses sont celles exercées contre les femmes par leurs partenaires de sexe masculin [1, 4]. Les violences physiques et/ou sexuelles succèdent le plus souvent à une période

de violences psychologiques. Celles-ci, en créant un climat permanent d'insécurité et de stress, fragilisent la victime et rendent possibles des abus plus graves.

Au-delà de la victime, l'acte violent touche la relation intime et attaque la capacité même d'être en lien avec l'autre, de pouvoir et de vouloir établir une relation. S'exerçant au sein du «huis clos» conjugal et familial, dans le contexte d'une relation choisie qui devrait par principe être de confiance, aimante et protectrice, les violences sont souvent peu visibles, difficilement imaginables, non dites car non identifiées comme telles par les victimes voire considérées par elles comme justifiées [4]. Elles ont de ce fait des impacts particulièrement traumatiques sur le plan psychique et affectent, à divers titres, la victime, les enfants, l'auteur et l'entité du couple et de la famille.

La particularité de ces violences est de fonctionner comme un mode de communication paradoxale [6], de type double contrainte: «Je t'aime (je tiens à toi) et je te frappe ...» Ce type de communication «enferme» la personne psychologiquement en la piégeant entre deux messages contradictoires qui l'empêchent de penser, de prendre du recul et de choisir. L'identité, les appartenances et les représentations de soi et du monde sont alors profondément remises en question. Cela entraîne, au-delà des blessures physiques et psychiques, une situation de confusion, une perte de repères et de contrôle, et des distorsions cognitives:

Ce que je vis, ressens, perçois, est-ce réel ou suis-je folle? Qui et que dois-je croire? Les coups, les insultes, les menaces ou le pardon, la réconciliation, la culpabilité? Qu'ai-je fait pour que ça arrive, comment l'éviter, comment le savoir? A qui me fier, qui va me croire? Qui suis-je pour mériter cela, suis-je une personne?

Quelles que soient les solutions envisagées par la victime pour se protéger ou pour protéger ses enfants (recherche de soins, séparation, dépôt de plainte), leurs enjeux engendrent généralement inquiétudes et angoisses et peuvent renforcer des sentiments de honte et de culpabilité devant la perspective de faire éclater la famille, de priver les enfants de leur père, mais aussi de faire face à l'isolement, à la précarisation économique et à la stigmatisation sociale. Pour s'adapter au mieux à la situation et aux ressources de la personne, toute intervention devrait donc tenir compte de ces enjeux.

La phase qui accompagne la décision d'une séparation et son annonce est à haut risque de recrudescence des violences, voire de létalité pour la femme ou les membres de la famille. De plus, une fois réalisée, la séparation ne signifie pas nécessairement l'arrêt des violences; celles-ci peuvent perdurer sous forme de harcèlement, de menaces, de voies de fait et parfois aller jusqu'à l'homicide.

Les violences conjugales affectent *toujours* les enfants, de manière directe ou indirecte. Qu'ils soient eux aussi victimes de coups, d'insultes ou de négligences (ce qui survient dans 22 à 45% des situations de violences conjugales [7]), qu'ils soient témoins visuels ou auditifs des violences, ou qu'ils soient instrumentalisés par les parents, les enfants sont pris dans une situation à laquelle ils ne peuvent échapper. Ils doivent faire face à un climat d'insécurité voire de terreur, préjudiciable à leur développement. Ils sont de plus confrontés aux modèles identificatoires de parents auteur et victime de violences, avec tout ce que cela peut représenter comme risque de transmission transgénérationnelle de la violence [6].

Conséquences des violences

Les impacts des violences – physiques, psychiques ou sociaux – affectent non seulement les victimes mais aussi leurs proches, leur entourage, et les professionnels intervenant dans ce champ d'action. Les auteurs eux-mêmes, après un passage à l'acte violent et confrontés aux répercussions sur la victime, sur le couple et la famille, peuvent présenter une réelle souffrance, pouvant se manifester sur un mode dépressivo-anxieux et par des conduites auto- ou hétéro-agressives [8, 9]. Pour des raisons pratiques, nous n'examinerons ici de manière plus détaillée que les impacts sur la santé des victimes et sur la pratique des médecins qu'elles consultent.

