

"Violences conjugales: Quels impacts?"

Actes du 2^{ème} forum violences domestiques

2 octobre 2008

Table des matières*

I	Introduction	3
II	Allocution de M. Laurent Moutinot - Président du Conseil d'Etat en charge du Département des institutions.	4
III	Impacts des violences domestiques sur la santé en Suisse: chiffres nationaux et interprétations. Mme Véronique Jaquier - psychologue et criminologue, chargée de recherche à l'école des sciences criminelles de l'Université de Lausanne.	6
IV	Impacts de la violence conjugale sur la santé physique. Dr Daniel S. Halpérin - pédiatre, médecin adjoint responsable de la Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV), HUG.	22
V	Quelles conséquences pour la santé psychique des victimes? Dr Grégoire Rubovszky, médecin-psychiatre aux Hôpitaux Universitaires de Genève, responsable de l'Unité d'accueil d'Urgence Psychiatrique et de la consultation "stress & trauma", Consultant à la Consultation des victimes de tortures et de guerre.	36
VI	Impacts de la violence conjugale sur le rôle maternel. Mme Béatrice Cortellini, psychologue FSP, Association Solidarité Femmes.	42
VII	Exposition des enfants à la violence conjugale. M. Franck Voindrot, infirmier de secteur psychiatrique, Hôpitaux du Léman, Thonon-les-Bains (FR).	47
VIII	Violence conjugale et dynamique familiale. Mme Annie de Vincenzi, thérapeute de famille ASTHEFIS, Consultation pour familles et couples, HUG & M. Benoît Reverdin, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP et thérapeute de famille, Consultation pour familles et couples, HUG.	55
IX	Violence et accessibilité aux soins: vulnérabilités et ressources des soignants. A l'occasion de ces actes, nous reproduisons cet article publié par Mme H. Rey et Mme Isabelle Rinaldi Baud en 2000 dans <i>Médecine et Hygiène</i> , 2316, pp 1938-1942.	59
X	Conclusion	67
	Annexe : Présentation PowerPoint du Dr Rubovszky	68
	Coordonnées des intervenant-e-s	78

* L'ensemble des textes a été rédigé par les orateurs, exceptés ceux de Monsieur Laurent Moutinot, du Dr Daniel S. Halpérin et du Dr Grégoire Rubovszky, qui sont la retranscription de leurs interventions orales.

I. Introduction.

Quelles sont les compétences que doit acquérir un-e professionnel-le pour pouvoir écouter et aider une personne impliquée dans une situation de violences conjugales? Comment aider son entourage? Comment déterminer l'aide dont ont besoin ces personnes sans connaître l'impact des violences sur leur santé physique et psychologique ainsi que sur leurs comportements sociaux et ce, à court, moyen et long terme? Et les enfants, doit-on encore les considérer comme de simples témoins de violences conjugales alors qu'ils assistent aux violences qui se déroulent plus ou moins régulièrement entre leurs parents?

A travers la lecture de ces actes, le-la lecteur-trice trouvera des réponses à ces questions, réponses qui pourront se transformer en outils utiles dans sa pratique professionnelle. Il-elle aura également l'occasion de s'interroger sur ses résonnances, attitudes et contre-attitudes, qui se mettent en place dès qu'il-elle aborde une situation empreinte de violences conjugales.

Le propos débute par l'analyse de différentes études menées en Suisse sur le thème des violences conjugales. Il est relevé, à cette occasion, la difficulté d'interprétation des données statistiques recueillies. Ensuite, on s'intéresse à l'impact traumatique qu'ont ces violences ainsi qu'à leurs conséquences sur la santé physique et mentale des personnes victimes. L'impact sur la dimension sociale est également abordé car nous constatons que bon nombre de personnes victimes perdent confiance en elles-mêmes, éprouvent de grandes difficultés à accéder à l'information et aux services, peinent à prendre part à la vie publique ainsi qu'à demander le soutien affectif d'amis et de parents. Puis, une attention particulière est portée sur l'incidence des violences conjugales sur les enfants. Depuis quelques années, la plupart des spécialistes considèrent que les enfants vivant dans un contexte de violences conjugales sont victimes, directes ou indirectes, de la situation qu'ils subissent et non plus de simples témoins. Ensuite, les différentes dynamiques conjugales et familiales qu'engendrent ces situations de violences sont abordées. Enfin est évoqué l'impact qu'ont ces situations sur les travailleurs sociaux, médecins, policiers ou membres du Pouvoir judiciaire amenés à intervenir.

Christelle Mandallaz
Coordnatrice et animatrice des
Forums Violences Domestiques

David Bourgoz
Délégué

II. Allocution.

De **M. Laurent Moutinot** - Président du Conseil d'État, en charge du Département des institutions.

Mesdames et Messieurs,

Il est un certain nombre de sujets où malheureusement les choses ne vont pas dans la bonne direction. Ce n'est pas le cas en ce qui concerne les violences domestiques où je crois pouvoir vous donner un message optimiste car, il y a une trentaine d'années, lorsque j'étais à l'Université, je n'ai jamais entendu parler, pendant mes études de droit, de violences domestiques. Le sujet n'existait même pas! Alors que cette triste réalité, comme vous le savez, existe depuis toujours.

C'est donc pour moi l'occasion de rendre hommage aux associations féminines qui ont courageusement, au départ de manière totalement marginale, militante, inconnue mis au jour la problématique au point qu'aujourd'hui les Forums Violences Domestiques sont probablement les rencontres qui réunissent le plus de participants sur un problème quel qu'il soit dans le Canton de Genève. Alors honneur soit rendu à toutes celles et ceux qui ont mis en évidence la problématique des violences domestiques, et qui ont courageusement contribué à la création du Bureau de l'Égalité, devenu le Service Pour la Promotion de l'Égalité entre homme et femme, et du Bureau du Délégué aux violences domestiques. Toutes ces institutions, perçues autrefois comme gentillettes et militantes ont, aujourd'hui, atteint l'âge adulte et les succès que vous connaissez en matière d'égalité et de lutte contre les violences domestiques.

Et puis, deuxième message optimiste, la Tribune de Genève de ce matin énonce une statistique des homicides dans les villes du monde. On dit quelque fois que Genève serait le Bronx mais quand on regarde ce classement, on peut constater que ces villes ne sont pas toutes situées dans des endroits de perdition, qu'elles se situent dans des grands pays démocratiques, policés, et l'on voit des taux d'homicides supérieur à 100 personnes pour plus de 100'000 habitants. Je me permets de rappeler qu'à Genève, un ou deux homicides ont lieu chaque année. Ces propos pour relativiser un discours totalement défaitiste sur la sécurité. Pour compléter, la plupart de ces homicides, que ce soit ici ou ailleurs, sont commis

par des gens qui connaissent déjà leur victime, notamment dans un contexte familial ou dans des situations précisément de violences domestiques.

C'est dire, Mesdames et Messieurs, que vous êtes au cœur de l'un des sujets essentiels de sécurité. Ce n'est pas celui qui est toujours perçu comme tel. Les gens craignent beaucoup plus les agressions au coin d'un bois; mais comme ils n'y vont pas au coin du bois, ils ne risquent pas grand-chose. Les véritables agressions c'est évidemment celles qui se font dans un milieu fermé et ce sont vos travaux qui contribuent à aider les victimes et prévenir ce genre de crime et de délit.

Je vous souhaite un deuxième Forum fructueux!

III. Impacts des violences domestiques sur la santé en Suisse: Chiffres nationaux et interprétations.

Par **Mme Véronique Jaquier** - psychologue et criminologue, chargée de recherche à l'école des sciences criminelles de l'Université de Lausanne.

Ce texte résume quelques unes des données empiriques suisses relatives aux conséquences des violences domestiques sur la santé. Nous prendrons comme références deux études nationales sur la violence envers les femmes et la violence domestique, ceci afin de répondre au cadre qui nous était proposé. Nous n'aborderons pas les violences domestiques envers les hommes et leurs conséquences, car les recherches utilisées se sont exclusivement intéressées aux femmes. Enfin, même si nous ne les traitons pas directement ici, plusieurs études ont été conduites en Suisse dans des services d'accueil ou des services médicaux^a et sont à considérer.

LA VIOLENCE ENVERS LES FEMMES ET LES VIOLENCES DOMESTIQUES EN SUISSE

Deux études nationales portant sur la violence envers les femmes ont été conduites en Suisse: premièrement, l'étude de GILLIOZ, DE PUY et DUCRET (1997) portant spécifiquement sur la violence envers les femmes dans le couple et, deuxièmement, l'étude de KILLIAS, SIMONIN et DE PUY (2005) portant sur la violence envers les femmes en général, soit aussi bien dans un contexte privé que dans l'espace public.

L'étude réalisée par GILLIOZ et ses collègues (1997) inscrit la violence envers les femmes dans le couple dans une perspective de rapports sociaux de sexe et vise à la fois à mesurer l'ampleur de cette violence et à tenter d'en comprendre les causes. Pour ce faire, la recherche comprend deux parties: premièrement, une étude quantitative portant sur un échantillon représentatif de 1'500 femmes vivant en couple ou ayant vécu en couple dans les

^a En effet, plusieurs travaux ont été réalisés dans le cadre de la *Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence* à Genève (par exemple HALPÉRIN, 2003; TORREGGIANI, 2005), de l'*Unité de médecine des violences* à Lausanne (BURQUIER, 2007; HOFNER, PYTHON, MARTIN, GERVASONI, GRAZ, & YERSIN, 2005) ou encore de la Maternité *Inselhof Triemli* à Berne (GLOOR & MEIER, 2004) pour ne citer que quelques exemples. Voir également l'excellent ouvrage thématique édité par GILLIOZ, GRAMONI, MARGAIRAZ et FRY (2003) et portant sur la responsabilité des professionnels de la santé en matière de violences à l'égard des femmes.

douze mois précédant l'enquête. Deuxièmement, une étude qualitative comprenant une trentaine d'entretiens approfondis avec des victimes de violence.

La seconde recherche, conduite par KILLIAS et ses collègues (2005), fait partie d'un projet international, l'*International Violence Against Women Survey*. L'enquête suisse [CH-IVAWS] est une enquête téléphonique réalisée, entre avril et août 2003, auprès d'un échantillon représentatif de 1'975 femmes provenant des régions francophones et alémaniques de la Suisse. Contrairement à l'étude de GILLIOZ et al. (1997), cette recherche prend en considération l'ensemble des violences exercées à l'encontre des femmes qui que soit l'auteur. Il est donc question des violences des partenaires, mais également des violences commises par des collègues, des inconnus, des amis ou encore des membres de la famille. Pour les besoins de ce texte, nous ne considérerons que les violences commises au sein d'une relation de couple, présente ou passée.

A noter que, étant donné les différences conceptuelles et méthodologiques existant entre les deux études, il n'est ici nullement question d'en comparer directement les résultats. Néanmoins, parce qu'elles abordent différemment la problématique des conséquences des violences domestiques, il est intéressant de leur consacrer à toutes deux un espace propre.

Ampleur de la violence domestique envers les femmes en Suisse

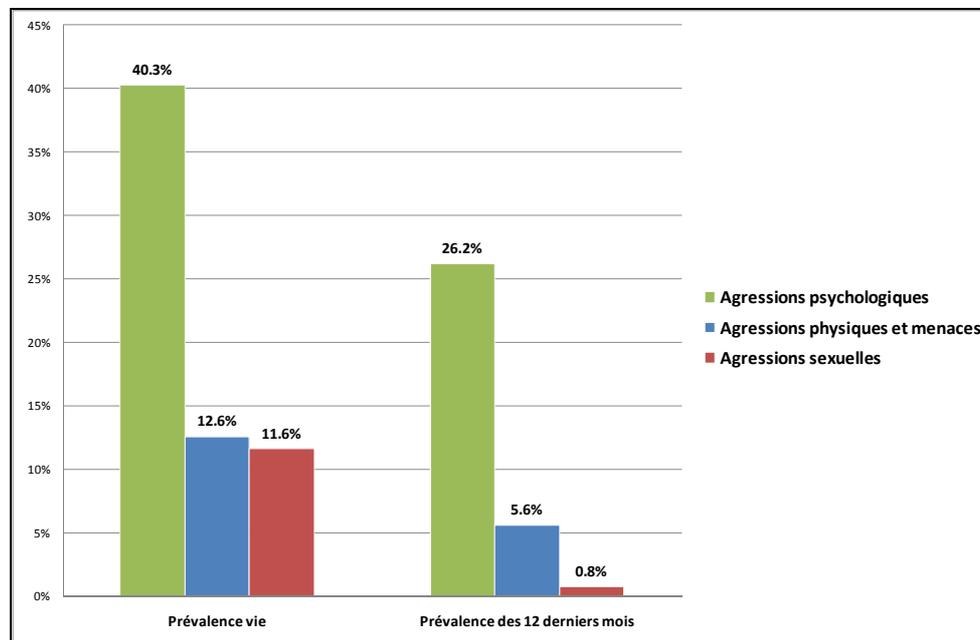
Avant de nous intéresser aux conséquences de la violence, il convient de présenter succinctement l'ampleur du phénomène, telle que mise en évidence respectivement par l'étude de GILLIOZ et al. (1997) et par celle de KILLIAS et al. (2005). Les définitions, les termes utilisés et les chiffres présentés sont propres aux auteurs respectifs de chacune des deux recherches.

L'étude de GILLIOZ et al. (1997)

GILLIOZ et al. (1997) distinguent entre agressions physiques, agressions sexuelles et agressions psychologiques. Le premier concept comprend des actes comme *pousser, gifler, empoigner, battre, jeter un objet, étrangler*, ou encore *menacer avec une arme*. La question relative aux agressions sexuelles fait référence à l'emploi de la force ou de menaces afin de contraindre à une relation sexuelle. Enfin, les auteurs englobent, sous le terme d'agression psychologique, des actes comme *insulter, injurier, menacer de frapper, empêcher de sortir* ou encore *casser un objet* (p. 73, ainsi que les annexes).

Parmi les 1500 femmes interrogées dans le cadre du volet quantitatif de l'étude, 12.6% rapportent avoir subi une agression physique de la part d'un partenaire au cours de leur vie. Ce pourcentage est de 11.6% pour les agressions sexuelles et de 40.3% pour les agressions psychologiques (Graphique 1). La seconde partie du graphique se réfère aux douze mois précédant le sondage; à nouveau les agressions psychologiques sont la forme la plus fréquente de violence. A noter cependant que le pourcentage d'agressions physiques durant les douze derniers mois est beaucoup plus élevé que celui des agressions sexuelles, alors que les prévalences vie étaient fortement semblables.

Graphique 1: Prévalence vie et 12 mois des violences domestiques selon l'étude de GILLIOZ et al. (1997)



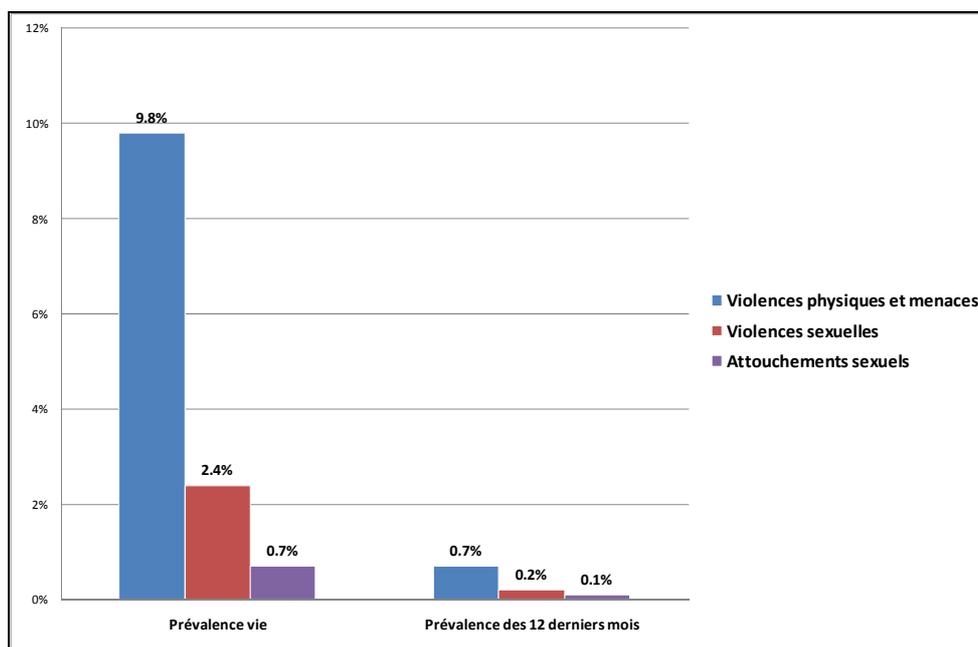
L'étude de KILLIAS et al. (2005)

Les types de victimisation mesurés dans l'étude de KILLIAS et al. (2005) touchent également à la violence physique et à la violence sexuelle. Les violences physiques comprennent des actes comme *pousser, frapper, gifler, étrangler* ou encore *menacer avec une arme*. La prévalence des menaces de violences physiques a également été mesurée. En ce qui concerne la victimisation sexuelle, le sondage fournit des informations sur les violences sexuelles – viol et tentative de viol – ainsi que sur les attouchements sexuels. La dimension psychologique de la violence a également été explorée – mais uniquement dans le cadre des relations de couple – avec notamment des questions concernant les comportements de

contrôle, les humiliations, les menaces ou les actes de violence envers des possessions de la partenaire.

Parmi les femmes interrogées, 1'882 d'entre elles étaient en couple ou avaient déjà eu une relation de couple au cours de leur vie; ce sous-ensemble est celui qui est utilisé pour les analyses ci-après. Au total^b, 10.5% de ces femmes rapportent avoir une fois subi des violences de la part d'un partenaire intime. Comme le montre le graphique ci-après, elles sont par exemple 9.8% à avoir subi des violences physiques et 2.4% à avoir subi des violences sexuelles (Graphique 2). La prévalence des attouchements sexuels est faible, dès lors que ce type de victimisation est plus fréquent lorsque victime et auteur ne se connaissent que peu, voire pas du tout. Les données concernant les douze derniers mois sont présentées dans la partie droite du graphique et témoignent d'un même rapport relatif entre les différentes formes de violence.

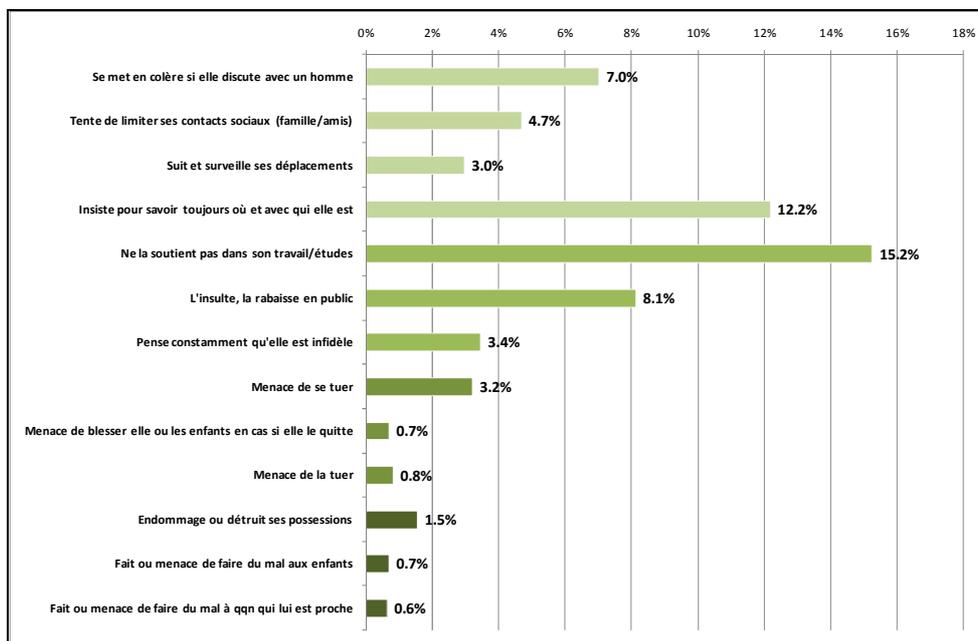
Graphique 2: Prévalence vie et 12 mois des violences domestiques selon l'étude de KILLIAS et al. (2005)



En ce qui concerne les comportements émotionnellement abusifs et de contrôle, parmi les 1'627 femmes en couple au moment de l'enquête, 33% d'entre elles ont rapporté une forme ou l'autre de comportements émotionnellement abusifs ou de contrôle (Graphique 3).

^b Les résultats pour l'ensemble des violences subies sont présentés en annexe, afin de mettre en perspective les chiffres relatifs aux violences des partenaires qui sont présentés ci-dessus.

Graphique 3: Prévalence des comportements abusifs et de contrôle selon l'étude de KILLIAS et al. (2005)



Synthèse

Comparer entre eux les résultats de différentes études s'avère toujours délicat, cela d'autant plus dans le domaine de la violence envers les femmes. Le fait de demander à une personne de révéler des informations intimes au téléphone ne se fait pas sans difficultés et chaque petit détail – de la présentation de la demande à la formulation des questions – a son importance. Si ces différences peuvent apparaître triviales à certains-es, de nombreux travaux ont montré que les études sur la violence envers les femmes sont extrêmement sensibles à leur contexte d'administration, aux définitions employées, aux questions utilisées, aux mots employés ou encore à leur enchaînement (par exemple FISHER & CULLEN, 2000; TJADEN, 2005). Il s'avère donc très délicat de tenter de comparer ici les résultats des études de GILLIOZ et al. (1997) et KILLIAS et al. (2005).