Conséquences sur la santé des victimes

Sur le plan sémiologique, ces violences peuvent revêtir une multitude de formes [1, 2, 10]:

- soit des lésions évocatrices (plaie par arme à feu ou par arme blanche, traumatisme crânien, fracture, signes physiques de négligences graves, de viol, etc.);
- soit une symptomatologie non spécifique (trouble psychosomatique, syndrome algique plus ou moins bien défini, décompensation d'un trouble organique, état dépressif, etc.) dont le décours est souvent chronique et réfractaire à tout traitement;
- soit encore un ensemble de symptômes propres aux réactions de stress, inscrits parfois eux aussi dans la chronicité.

Qu'ils soient aigus ou chroniques, les signes et symptômes récapitulés dans le tableau 2  peuvent faire évoquer une étiologie violente. De l'ensemble de ces troubles, l'état de stress post-traumatique et la dépression sont au tout premier plan et devraient faire l'objet d'une grande attention sur le plan du diagnostic et de la prise en charge.

Sur le plan psychique, les violences ont un effet désorganisateur et destructurant, qui prend le sujet par surprise [11]. Elles provoquent un dé-

Tableau 2. Impacts de la violence sur la santé.

Santé physique
Blessures (lacérations, fractures, lésions internes) et leurs éventuelles séquelles
Décès par homicide
Décompensation d'un trouble organique: diabète, asthme, hypertension
Obésité, malnutrition
Infections à répétition, notamment urinaires
Céphalées, cervicalgies, lombalgies
Troubles neurovégétatifs et/ou psychosomatiques: nausées, vertiges, prurit, paresthésies, palpitations, diarrhées, côlon irritable, fibromyalgie
Abus d'alcool, de drogues, de médicaments
Affections gynécologiques et obstétricales: maladies sexuellement transmissibles (y compris SIDA), stérilité, grossesse non désirée, fausse couche, interruption volontaire de grossesse, dyspareunie, douleurs pelviennes chroniques
Santé mentale
Syndrome de stress post-traumatique
Dépression
Anxiété, attaques de panique
Mauvaise estime de soi
Idéation suicidaire, tentatives de suicide
Troubles du sommeil
Dysfonctions sexuelles
Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)
Troubles obsessionnels-compulsifs
Troubles du caractère ou de la personnalité
Conduites à risques
Comportements hétéro- ou auto-agressifs
Troubles de l'apprentissage, retard du développement
Hyperactivité
Santé sociale
Stigmatisation, rejet
Repli familial et social
Isolement
Difficultés au travail et/ou à l'école: absentéisme, difficultés de concentration, distraction, inattention, problèmes relationnels
Chômage, invalidité
Précarité, perte de logement, clochardisation, fugues, errance
Absence de soins médicaux ou «shopping» médical

bordement émotionnel, une confusion des ressentis, et sont souvent difficiles à mettre en mots. La victime peut ressentir une peur intense, des sentiments de mort imminente et d'impuissance, de vulnérabilité et d'insécurité, de trahison, de honte, de culpabilité, d'injustice, de salissure, d'humiliation ... Lorsque les violences se répètent et durent dans le temps, elles minent progressivement l'estime de soi, la confiance en soi et en l'autre, l'élan vital et les ressources du patient, conduisant fréquemment au passage à l'acte suicidaire [9].

En termes d'impact, tous les patients ne sont pas égaux devant la violence. Divers facteurs individuels, de contexte ou liés à la typologie des violences peuvent moduler cet impact; certains

facteurs peuvent avoir un effet protecteur (résilience), d'autres, au contraire, un effet aggravant. Ainsi, par exemple, le soutien des proches constitue-t-il, tout spécialement chez l'enfant, un ingrédient important et positif dans la réaction au traumatisme alors qu'une histoire personnelle marquée par des expériences traumatiques cumulées (abandon, migration forcée, maltraitance infantile) risque d'amplifier l'impact des violences.