S'il n'est pas question ici de se livrer à une comparaison détaillée, nous nous proposons néanmoins de fournir quelques pistes au-à la lecteur-trice, en commençant par rappeler que ces deux études, bien que similaires, possèdent un certain nombre de différences; des différences qui expliquent, en partie du moins, les divergences de leurs résultats.

Première différence, la procédure d'échantillonnage utilisée dans les deux études n'est pas identique. La recherche de GILLIOZ et ses collègues a sélectionné uniquement des femmes

en couple ou récemment séparées, tandis que le CH-IVAWS a constitué un échantillon aléatoire de femmes, quelles que soient, ou qu'aient été, leurs relations de couple.

Deuxièmement, le contexte des études n'est pas identique: l'étude de KILLIAS et al. (2005) a été présentée comme une étude sur la sécurité des femmes dans le monde, tandis que l'étude de GILLOZ et al. (1997) a été introduite comme une étude sur les femmes vivant en couple et les problèmes qu'elles rencontrent. Le contexte proposé aux répondantes ne les amenait donc pas nécessairement à considérer les mêmes événements de vie. Par ailleurs, bien que présentées comme traitant des mêmes formes de violences (physiques, sexuelles,...), les définitions ne sont pas identiques et les questions utilisées non plus. Par exemple, l'étude publiée en 1997 ne comptait qu'une seule question sur le viol, tandis que le CH-IVAWS en comptait plusieurs, portant respectivement sur le viol, la tentative de viol et les attouchements sexuels. Autre exemple, les menaces sont abordées à la fois comme des violences physiques et comme des violences psychologiques, et cela de manière différente dans les deux recherches.

Enfin, autre point de divergence, la localisation des incidents dans le temps. Chez KILLIAS et al. (2005), les interviewers commençaient par interroger les répondantes sur d'éventuels antécédents de violence au cours de leur vie puis, dans un deuxième temps, il était demandé aux victimes de préciser la temporalité des incidents. Au contraire, l'étude de GILLIOZ et al. (1997) demandait directement aux femmes interrogées si elles avaient subi tel ou tel acte dans les douze derniers mois. Le deuxième mode de structuration aurait pour conséquence l'obtention de prévalences douze mois plus élevées.

Si les résultats de ces deux études ne se laissent donc pas directement comparer, toutes deux sont à considérer. Par ailleurs, en ce qui concerne la problématique des conséquences de la violence domestique, elles abordent toutes deux la question sous des angles différents. Après une brève contextualisation, nous leur consacrerons à chacune un espace propre.

LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES VIOLENCES DOMESTIQUES

Les travaux de recherche sur les conséquences de la violence envers les femmes distinguent généralement entre conséquences *létales* et *non létales* de la violence. Pour ce texte, nous nous concentrerons sur les conséquences non létales de la violence, dès lors que ce sont ces dernières qui sont illustrées dans les études empiriques que nous avons choisies comme références.

La violence envers les femmes est «*l'une des causes principales aussi bien de traumatismes aigus que d'affections médicales chroniques chez la femme*» (HALPERIN, 2003, p. 115). Comme l'ont montré de nombreuses études, tant en Suisse que dans le monde, les violences peuvent être à l'origine de virtuellement n'importe quel problème et touchent toutes les dimensions de la santé et du bien-être: santé physique des femmes, santé mentale, santé sexuelle et reproductive ou encore santé sociale (voir également les références complémentaires en fin de texte).

Les conséquences physiques de la violence domestique consistent le plus souvent en des lésions de formes et de gravité variées, lésions que l'on constate le plus souvent au niveau de la tête, de visage, de cou, du thorax, de la poitrine et de l'abdomen. Toutefois, les conséquences physiques ne sont pas uniquement liées aux coups infligés par le partenaire (traumatismes physiques), certaines pathologies chroniques peuvent également être perçues comme consécutives des violences (par exemple CAMPBELL, 2002; COKER, SMITH, BETHEA, KING, & MCKEOWN, 2000; DUTTON, GREEN, KALTMAN, ROESCH, ZEFFIRO, & KRAUSE, 2006; HALPERIN, 2003). Les relations entre violences domestiques et problèmes gynécologiques ont également souvent été mises en évidence (voir CAMPBELL, JONES, DIENEMANN, KUB, SCHOLLENBERGER, O'CAMPO et al., 2002; LETOURNEAU, HOLMES, & CHASEDUNN-ROARK, 1999). En ce qui concerne plus spécifiquement la santé mentale des victimes, les auteurs parlent notamment d'une estime de soi diminuée (KATZ, ARIAS, & BEACH, 2000; ZLOTNICK, JOHNSON, & KOHN, 2006), d'une perspective invalidante de soi (MCNAMARA & BROOKER, 2000; repris chez TORREGGIANI, 2005), de dépression et d'idées suicidaires (voir par exemple CASCARDI, DANIEL O'LEARY, & SCHLEE, 1999), ainsi que du syndrome de stress post-traumatique (pour références: JONES HUBBARD, HUGHES, & UNTERSTALLER, 2001; MECHANIC, 2004). Enfin, certain-e-s auteur-e-s considèrent que plusieurs comportements nocifs pour la santé peuvent être considérés comme des conséquences indirectes de la violence. Ainsi, la consommation d'alcool, de médicaments, de tabac ou encore de drogues peut elle se présenter de manière accrue chez les femmes victimes de violences (CAMPBELL, 2002; KILPATRICK, ACIERNO, RESNICK, SAUNDERS, & BEST, 1997; PLICHTA, 2004). Cependant, reprenant une réflexion de ROMITO (2004), nous noterons qu'il n'est pas toujours évident de distinguer les effets de la violence de ceux du contexte, de la relation abusive, de la réaction sociale ou de celle de l'entourage.

L'étude de GILLIOZ et al. (1997)

L'enquête quantitative réalisée par GILLIOZ et al. (1997) aborde la thématique des conséquences de la violence sous plusieurs angles. Adoptant comme toile de fond le stress psychosocial engendré par la violence, les auteures ont choisi d'interroger les répondantes sur (1) la perception subjective de leur état de santé général; (2) leur bien-être; et (3) leur sentiment de maîtrise sur leur propre vie. Elles ont par ailleurs examiné la fréquence avec laquelle les répondantes avaient recours à ce qu'elles mêmes qualifient de «palliatifs», à savoir (4) la consommation de médicaments, d'alcool ou des drogues.

Le fait que ces questions aient été posées à l'ensemble des répondantes, qu'elles aient ou non subi des violences dans les douze mois précédant l'enquête, permet aux auteures de faire des comparaisons entre le groupe des femmes victimes et celui des non victimes. Nous résumons ci-après certains des résultats présentés dans la recherche et renvoyons le lecteur au texte original (GILLIOZ et al., 1997, chapitre 8; résultats reproduits également dans DE PUY, GILLIOZ, & DUCRET, 2003) pour l'ensemble des résultats.

Auto-évaluation de la santé. En ce qui concerne l'appréciation subjective de leur santé, les femmes ayant subi des violences (psychologiques, physiques ou sexuelles) dans les douze derniers mois font état d'une santé générale moins bonne que les femmes n'ayant pas subi de violences. A noter que les violences psychologiques n'ont d'effets à ce niveau que si elles sont répétées (11 actes et plus dans les douze derniers mois).

Bien-être. Le bien-être des femmes victimes de violences apparaît également comme inférieur à celui des femmes n'ayant pas subi de violences. Les premières déclarent avoir plus de difficultés à vivre au quotidien, elles manquent plus souvent d'énergie et déclarent moins souvent prendre du plaisir dans leurs activités quotidiennes. Par ailleurs, les victimes de violences apparaissent à la fois plus tristes et plus anxieuses que les femmes du second groupe.

Maîtrise de sa vie et estime de soi. La troisième dimension considérée dans la recherche de GILLIOZ et al. (1997) est la perception de soi, à savoir à la fois le sentiment de maîtrise sur sa vie et l'estime de soi. Les victimes rapportent ainsi, beaucoup plus fréquemment que les non victimes, ne pas avoir d'influence sur leur propre vie. Par contre, on ne constate pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne la projection dans l'avenir. Quant à l'estime de soi, les auteures constatent effectivement une estime de soi significativement moindre dans le groupe des victimes, mais les différences sont faibles. A noter cependant

que c'est la violence physique qui semble ici avoir le plus d'influence négative sur l'estime de soi, et non la violence psychologique.

Consommation de palliatifs. Enfin, s'intéressant à la consommation de médicaments, d'alcool et de drogues, la recherche met en évidence une surconsommation chez les femmes victimes de violences. Ces dernières consomment deux fois plus de calmants et de tranquillisants que les femmes n'ayant pas subi de violences; elles consomment également plus fréquemment des somnifères et des antidépresseurs. La consommation d'alcool n'apparaît pas plus fréquente dans le groupe des victimes, tandis que le recours à la drogue ne concerne que deux femmes sur l'ensemble de l'échantillon, dont l'une des deux ayant été victimisée.

L'étude de KILLIAS et al. (2005)

Plusieurs indicateurs nous permettent de discuter des conséquences de la violence dans l'étude de KILLIAS et al. (2005). En effet, pour tout incident de violence survenu dans les cinq ans précédant le sondage, les victimes ont été invitées à répondre à un certain nombre de questions de détail, parmi lesquelles des questions sur les circonstances de l'incident aussi bien que sur ses conséquences, les réactions de la victime ou encore le rôle des autorités. Contrairement aux travaux de GILLIOZ et al. (1997), il n'est pas ici question de comparer victimes et non victimes, mais de déterminer quelles ont été les conséquences des incidents rapportés. Pour une analyse détaillée, le-la lecteur-trice pourra se référer au rapport complet de la recherche (KILLIAS et al., 2005), ainsi qu'au travail de CABRER (2008) utilisant les données de cette même étude et portant sur les conséquences de la violence selon ou non qu'il s'agit de violences domestiques.

Comme indiqué, les questions de détail du CH-IVAWS n'ont été posées qu'aux victimes des cinq dernières années. De plus, les auteur-e-s ont exclu les menaces et les attouchements sexuels de cette partie détaillée; les prévalences sont donc différentes de celles que nous indiquions en début de texte. Il n'est pas pertinent de distinguer ici entre les conséquences des violences physiques et celles des violences sexuelles, dès lors que les prévalences sont trop faibles. Les résultats sont considérés globalement, soit pour 29 victimes de violences domestiques, physiques et/ou sexuelles. L'échantillon analysé étant de taille restreinte, les observations doivent être considérées avec prudence.

Tableau 1: Conséquences et perceptions des violences domestiques

	% (n)
Victimes de violences domestiques durant les 5 dernières années	1.5 (29)
dont % de femmes ayant été blessées	41.4
dont % de femmes ayant été sérieusement blessées (soins médicaux)	24.1
dont % de femmes ayant parlé à un/e médecin/infirmière	20.7
dont % de femmes ayant parlé à un psychiatre/psychologue	20.7
dont % de femmes ayant consommé de l'alcool ou des médicaments par la suite	34.5
dont % de femmes ayant considéré l'incident comme très sérieux	72.4
dont % de femmes ayant craint pour leur vie	55.2

Source: Chiffres du CH-IVAWS, analyses V. Jaquier, 2008

Comme illustré dans le Tableau 1, 41.4% des victimes disent avoir été blessées à la suite de violences de la part d'un partenaire; dans un peu moins de la moitié des cas, ces blessures étaient suffisamment sérieuses pour nécessiter des soins médicaux. Les blessures consistent la plupart du temps en des bleus (83.3%) et des coupures (33.3%).

Il était également demandé aux victimes si elles avaient consommé de l'alcool ou des médicaments suite aux violences. La recherche montre que ce type de comportements concerne 34.5% des victimes de violences domestiques; le recours à l'alcool étant plus fréquent que le recours aux médicaments.

Enfin, près de trois-quarts des victimes ont considéré ces violences comme sérieuses, tandis que plus de la moitié ont craint pour leur vie.

DISCUSSION

Ces deux recherches nationales montrent bien que la violence a des conséquences multiples et variées qui touchent à bien des dimensions de la personne. L'étude conduite par GILLIOZ et al. (1997) montre que les femmes sont atteintes dans différentes dimensions de leur santé psychique et morale. Les auteures concluent de fait que les femmes victimes sont touchées «*au plus profond d'elles-mêmes, dans leur élan vital et leur sécurité intérieure*» (GILLIOZ et al., 1997, p. 104). De son côté, la recherche de KILLIAS et al. (2005) montre que les violences occasionnent très fréquemment des blessures et que le vécu des victimes

est loin d'être anodin dès lors que les victimes considèrent majoritairement l'incident comme sérieux et sont nombreuses à craindre pour leur vie.

Si besoin était, ces travaux attestent de la nécessité d'étudier plus en profondeur la question des conséquences de la violence sur la santé. Elles nous fournissent des pistes de réflexion, mais ne nous permettent pas d'analyser en détail ces conséquences. Pour ce faire, il convient de se tourner vers des recherches qualitatives portant spécifiquement sur la question des atteintes à la santé, et s'intéressant notamment au rôle que chacun-e peut être amené-e à jouer dans ce contexte (GILLIOZ et al., 2003).

Le-la professionnel-le de la santé constitue ainsi l'un-e des acteurs-trices de la surveillance de la violence domestique en tant que problématique de santé publique. Il-elle peut également avoir l'occasion de prévenir la multivictimisation en mesurant la complexité de ces situations, et il-elle constitue sans aucun doute une des portes d'entrée dans le réseau global de prise en charge des violences domestiques.

Enfin, s'il est vrai que le monde médical est aujourd'hui confronté à des victimes de violences domestiques, il convient également de nuancer ce propos en rappelant que si ces dernières sont plus souvent blessées, souffrent plus fréquemment de problèmes de santé divers et variés, sont plus souvent atteintes dans leur santé mentale et différentes dimensions de leur personnalité, toutes les victimes ne font pas nécessairement l'expérience de tels problèmes (ROMITO, 2003, 2004). Par ailleurs, ce n'est pas non plus parce qu'une femme est blessée qu'elle aura nécessairement recours à des soins médicaux; il arrive malheureusement souvent que des victimes ne fassent appel à aucun service de soutien, que celui-ci soit médical, social ou psychologique.

RÉFÉRENCES DU TEXTE

BURQUIER, R. (2007). *Consultation spécialisée. Profil des femmes victimes de violences graves*. Mémoire de DESS en criminologie. Université de Lausanne. École des sciences criminelles. Manuscrit non publié.

CABRER, B. (2008). *Conséquences physiques et psychologiques des violences envers les femmes. Leur gravité influence-t-elle les réactions de la victime?* Mémoire de Master en criminologie. Université de Lausanne. École des sciences criminelles. Manuscrit non publié.

CAMPBELL, J., JONES, A. S., DIENEMANN, J., KUB, J., SCHOLLENBERGER, J., O'CAMPO, P., et al. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-1163.

CAMPBELL, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336.

CASCARDI, M., DANIEL O'LEARY, K., & SCHLEE, K. A. (1999). Co-occurrence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Physically Abused Women. *Journal of Family Violence*, 14(3), 227-249.

COKER, A. L., SMITH, P. H., BETHEA, L., KING, M. R., & MCKEOWN, R. E. (2000). Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451-457.

DE PUY, J., GILLIOZ, L., & DUCRET, V. (2003). La famille, un havre de paix? La fin d'un mythe en Suisse. In L. GILLIOZ, R. GRAMONI, C. MARGAIRAZ & C. FRY (Eds.), *Voir et agir. Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes* (pp. 51-71). Genève: Médecine & Hygiène.

DUTTON, M. A., GREEN, B. L., KALTMAN, S. I., ROESCH, D. M., ZEFFIRO, T. A., & KRAUSE, E. D. (2006). Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 955-968.

FISHER, B. S., & CULLEN, F. J. (2000). Measuring the sexual victimization of women. Evolution, current controversies, and future research. In D. DUFFEE (Ed.), *Criminal Justice 2000. Measurement and analysis of crime and justice* (pp. 317-390). Washington, DC: U.S. Department of Justice. National Institute of Justice.

GILLIOZ, L., DE PUY, J., & DUCRET, V. (1997). *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne, Suisse: Payot.

GILLIOZ, L., GRAMONI, R., MARGAIRAZ, C., & FRY, C. (2003). *Voir et agir. Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes*. Genève: Médecine & Hygiène.

GLOOR, D., & MEIER, H. (2004). Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie. In. Bern, Schweiz: Soziothek.

HALPERIN, D. S. (2003). L'impact des violences sur la santé. In L. GILLIOZ, R. GRAMONI, C. MARGAIRAZ & C. FRY (Eds.), *Voir et agir. Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes* (pp. 115-128). Genève: Médecine & Hygiène.

HOFNER, M. C., PYTHON, N. V., MARTIN, E., GERVASONI, J. P., GRAZ, B., & YERSIN, B. (2005). Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emerg Med J*, 22(7), 481-485.

JONES HUBBARD, L., HUGHES, M., & UNTERSTALLER, U. (2001). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence: A Review of the Research. *Trauma, Violence, and Abuse*, 2(2), 99-119.

KATZ, J., ARIAS, I., & BEACH, S. R. H. (2000). Psychological abuse, self-esteem, and women's dating relationship outcomes. A Comparison of the Self-Verification and Self-Enhancement Perspectives. *Psychology of Women Quarterly*, 24(4), 349-357.

KILLIAS, M., SIMONIN, M., & DE PUY, J. (2005). *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results from the International Violence against Women Survey (IVAWS)*. Bern, Switzerland: Staempfli.

KILPATRICK, D. G., ACIERNO, R., RESNICK, H. S., SAUNDERS, B. E., & BEST, C. L. (1997). A 2-Year Longitudinal Analysis of the Relationships Between Violent Assault and Substance Use in Women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65(5), 834-847.

LETOURNEAU, E. J., HOLMES, M., & CHASEDUNN-ROARK, J. (1999). Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 9(2), 115-120.

MCNAMARA, J. R., & BROOKER, D. J. (2000). The Abuse Disability Questionnaire: A New Scale for Assessing the Consequences of Partner Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(2), 170-183.

MECHANIC, M. B. (2004). Beyond PTSD: Mental Health Consequences of Violence Against Women A Response to Briere and Jordan. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1283-1289.

PLICHTA, S. B. (2004). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. Policy and Practice Implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296-1323.

ROMITO, P. (2003). Comment les services sociaux et de santé répondent-ils aux besoins des femmes violentées? In L. GILLIOZ, R. GRAMONI, C. MARGAIRAZ & C. FRY (Eds.), *Voir et agir. Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes* (pp. 177-191). Genève: Médecine & Hygiène.

ROMITO, P. (2004, 24 septembre). *The consequences of violence for health : A struggle to demonstrate the obvious?* Présentation donnée lors de la Co-ordination Action on Human Rights Violations. First annual conference, Osnabrueck, Allemagne.

TJADEN, P. (2005). *Defining and measuring violence against women: Background, issues, and recommendations*. Geneva, Switzerland: United Nations Division for the Advancement of Women.

TORREGGIANI, C. (2005). *La violence conjugale envers les femmes et ses conséquences sur la santé. Influence de sept paramètres et points de vue des femmes concernées*. Université de Genève. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Mémoire de DESS en psychologie clinique. Manuscrit non publié.

ZLOTNICK, C., JOHNSON, D. M., & KOHN, R. (2006). Intimate Partner Violence and Long-Term Psychosocial Functioning in a National Sample of American Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 262-275.

QUELQUES RÉFÉRENCES SUPPLÉMENTAIRES

BREIDING, M. J., BLACK, M. C., & RYAN, G. W. (2005). Chronic Disease and Health Risk Behaviors Associated with Intimate Partner Violence - 18 U.S. States/Territories. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 538-544.

CAMPBELL, J. C., & LEWANDOWSKI, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Anger, Aggression and Violence, 20*(2), 353-373.

GOLDING, J. (1996). Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly, 20*(1), 101-121.

HELWEG-LARSEN, K., & KRUSE, M. (2003). Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scand J Public Health, 31*(1), 51-57.

JASPARD, M., BROWN, E., CONDON, S., FIRDION, J.-M., FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D., HOUEL, A., *et al.* (2002). *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*. Paris, France: La Documentation Française.

MECHANIC, M. B., WEAVER, T. L., & RESICK, P. A. (2008). Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse: A Multidimensional Assessment of Four Different Forms of Abuse. *Violence Against Women, 14*(6), 634-654.

ROMITO, P., MOLZAN TURAN, J., & DE MARCHI, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine, 60*(8), 1717-1727.

STENIUS, V. M. K., & VEYSEY, B. M. (2005). "It's the Little Things": Women, Trauma, and Strategies for Healing. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(10), 1155-1174.

STRAIGHT, E. S., HARPER, F. W. K., & ARIAS, I. (2003). The impact of partner psychological abuse on health behaviors and health status in college women. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(9), 1035-1054.

STREET, A. E., & ARIAS, I. (2001). Psychological Abuse and Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Examining the Roles of Shame and Guilt. *Violence and Victims, 16*(1), 65-78.