On notera à cet égard le rôle essentiel dans le processus de psycho-traumatisation de ce que l'événement représente pour la victime (perception subjective, représentation du monde et éthique personnelle).

Conséquences sur les médecins et leur pratique

Les raisons qui font que les médecins s'investissent peu dans ces situations complexes sont connues [12]:

- Méconnaissance du problème, carence d'informations sur l'ampleur du phénomène et sur ses impacts.
- Insuffisance de la formation de base [10, 12] sur l'approche de la violence et du psycho-traumatisme.
- Attitudes professionnelles construites sur des stéréotypes («de toute façon, les femmes battues retournent toujours vers leur mari; on ne peut pas les aider») et/ou des modes défensifs («c'est trop impensable pour être vrai») se manifestant par de l'incrédulité, de la méfiance et de la banalisation.
- Expériences personnelles que la violence sur autrui peut douloureusement réactiver (antécédents de violences, interventions professionnelles antérieures ressenties comme des échecs, par exemple en raison d'une décision de justice ne correspondant pas à celle attendue, ou de la rétractation d'une victime).
- Crainte d'être intrusif, d'offenser, de s'immiscer dans la vie privée, avec comme corollaires le sentiment d'être isolé, la peur de provoquer des retombées judiciaires ou d'aggraver la situation, ou encore de susciter des réactions négatives de tiers.
- Sentiment d'impuissance et conflit de loyauté, notamment si le médecin suit les deux membres d'un couple ou plusieurs personnes d'une même famille.
- Manque de temps (le travail sur la violence demande beaucoup d'investissement).

Il en découle les conséquences suivantes dans la pratique [12]:

- La reconnaissance de la violence par le praticien sur la base d'indicateurs cliniques est insuffisante et un effort de détection systématique rarement accompli.
- Les certificats médicaux, s'ils sont rédigés, sont souvent incomplets, peu clairs, non exploitables en cas de procédure judiciaire ou administrative.

- Les notes consignées dans le dossier du patient sont imprécises dans 50% des cas.
- Une prescription «compensatoire» d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou de somnifères est fréquemment relevée, malgré les risques de dépendance inhérents à ces substances.
- Les patients sont mal ou pas orientés, peu d'informations utiles leur sont transmises.

Implications pour le praticien

Ces différents constats nous amènent à formuler quelques recommandations en terme de principes et attitudes de base susceptibles d'aider les praticiens à se préparer à faire face aux situations de violences domestiques.

Principes

- Il est normal d'être déstabilisé par les situations de violences. Ceci peut être atténué par une meilleure préparation du praticien: information, sensibilisation, connaissance du réseau et des implications juridiques et médico-légales qui peuvent être autant d'éléments de «coping» [13].
- Ne pas rester seul dans ces situations, avoir une attitude modeste, et s'autoriser à ne pas tout savoir ni tout pouvoir faire seul (savoir collaborer avec le réseau médico-psycho-socio-juridique selon les besoins des patients).
- Ne pas hésiter à utiliser des techniques comme l'entretien motivationnel [14] pour accompagner vers le changement plutôt que prescrire un changement immédiat. Ceci suppose, dans un climat bienveillant, une bonne qualité d'écoute, le respect des objectifs fixés par le patient lui-même, de ses priorités, de son rythme, et le soutien par le praticien desdits objectifs, ainsi que la valorisation des efforts fournis par le patient pour les réaliser.
- Généralement, la demande d'aide est formulée au moment d'une crise, laquelle est souvent suivie d'une période de pardon ou de «lune de miel» caractéristique du cycle de la violence [15]. Dans cette phase où tout semble rentrer dans l'ordre, les résolutions de changement prises au moment de la crise sont souvent «oubliées». Une proposition de changement immédiat (quitter le domicile, se séparer, déposer une plainte, etc.) au moment de la première demande d'aide peut être prématurée voire inadéquate. Le médecin risque de se sentir disqualifié si la proposition (prescription) n'a pas été suivie. Sortir de la violence est un processus lent et difficile, compte tenu de tous les enjeux énumérés précédemment. Il est donc nécessaire de se donner du temps (message analogique donné à la patiente de (se) faire confiance, de respecter son rythme, d'être dans la réalité).
- A éviter: paniquer, promettre ce que l'on ne