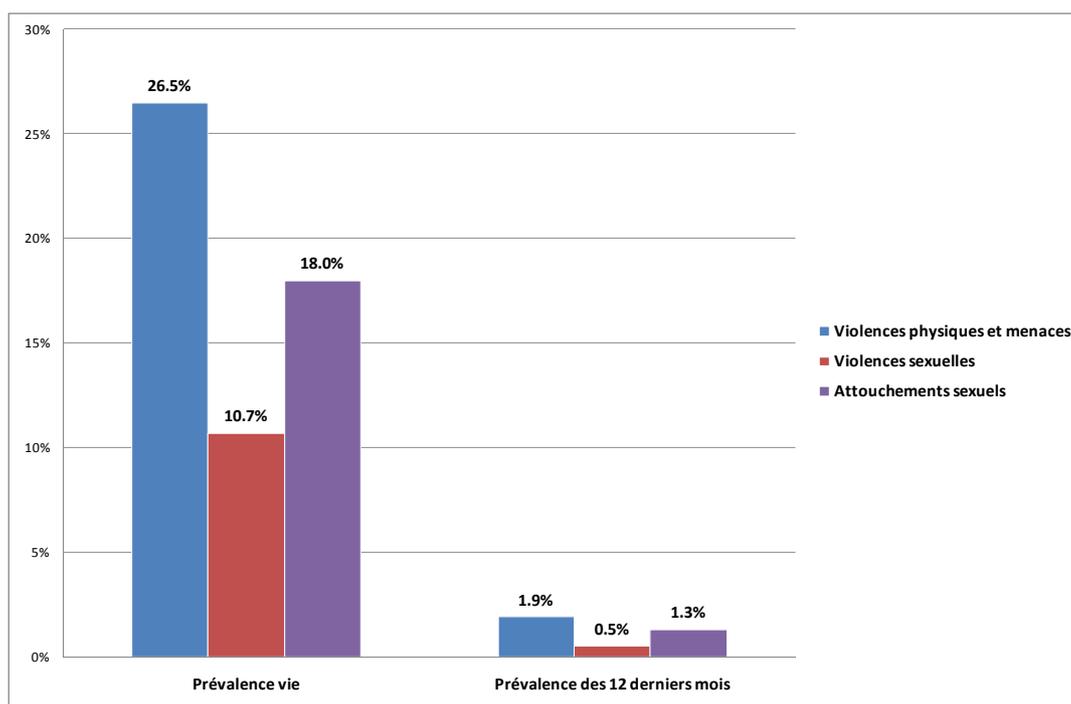
TEMPLE, J. R., WESTON, R., RODRIGUEZ, B. F., & MARSHALL, L. L. (2007). Differing Effects of Partner and Nonpartner Sexual Assault on Women's Mental Health. *Violence Against Women, 13*(3), 285-297.

THOMPSON, M. P., ARIAS, I., BASILE, K. C., & DESAI, S. (2002). The Association Between Childhood Physical and Sexual Victimization and Health Problems in Adulthood in a Nationally Representative Sample of Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(10), 1115-1129.

TJADEN, P., & THOENNES, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Findings from the National Violence Against Women Survey* (No. NCJ 181867). Washington, DC and Atlanta, GA: U.S. Department of Justice. National Institute of Justice, and U.S. Department of Mental and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

ANNEXE

Prévalence vie et 12 mois des violences envers les femmes (tout agresseur) selon l'étude de KILLIAS et al. (2005)



© Véronique JAQUIER, 2008

École des sciences criminelles

Institut de criminologie et de droit pénal

Université de Lausanne

Veronique.jaquier@unil.ch

IV. Impacts de la violence conjugale sur la santé physique.

Par le **Docteur Daniel S. Halpérin** - pédiatre, médecin-adjoint agrégé responsable de la Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV), Hôpitaux universitaires de Genève.

Madame la Directrice générale,
Monsieur le Délégué,
Mesdames et Messieurs,

Madame Jaquier, merci de cette transition. Puisque vous avez appelé le médecin à entrer dans le réseau, me voici !

Il m'a été demandé de traiter de l'impact de la violence sur la santé physique : entrons immédiatement dans le vif du sujet.

Première patiente: Madame F. 80 ans. Hospitalisée en ophtalmologie en raison d'un œil rouge et douloureux. Diagnostic glaucome aigu. La cause de ce glaucome aigu n'est pas précisée.

Patiente 1

- Mme M.F., 80 ans
- Hospitalisée en Ophtalmologie :
œil rouge et douloureux
- Diagnostic : glaucome aigu
- Cause : ?



[Photo : Dr F.-X. Borruat, Lausanne]

Deuxième patiente: une jeune femme de 26 ans est atteinte d'une crise d'asthme sévère sur la voie publique. Elle perd connaissance et est hospitalisée en unité de soins intensifs. On ne

connaît pas très bien le contexte où survient cette crise d'asthme dont elle se remet au bout de deux jours.

Patiente 2

- Mme E.J., 26 ans
- Crise d'asthme sévère avec perte de connaissance survenue sur la voie publique
- Contexte ?
- Hospitalisation aux soins intensifs



Troisième patiente: une jeune femme se présente aux urgences en raison d'une brusque hémorragie vaginale d'origine non précisée. Il faut la transfuser d'urgence et l'opérer. On découvre une déchirure importante du vagin qui est suturée. Les suites post-opératoires sont sans complication.

Patiente 3

- Mme S.P., 26 ans
- Brusque hémorragie génitale d'origine indéterminée.
- Choc hypovolémique justifiant un rapide déchocage par transfusion.
- Exploration chirurgicale : déchirure de 7 cm du dôme vaginal. La lésion peut être suturée et l'hémorragie, évaluée à 2 litres, stoppée.



Entre ces patientes 1, 2 et 3 quels points communs?

- D'abord, ce sont toutes les trois des femmes.

- Ensuite, elles présentent toutes les trois des pathologies dont la cause primaire, ou le facteur déclenchant, ou le contexte semblent, à première vue, peu clairs ou inconnus. D'une manière générale, j'ai appris comme médecin que, dans ce type de contexte, on devrait ne pas omettre de suspecter des violences.
- Et précisément, ces trois femmes ont subi des violences. La première a reçu un coup sur l'œil qui a causé un glaucome traumatique. La deuxième a subi une agression verbale, puis un "coup de boule" qui ont déclenché une crise d'asthme. Et la troisième a été violée d'une manière particulièrement brutale.

Patientes 1, 2 et 3

Quoi de commun entre elles ?

1. Ce sont des **femmes**.
2. Elles présentent des **pathologies dont la cause primaire ou le contexte sont inconnus**, ce qui doit faire suspecter des violences.
3. Elles ont en effet subi des **violences** : coup sur l'œil, agression verbale et « coup de boule », viol.

L'impact de la violence sur la santé est tel que l'OMS définit la violence comme étant "l'usage intentionnel ou la menace d'usage de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, une personne, un groupe ou une communauté, et entraînant ou risquant fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou celle qui en est victime". Il est ainsi établi un lien explicite entre la violence et ses effets sur la santé.

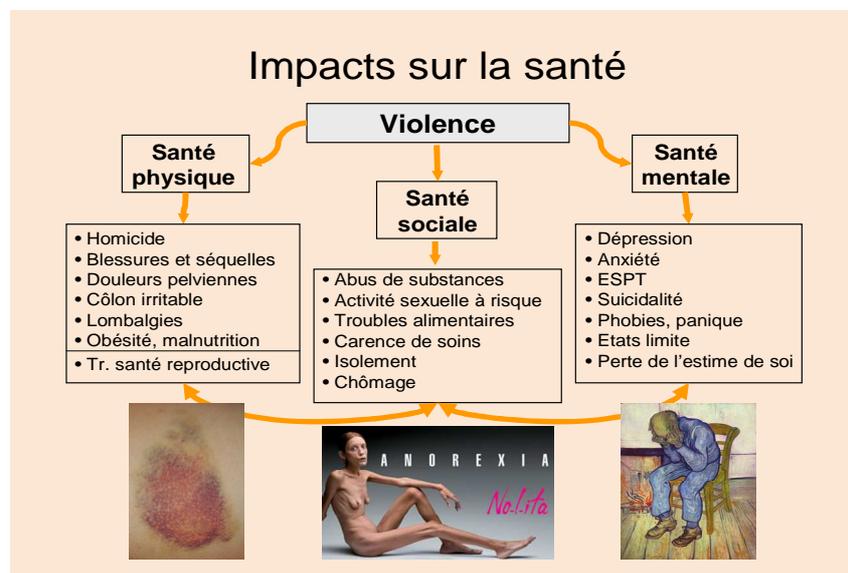
Définition

Violence : « l'usage intentionnel ou la menace d'usage de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, une personne, un groupe ou une communauté, et entraînant ou risquant fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou celle qui en est victime ».

[OMS, 1997]

La santé est un très vaste champ. L'OMS la définit selon trois axes: la santé physique, la santé sociale et la santé mentale. La violence a des impacts sur ces trois axes, lesquels, d'ailleurs interagissent entre eux.

- Santé physique: la violence est une cause de mort par homicide, de blessures et de séquelles de blessures; de douleurs pelviennes, digestives, dorsales; elle est aussi associée à toutes sortes de tableaux douloureux, à des problèmes d'obésité ou de malnutrition, ainsi qu'à des atteintes variées de la santé reproductive.
- Santé mentale: la violence est souvent associée, sans en être, bien sûr, la cause unique, à la dépression, aux troubles anxieux, à l'état de stress post-traumatique, à la suicidalité, aux attaques de phobies ou de panique, aux états-limite et à la perte de l'estime de soi.
- Santé sociale: l'abus de substances, les comportements sexuels à risque, les troubles alimentaires, l'absence ou la carence de soins, l'isolement, le chômage sont des problématiques fréquemment associées à la violence, à la fois comme causes et comme conséquences.



Examinons de plus près ce que nous disent quelques études épidémiologiques sur les impacts de la violence sur la santé, en nous focalisant sur l'axe de la santé physique. Voici d'abord une étude américaine de 2002 où l'état de santé de 1'000 femmes ayant vécu des violences conjugales au cours de l'année écoulée est comparé à celui de 1'000 autres femmes n'en ayant pas vécu, le but étant de déterminer l'impact des violences sur la santé des femmes violentées. La colonne centrale concerne ces dernières, celle de droite les

femmes non violentées. Sans commenter chaque ligne, je souhaite mettre en évidence la perception que ces femmes ont de leur propre santé. C'est un facteur très subjectif : "Est-ce que je suis en bonne santé?". Mais c'est un indicateur important car, sur le plan de l'économie de la santé publique, c'est lui qui détermine si vous allez voir le médecin ou pas, ou si vous allez chez le pharmacien chercher des médicaments. Or, 12% environ des femmes ayant subi des violences conjugales s'estiment en mauvaise santé contre 6% des femmes du groupe "contrôle". Plus spécifiquement, les femmes victimes de violences souffrent davantage de maux de tête (48% contre 35%), de douleurs dorsales (40% contre 25%), de maladies sexuellement transmissibles (6% contre 2%), de saignements vaginaux (17% contre 6%). On relève aussi chez elles plus souvent des infections vaginales, des douleurs pelviennes, des douleurs pendant les rapports sexuels, et des infections urinaires. A quoi s'ajoutent des problématiques liées à l'exposition répétée au stress, comme la perte d'appétit, les douleurs abdominales et les problèmes digestifs. Enfin, on note (à la hauteur de la flèche bleu pâle qui indique une différence intéressante mais non significative statistiquement parlant) une augmentation de la fréquence des états grippaux chez les femmes ayant vécu de la violence, ce qui entrouvre un domaine de recherche passionnant sur les effets de la violence sur le système immunitaire.

Table 2. Perceptions of General Health and Health Problems Reported by Abused and Never Abused Women in the Past Year (Weighted)*

Variable	Abused Women (n = 980)†	Never Abused Women (n = 1000)
General health		
Excellent‡	250 (26)	349 (35)
Poor‡	122 (12)	58 (6)
CNS problems		
Headaches‡	473 (48)	349 (35)
Fainting	66 (7)	26 (3)
Back pain§	389 (40)	252 (25)
Seizures	4 (<1)	0
GYN symptoms or conditions		
STDs§	63 (6)	23 (2)
HIV	5 (<1)	22 (2)
Vaginal bleeding§	165 (17)	65 (6)
Vaginal infection§	297 (30)	212 (21)
Pelvic pain‡	169 (17)	86 (9)
Painful intercourse§	126 (13)	69 (7)
Fibroids	111 (11)	143 (14)
Urinary tract infection‡	216 (22)	125 (12)
ChS symptoms or conditions		
High blood pressure	137 (14)	111 (11)
Loss of appetite‡	89 (9)	31 (3)
Abdominal pain‡	211 (22)	112 (11)
Digestive problem‡	345 (35)	192 (19)
Bad cold or flu	292 (30)	217 (22)

[Campbell J et al, Arch Intern Med, 2002]

*Data are given as number (percentage) of women. Levels of statistical significance are based on an unweighted logistic regression controlled for marital status, race, educational level, and income. CNS indicates central nervous system; GYN, gynecological; STD, sexually transmitted disease; HIV, human immunodeficiency virus; ChS, chronic stress related.
†The abuse occurred between January 1, 1989, and December 31, 1997.
‡The difference between the 2 groups is significant ($P \leq .05$).
§The difference between the 2 groups is significant ($P \leq .01$).

Une autre étude, également américaine, porte sur 70'000 sujets, hommes et femmes, victimes de violences conjugales. Parmi les femmes, 25% avaient vécu des violences conjugales dans les cinq années précédant l'enquête, alors que chez les hommes ce taux était de 15%. Les colonnes indiquant "aOR" nous donnent le « adjusted odd ratio », c'est-à-dire le "risque relatif ajusté" (ajusté en fonction de divers paramètres épidémiologiques pour

tenir compte de la diversité des patients interrogés). Un chiffre de 2 signifie que le risque est doublé par rapport au groupe contrôle. Les chiffres en rouge sont ceux qui sont statistiquement significatifs, c'est-à-dire qu'ils sont à interpréter comme des données solides, et non pas dues au seul hasard. Chez les femmes comme chez les hommes (mais de façon un peu plus nette chez les premières), on constate que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires, les troubles articulaires, l'asthme et la limitation des activités quotidiennes sont presque deux fois plus fréquents en cas de violences. Les comportements à risque sont également plus fréquents, en particulier sur le plan sexuel (rapports sexuels non protégés, partenaires multiples). On remarque aussi que ces femmes et ces hommes confrontés à la violence se soucient moins de leur santé (chiffre inférieur à 1), avec moins de check-up médicaux réguliers et, pour les femmes, une moindre consommation de légumes !

Violence conjugale et santé (70'000 sujets, USA)

	Femmes		Hommes	
	aOR	95% CI	aOR	95% CI
Problèmes de santé				
Maladie cardiaque	1.7	1.4-2.1	1.3	1.0-1.6
Accident vasculaire	1.8	1.4-2.2	1.4	1.0-2.0
Troubles articulaires	1.7	1.6-1.9	1.4	1.2-1.6
Asthme	1.6	1.4-1.8	1.4	1.1-1.8
Limitation activités quotidiennes	2.1	1.9-2.3	1.8	1.5-2.1
Comportements à risque				
Risque HIV	3.1	2.4-4.0	2.7	2.0-3.6
Tabagisme actuel	2.3	2.1-2.5	1.9	1.7-2.2
Consommation excessive d'alcool	1.7	1.5-2.0	1.7	1.4-1.9
Comportements positifs				
Check up médical	0.9	0.8-1.0	0.8	0.7-0.9
Légumes	0.9	0.8-1.0	1.0	0.8-1.1

[Breiding MJ et al. Ann Epidemiol, 2008]

Une autre étude, danoise celle-ci, a permis d'identifier de manière précise, 1'815 femmes ayant vécu des violences domestiques et ayant consulté en milieu hospitalier tout au long d'une année. Les principales lésions constatées chez elles se situent à la tête et au cou.

Consultations hospitalières annuelles pour blessures intentionnelles subies par des femmes sur leur lieu de résidence (Danemark)

Type de lésion	Age 15-19	Age 20-29	Age 30-49	Total
Tête / Cou	88	316	554	958
Tronc	15	41	81	137
Membre supérieur	41	79	163	283
Membre inférieur	10	20	45	75
Lésions multiples	32	92	198	322
Maltraitance	1	16	23	40
Total	187	561	1064	1815

[Helweg-Larsen K, Kruse M. Scand J Public Health, 2003]

Les traumatismes crâniens sont donc fréquents dans les situations de violences domestiques, et leurs conséquences ne doivent pas être sous-estimées. Ainsi, parmi 51 femmes victimes de violences conjugales et traitées dans des services d'urgences urbains, 30% ont souffert au moins une fois d'une perte de connaissance!

Traumatismes crâniens

Parmi 51 femmes victimes de violences conjugales et traitées dans des services d'urgence urbains, **30% avaient souffert au moins une fois d'une perte de connaissance.**

[Corrigan JDP et al., Am J Obstet Gynecol, 2003]

De même, les auteurs de violences conjugales s'en prennent volontiers au cou de leur victime : une étude publiée en 2001 montre que parmi 62 femmes victimes de violences conjugales et hébergées en foyer, 42 (68%), avaient subi au moins un acte de strangulation.

Strangulation

Parmi 62 femmes victimes de violences conjugales et hébergées en foyer, **42 (68%) avaient subi au moins un acte de strangulation.**

[Wilbur L et al., J Emerg Med, 2001]

Je ne connais pas les chiffres exacts de la mortalité due à la violence domestique. Par contre, des études américaines montrent que 30% des homicides commis sur des femmes sont le fait de leur partenaire ou de leur ex-partenaire. Ce chiffre passe même à 40% si on ne tient compte que des auteurs que la police a pu identifier. Donc, si une femme est victime

d'un homicide, il y a près d'une chance sur deux pour que celui-ci ait été commis par son conjoint ou ex-conjoint, ou par son partenaire ou ex-partenaire.

Mortalité

USA 1976-96 : environ **30% des homicides de femmes sont commis par leur (ex-)partenaire** (40% si on ne tient compte que des auteurs identifiés).

[Plichta SB, J Interpers Violence, 2004]

Revenons sur l'étude danoise précédemment évoquée : ces 1'815 femmes (classées en catégories d'âge : 15-19 ans, 20-29 ans, et 30-49 ans), ont consulté à l'hôpital deux fois plus souvent que la population contrôle (RR = risque relatif). Une interruption volontaire de grossesse se retrouve deux à trois fois plus fréquemment que dans la population contrôle, surtout chez les femmes les plus jeunes, et les maladies gynécologiques, particulièrement dans le groupe des adolescentes ou jeunes adultes, sont multipliées par quatre.

Consultations hospitalières annuelles par 1815 femmes victimes de violence domestique (Danemark)

	RR	95 % CI
Toute maladie		
15-19	2.0	1.7-2.2
20-29	2.2	2.0-2.3
30-49	2.6	2.4-2.7
IVG		
15-19	2.2	1.1-3.3
20-29	3.0	2.3-3.7
30-49	1.8	1.2-2.4
Maladie gynécologique		
15-19	4.1	2.0-6.3
20-29	1.7	1.2-2.1
30-49	1.2	1.0-1.5

[Helweg-Larsen K, Kruse M. Scand J Public Health, 2003]

Une autre étude, norvégienne, va dans le même sens. Elle relève en particulier que, si l'on est victime de violences conjugales, le risque de se sentir en mauvaise santé est multiplié par deux, comme l'est celui d'une limitation des activités quotidiennes, de la consommation de médicaments, ou encore de plaintes psychosomatiques ou gynécologiques.

Violence conjugale et santé (2143 femmes, Norvège)

	aOR	95% CI
Mauvaise santé	2.4	1.5-3.8
Limitation activités quotidiennes	2.3	1.5-3.4
Sous médicaments prescrits	1.8	1.4-2.2
Plaintes psychosomatiques	1.9	1.4-2.4
Plaintes gynécologiques	1.9	1.5-2.4

[Nerøien A.I. et al., Scand J Pub Health, 2008]

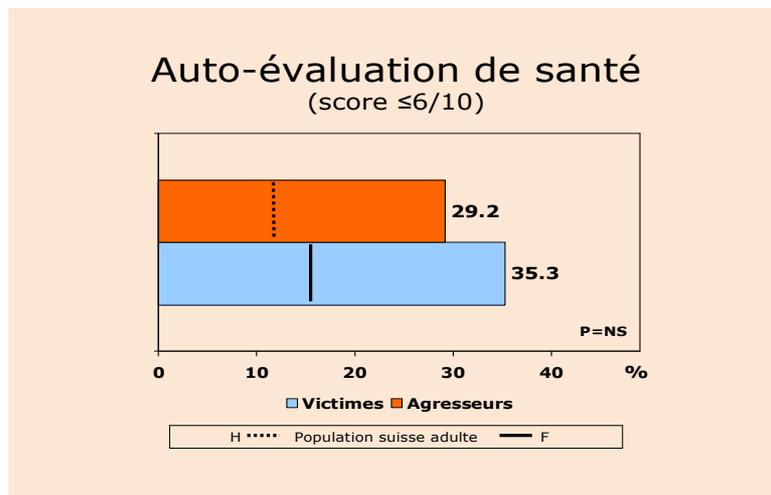
Tout ceci est encore confirmé par une étude pilotée par l'OMS dans une dizaine de pays et récemment publiée dans la prestigieuse revue médicale The Lancet : là encore, chez les femmes violentées, le risque de se sentir en mauvaise santé augmente de près de deux fois, de même que celui d'éprouver – sur le court terme - des difficultés à la marche, des difficultés dans la vie quotidienne, des douleurs, des troubles de mémoire, des vertiges et/ou des pertes vaginales. Plus impressionnant encore est le risque de passage à l'acte suicidaire qui est multiplié par quatre.