peut tenir, contacter le partenaire à chaud (risque de passage à l'acte) ou recevoir les deux partenaires ensemble sans avoir vérifié au préalable la pertinence et la non-dangereusité d'une telle rencontre [6].

Attitudes

Les éléments suivants nous paraissent essentiels à mettre en œuvre face à une situation de violence:

- Assurer la confidentialité mais aussi discuter la nécessité de communiquer avec des tiers, notamment en cas d'inquiétude au sujet des mineurs.¹
- Reconnaître la violence, la mettre en mots (une agression est une agression, pas un incident), se positionner (la violence est inacceptable et elle n'est pas une fatalité), énoncer la loi [16] (la plupart des actes de violence au sein de la famille sont interdits et sanctionnés; la violence domestique est poursuivie d'office).
- Rapporter précisément les faits, le processus et les différents impacts dans le dossier médical et établir une documentation médico-légale ad hoc [10] (par ex. rédiger un constat comme élément de réalité dont la victime a droit de disposer).
- Evaluer le degré d'urgence, les risques immédiats pour la victime (récidive de violence, suicide, décompensation psychiatrique) et pour les enfants et les proches.
- S'assurer de la protection et de la sécurité et orienter vers les services spécialisés en fonction des priorités.
- Donner les informations utiles concernant les symptômes de stress, les démarches sociales et juridiques possibles et les lieux de ressource dans le réseau (cf. tab. 3 ↻).

Conclusion

Les violences au sein du couple et de la famille constituent une atteinte aux droits fondamentaux de l'individu. Elles sont fréquentes, surviennent dans des contextes variés et génèrent de nombreux troubles médicaux, psychologiques et sociaux, directs ou indirects.

Les médecins, souvent en première ligne, sont eux aussi parfois déstabilisés par la violence de ces situations. Leur manque de formation peut les mettre en difficulté et expliquer en partie que les violences domestiques soient encore peu re-

1 Le «Code pénal suisse» (art. 358^{ter}) précise que «lorsqu'il y va des intérêts des mineurs, les personnes astreintes au secret professionnel et au secret de fonction (art. 320 et 321) peuvent aviser l'autorité tutélaire des infractions commises à l'encontre de ceux-ci». Dans certains cantons, des dispositions particulières rendent même obligatoire le signalement de tels cas.

Tableau 3. Ressources du réseau.

Les ressources en matière de violences ainsi que les dispositions légales varient selon les cantons. Il est recommandé de se renseigner sur les pratiques en vigueur (levée de secret médical, obligation de signaler, etc.) [17] et sur les ressources du réseau *avant* d'être confronté à une situation de violence afin de pouvoir, le moment venu, s'appuyer sur un réseau fonctionnel.

Adresses utiles

Centres LAVI: toute victime d'infraction peut y recevoir un soutien psychologique (bons pour des consultations), social (hébergement d'urgence), économique (premiers frais) et/ou juridique (informations et bons pour consultation chez un avocat). A noter que les prestations varient selon les cantons. Les adresses de chaque centre sont disponibles sous: www.opferhilfe-schweiz.ch/wFranz/index.asp.

Services d'urgence médico-psycho-sociaux: centres hospitaliers, services de santé pour la jeunesse (ou scolaires), services de protection de la jeunesse. Dans toute la Suisse, et 24 h sur 24, un conseil peut aussi être obtenu auprès de la Main Tendue, tél. 143.

Consultation spécialisée: CIMPV – Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence, Hôpitaux universitaires de Genève, tél. 022 372 96 41 – site web: www.hcuge.ch/dmc/, cliquer sur «violence». Peut donner des conseils aux professionnels par téléphone.

Instituts de médecine légale régionaux pour des renseignements médico-légaux. Pour un modèle de constat médical ou la marche à suivre en cas d'agression sexuelle: www.hcuge.ch/dmc/, cliquer sur «violence», puis sur «conseils médico-légaux».

Services de police, de gendarmerie et de justice qui sont à même de renseigner sur les démarches juridiques utiles.

Associations d'aide aux victimes ou aux auteurs de violence, foyers d'hébergement en urgence: les centres LAVI peuvent fournir les adresses propres à chaque canton.

connues, a fortiori dépistées, par eux. Pour améliorer la détection et la prise en charge de ces situations complexes, il est donc recommandé de renforcer la formation pré- et postgraduée des médecins dans ce domaine.

Le médecin n'est pas tenu de tout gérer seul. Il a toutefois un rôle déterminant pour reconnaître les violences, accueillir et écouter les victimes, prodiguer des soins, faire les constatations médico-légales nécessaires et tenter de prévenir les risques immédiats. Ceci implique de créer un climat favorable et empathique afin que le patient s'autorise à aborder ce sujet et accepte d'être orienté vers les ressources du réseau en fonction de ses besoins.

Références

- 1 Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS; 2002. <http://www.who.int/fr/>
- 2 Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
- 3 Rey H, Rinaldi-Baud I. Violence et accessibilité aux soins: vulnérabilités et ressources des soignants. *Med Hyg* 2000; 58:1938-42.
- 4 Garcia-Moreno C, Heise L, Janse HA, Ellsberg M, Watts C. Violence against women. *Science* 2005;310:1282-3.
- 5 Conseil d'Europe. <http://assembly.coe.int>.
- 6 Girard J, Rinaldi Baud I, Rey Hanson H, Poujouly MC. Les violences conjugales: pour une clinique du réel. *Thér Fam* 2004;25:473-83.
- 7 Wolak J, Finkelhor D. Effects of partner violence on children. In: Jasinski JL, Williams LM, eds. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
- 8 Welzer-Lang D. *Les hommes violents*. Paris: Lierre et Coudrier Editeur; 1991.
- 9 Halpérin DS, Bron G. Medicine and violence: a comparative health profile of victims, aggressors and victim-aggressors. 2005, submitted for publication.
- 10 Gillioz L, Gramoni R, Margairaz Ch, Fry C. Voir et agir. Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes. *Cahiers médicosociaux*. Genève: Editions Médecine et Hygiène; 2003.
- 11 Lebigot F, De Clerc M. *Les traumatismes psychiques*. Paris: Masson; 2001.
- 12 Morvant C, Chambonnet JY. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle de professionnels de santé; 2000. www.sante.gouv.fr.
- 13 Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois ML. Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Ann Med Psychol* 2003;161:809-15.
- 14 Berdoz D, Michaeli Conus K, Daepfen JB. «Combien de fois il faut que je vous dise ...» Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. *Rev Med Suisse* 2005;38: 2453-6.
- 15 Walker LEA. *The battered women syndrome*. New York: Springer; 2000.
- 16 Christen M, Heim C, Silvestre M, Vasselier-Novelli C. *Vivre sans violence*. Ramonville Saint-Agne: Editions Eres; 2004.
- 17 Bertrand D, Harding TW, La Harpe R, Hummel M. *Médecin et droit médical: présentation et résolution de situations médico-légales*. 2^e édition. Genève: Editions Médecine et Hygiène; 2003.

Correspondance:
Dr Christiane Margairaz
Département de Médecine
communautaire
Consultation interdisciplinaire
de médecine et de prévention
de la violence (CIMPV)
Hôpitaux Universitaires
Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Genève 14
christiane.margairaz@hcuge.ch