Problèmes de santé parmi 19568 femmes exposées à VC dans 10 pays

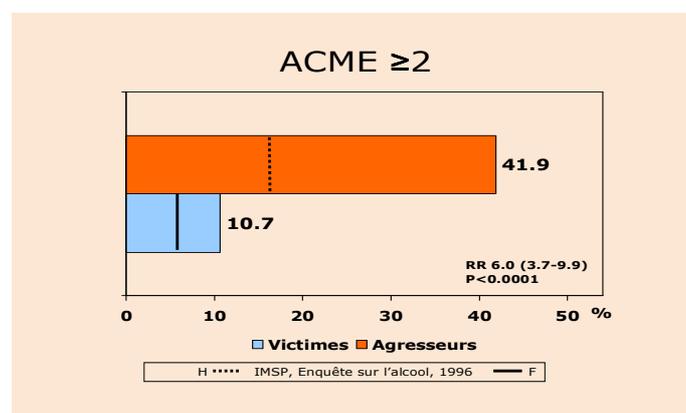
	aOR	95% CI
Auto-évaluation de santé : mauvaise/très mauvaise	1.6	1.5-1.8
Difficultés à la marche 4 dernières semaines	1.6	1.5-1.8
Difficultés vie quotidienne 4 dernières semaines	1.6	1.5-1.8
Douleurs 4 dernières semaines	1.6	1.5-1.7
Troubles de mémoire 4 dernières semaines	1.8	1.6-2.0
Vertiges 4 dernières semaines	1.7	1.6-1.8
Pertes vaginales 4 dernières semaines	1.8	1.7-2.0
Tentative(s) de suicide	3.8	3.3-4.5

[Elsberg M et al. Lancet 2008]

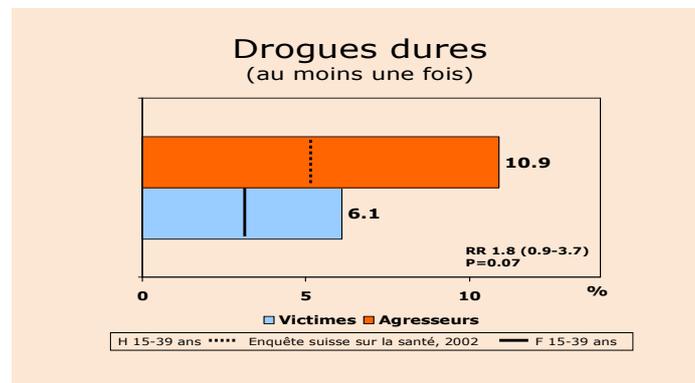
Genève n'est pas restée à l'écart de ces recherches sur l'impact de la violence sur la santé physique. Parmi les patientes et patients vus à la Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence aux Hôpitaux universitaires de Genève, nous avons pu - et c'est là l'originalité de notre travail - évaluer les problématiques de santé, non seulement des victimes mais aussi des auteurs de violences. Ce qui nous a permis de constater que si les femmes victimes de violences domestiques sont atteintes dans leur santé, les hommes auteurs de violences domestiques ne le sont pas moins ! Certes, et cela se comprend aisément, les blessures corporelles sont moins fréquentes chez les auteurs que chez les victimes. Mais sur d'autres plans, comme par exemple la perception subjective de la santé, les auteurs (en orange) se jugent en médiocre ou mauvaise santé dans une proportion de 29%, soit presque trois fois plus souvent que dans la population suisse.



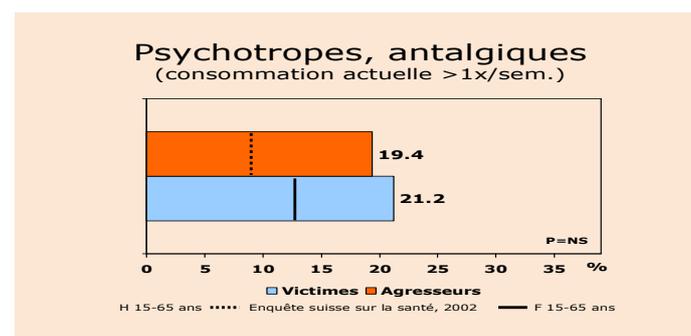
La consommation d'alcool augmente chez les auteurs de violences : 42% d'entre ont une consommation à risque définie par un score « ACME » ≥ 2 , contre environ 17% dans la population générale. Cette augmentation est aussi perçue chez les femmes mais de manière moins nette : 11% contre 6%.



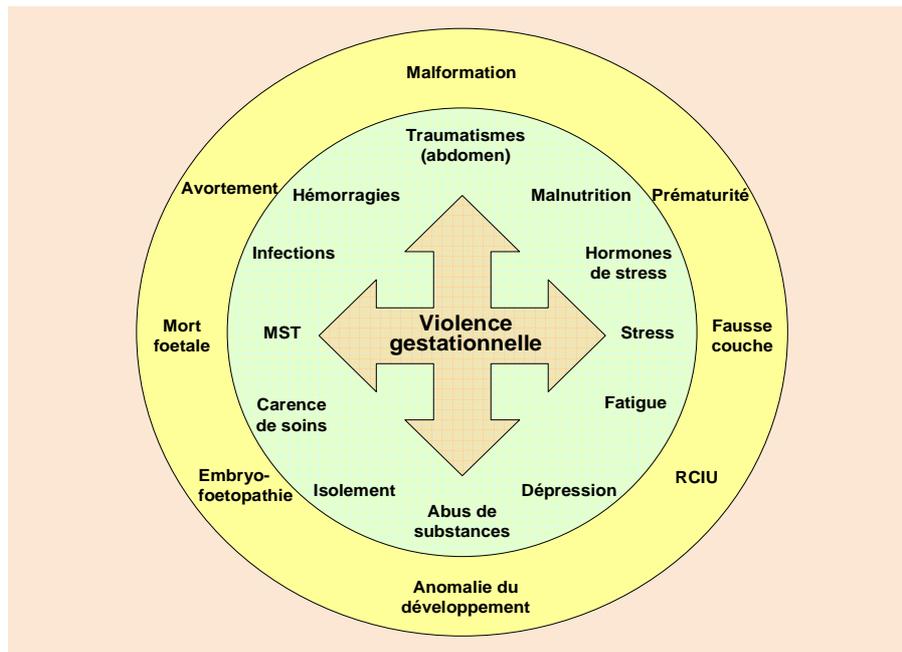
Le constat est le même pour les drogues dures...



...ainsi que pour les psychotropes et les antalgiques, que les patient-e-s consomment parfois en auto-médication.



Penchons-nous à présent sur la problématique particulière des atteintes à la santé reproductive. Ce schéma vous montre que la violence qui se déroule pendant la grossesse peut avoir des répercussions multiples, non seulement sur l'état psychique de la personne, et sur son niveau de stress, mais également du fait d'hémorragies, de décollements placentaires, de carences de soins, de maladies sexuellement transmissibles, de prématurité, de fausses couches, d'anomalies du développement, etc. Les trajectoires de morbidité sont variées. Par exemple, un coup sur l'abdomen peut provoquer une hémorragie placentaire, responsable à son tour d'un avortement traumatique et d'une mort fœtale. Ou bien, sous les effets directs et indirects du stress, le bébé grandit mal et se présente à la naissance avec un retard de croissance intra-utérin (RCIU). Ou encore, la future mère, déprimée par la situation de violence qui l'accable, peut trouver refuge et bien-être dans la consommation de substances toxiques (alcool, drogues) et provoquer une embryo- ou une fœtopathie telle que le syndrome alcoolo-fœtal, avec à la clé la naissance d'un enfant présentant des malformations et/ou des anomalies du développement.



La grossesse est donc une période de la vie qui n'est pas aussi calme, sereine et heureuse qu'on voudrait le croire. L'étude suivante, qui provient encore des Etats-Unis, nous invite même à découvrir que la principale cause de mort en cours de grossesse ou dans l'année qui la suit est l'homicide : sur 247 femmes décédées, 50, soit un quart d'entre elles, ont été assassinées !

Mortalité associée à la grossesse

(Maryland 1993-98)

Cause	Total	Pendant grossesse	Après accouchement ou interruption	
			<42 j.	42 - 365 j.
Toutes	247	53	84	103
Homicide	50	23	3	24
Cardiovasculaire	48	5	21	18
Embolie	21	5	14	2
Accidents	18	6	2	10
Hémorragie	17	7	9	0
HTA gravidique	16	0	15	1
Infection	16	0	7	8
Néoplasie	15	0	0	15
Abus substances	13	1	3	9
Suicide	7	2	0	5
Autres causes	26	4	10	11

Horon IL, Cheng D. JAMA 285:1455-9, 2001

On constate aussi que l'impact des violences sur la santé se propage sur les autres membres de la famille, qui ne sont pas directement victimes de violences conjugales. Dans une famille où la violence conjugale est fréquente, le risque que les enfants soient eux aussi

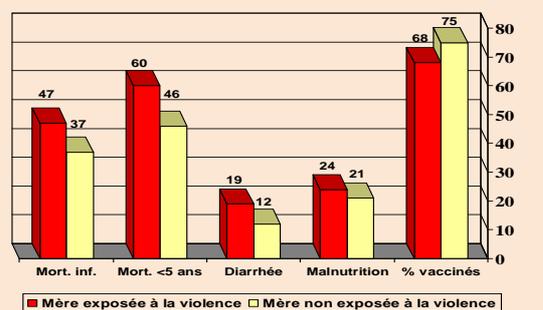
physiquement maltraités est très grand. Ces enfants sont 57 fois plus à risque d'être blessés que les enfants élevés dans des familles sans violences ; dans 40% des cas ces blessures surviennent lorsque l'enfant tente d'intervenir et il faut se souvenir à ce sujet que les parricides par des adolescents sont le plus souvent commis dans un moment où le jeune essaie de défendre sa mère.

Impacts sur la santé de l'enfant (1)

- Les enfants de mères battues sont **57 fois plus à risque d'être blessés** que les autres.
[Parkinson GW et al., Pediatrics, 2001]
- Dans 39% des cas, ces blessures surviennent alors que l'enfant tente d'intervenir.
- Près de 50% ont moins de 2 ans (parmi lesquels 59% sont tenus dans les bras de la mère au moment de la blessure).
[Christian CW et al., Pediatrics, 1997]

Indirectement la violence sur la mère a aussi des effets sur les enfants. Une étude sud-américaine montre, par exemple, que les enfants sont moins souvent vaccinés - 68% contre 75% - lorsque leur maman est victime de violences conjugales. Ils ont aussi plus souvent des problèmes de malnutrition, de diarrhées, et une mortalité plus élevée pendant la petite enfance. On peut supposer que ces différences traduisent le fait qu'il est plus difficile pour une mère, lorsqu'elle vit dans un contexte de violences, de penser à la santé de ses enfants et de faire les démarches propres à la préserver (visites chez le pédiatre, etc.).

Impacts sur la santé de l'enfant (2)



En guise de conclusion, une question : parmi les affirmations suivantes, quelle est celle qui, à votre avis, résume le mieux cet exposé (vous pouvez cocher plusieurs cases) ?

1. la violence n'est pas bonne pour la santé

2. la violence est mauvaise pour la santé
3. la violence est nocive pour la santé

QUESTION EN GUISE DE CONCLUSION

Parmi les affirmations suivantes, quelle est celle qui résume le mieux cet exposé ? (Plusieurs réponses possibles)

- ✓ 1. La violence n'est pas bonne pour la santé
- ✓ 2. La violence est mauvaise pour la santé
- ✓ 3. La violence est nocive pour la santé

Si vous avez coché les trois réponses, c'est que j'ai eu votre attention et je vous en remercie.

V. Quelles conséquences pour la santé psychique des victimes?

Par le **Docteur Grégoire Rubovszky** - médecin-psychiatre aux Hôpitaux Universitaires de Genève, responsable de l'Unité d'accueil d'Urgence Psychiatrique et de la consultation "stress & trauma", Consultant à la Consultation des victimes de tortures et de guerre.

Dans le cadre du 2^{ème} Forum Violences Domestiques, il m'a été demandé de traiter des conséquences des violences conjugales sur la santé mentale des personnes victimes. Je vais concentrer ma présentation sur le stress engendré par un événement traumatogène au sens large du terme. Ceci est une des facettes des impacts que peuvent avoir les violences subies.

Quelques chiffres pour commencer cette présentation^c: On constate que les femmes sont plus à risque de vivre un état de stress post-traumatique ou un stress traumatique général, qu'en termes de population à risque, donc potentiellement plus exposée, la variance est importante en fonction de la population étudiée et que l'âge moyen se situe autour de 23 ans. On constate aussi que, si la personne ne bénéficie pas d'un traitement adapté et précoce, le pronostic évolutif est mauvais et que, souvent, on retrouve une comorbidité chez ces personnes.

Définissons tout d'abord ce qu'est un stress psychologique. Il peut y avoir stress psychologique lorsque la personne vit un événement traumatique, que ce soit lors d'un accident de voiture ou lors de violences physiques et psychologiques subies.

L'événement est exceptionnel, imprévisible, donne l'impression à la personne qu'elle peut perdre la vie ou être blessée gravement. Ceci entraîne les premiers symptômes de stress qui peuvent durer quelques jours, quelques semaines, voire quelques mois ou années. La personne peut être habitée par un sentiment de perte d'identité, d'isolement, d'humiliation, de déshumanisation.

Les principaux facteurs de risques, qui favorisent le développement de stress psychologiques, sont la sévérité de l'exposition, l'intensité de la douleur, les antécédents de traumatismes, l'âge moyen, le genre, le fait de faire partie des minorités ethniques... à cela

^c Annexe : Présentation PowerPoint de l'intervention du Dr Rubovszky.

vient s'ajouter ce que je nomme "facteurs dynamiques". Ce sont des facteurs de risque un peu moins figés: Il s'agit de l'absence d'aide et de support psychologique mis au profit de la personne traumatisée juste après le traumatisme, l'existence de traumatismes antérieurs, la continuité de l'épisode dissociatif où la personne victime a le sentiment d'être détachée de la réalité, enfin une faible capacité de "coping", c'est-à-dire le fait d'avoir peu de capacité pour pouvoir gérer le facteur de stress et continuer à lutter dans la vie de tous les jours.

Lors d'un événement traumatique, nous pouvons relever trois phases, allant d'une réaction aiguë adaptative en passant par l'état de stress aigu et aboutissant parfois à un syndrome de stress post-traumatique (PTSD). Vous avez un événement potentiellement traumatique, unique ou répété. Il va entraîner une réaction aiguë adaptative, réaction tout à fait normale, où des symptômes de stress apparaissent. De cette réaction adaptative aiguë peut découler l'apparition d'un état de stress aigu. Ceci est un référentiel psychiatrique, qui permet de faire un diagnostic, mais il s'agit d'un trouble que l'on peut considérer comme pratiquement normal.

Suite à une agression, la personne va peut-être se présenter à un entretien vers l'un-e de vous et sera dans un état de stress aigu, état comparable à l'état de stress post-traumatique. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique est prononcé si l'état de stress aigu s'est maintenu sur plus de quatre semaines. Il peut aussi y avoir rémission durant ces quelques semaines. Il est très difficile de prévoir si l'état du patient va aller vers une rémission ou se compliquer et évoluer dans un état de stress post-traumatique, ceci malgré les facteurs de stress, les facteurs de risques, ou encore éventuellement les capacités de "coping" de la personne. Il est assez fréquent que quelqu'un ait une réaction aiguë adaptative, même un stress aigu, et puis après aller beaucoup mieux, sans développer un état de stress post-traumatique.

Prenons le slide 8^d. Nous sommes tous-toutes aux prises avec des facteurs de stress à longueur de journée mais, suite à une situation traumatisante, les facteurs de stress qui en découlent vont bousculer l'équilibre dynamique de la personne. Il y a alors désorganisation, ce qui engendre une réaction aiguë, sur moins de quarante-huit heures, et la mise en place d'un mécanisme d'adaptation continu pendant cette période. Il y a alors possibilité de rémission, donc "TOUT VA BIEN". Entre guillemets, car nous savons qu'il ne faut pas partir du principe qu'une fois que tout va bien, ça va forcément bien aller dans les mois à venir, la rechute est possible. Autrement, s'il y a prolongation de la réaction aiguë sur plus de

^d Voir annexe : Présentation PowerPoint de l'intervention du Dr Rubovszky.

quarante-huit heures, un état de stress aigu peut être diagnostiqué. Il peut durer jusqu'à quatre semaines. Si les symptômes se prolongent au-delà de quatre semaines, le diagnostic d'état de stress post-traumatique peut être prononcé. Il devient alors nécessaire de mettre en place un traitement psychothérapeutique et/ou médicamenteux. L'état de stress post-traumatique est compris dans la catégorie des troubles anxieux mais d'autres troubles peuvent apparaître; la dépression, l'anxiété généralisée, un trouble panique, la dépendance à l'alcool, à des drogues, à des médicaments comme des somnifères ou des calmants. Il y a également des patients qui peuvent se retrouver dans les meilleures conditions possibles (soins psychothérapeutiques, traitements médicamenteux, ...) et finalement développer une dépendance aux calmants et ne pas régler leur état de stress post-traumatique.

Les premiers impacts d'une situation traumatisante provoquent un sentiment de détresse important et perturbent le fonctionnement général de la personne, en particulier son fonctionnement social, professionnel et familial.

Je souhaite maintenant aborder une sous-catégorie de l'état de stress post-traumatique qui porte le nom de PTSD complexe, terme qui prête encore à discussion. Dans mon intervention, je me suis penché sur les situations traumatiques uniques et de courte durée, qui créent, dans le pire des cas, un état de stress post-traumatique.

Le PTSD complexe se situe sur une trame différente car il y a eu répétition du traumatisme et les symptômes de stress se sont installés sur plusieurs années. Bien que, pour l'instant, ce diagnostic ne soit pas mentionné dans les classifications internationales, il ouvre des perspectives de compréhension intéressantes.

Une vignette clinique, classique, reflet d'un cas réel, pour illustrer ce que peut être un PTSD complexe:

Une jeune patiente de 13 ans, Aline, cadette d'une fratrie de trois, qui vit avec sa mère et son beau-père connu comme alcoolique. Elle a des difficultés scolaires depuis 3 mois. Un conflit émerge au sein du couple parental, la mère est souvent giflée. Les grands-parents maternels sont absents de la vie de la famille car ils désapprouvent cette relation de couple. Ils ne voient jamais leur petite-fille. Au fil du temps, la jeune fillette double sa classe et de nombreux symptômes apparaissent (isolement, perte de poids, trouble du sommeil, regard souvent figé lors des pauses, moments de colère inattendus et occasionnels, ...). Aucun membre de la famille ne s'en aperçoit, trop pris dans le dysfonctionnement conjugal. Aline sort de sa réserve après cinq séances avec cette psychologue et dit que son beau-père

abuse d'elle lorsque sa mère est loin. Son grand frère est au courant mais il est menacé de mort à longueur de journée s'il venait à parler.

Cette situation, bien qu'un peu extrême, peut préfigurer la mise en place d'un "PTSD complexe". Cela peut être également le cas lorsque l'enfant assiste à des violences conjugales à répétition au sein du couple parental.

Un trouble de la personnalité borderline peut-il être constitutif de la mise en place d'un "PTSD complexe? Cette question est troublante et il n'existe pas de réponse définitive à cette hypothèse. Toutefois, je tiens à relever que différentes études traitant du trouble borderline montrent qu'entre 55% et 80% des patientes borderlines ont été agressées sexuellement dans leur enfance.

La personne qui développe un "PTSD complexe" peut se retrouver facilement dans une captivité physique ou psychologique, avec le sentiment d'être contrôlée par son agresseur, et d'où la fuite est impossible car, par exemple, le lien avec ce dernier est tel qu'elle a l'impression de n'avoir aucun moyen de vivre de ses propres ailes sans lui. Ceci se retrouve dans des situations de violences domestiques chroniques, comme de prostitution, de captivité de guerre, d'abus physiques chroniques, d'abus sexuels dans l'enfance qui sont autant d'exemples assez flagrants.

Pour ce diagnostic, qui n'est pas validé par le DSM IV (!), certains critères sont répertoriés dans la littérature. Ces critères sont compatibles avec un état de stress post-traumatique classique comme lorsque l'on est en présence d'un trouble de la personnalité borderline. On retrouve une période prolongée sous le contrôle d'autrui, la modification de la perception de son propre état, l'impression d'être dissocié, la reviviscence de scènes traumatiques, l'oubli d'événements traumatiques, l'humeur dépressive, les idées suicidaires, les colères inexplicables, l'agresseur perçu comme "tout-puissant", l'envie de vengeance contre l'agresseur, l'isolement, les tentatives d'évitements face à certaines situations ou certaines personnes, les abus de substances et éventuellement des gestes d'automutilation, symptôme qui n'est donc pas exclusif aux troubles de la personnalité borderline.

Est-ce que face à une personne présentant un trouble de la personnalité borderline, on devrait rechercher ces critères à chaque fois afin de savoir si elle est aussi prise dans un PTSD complexe? Est-ce que la prise en charge devrait alors se trouver modifiée? Pourquoi certain-e-s patient-e-s développent un PTSD et d'autres un trouble de la personnalité borderline?

Souvent, l'entourage minimise les symptômes liés au PTSD alors même que c'est un trouble particulièrement problématique, qui s'inscrit sur la durée et qui est très difficile à traiter. Il peut être éprouvé particulièrement lorsque la personne se montre constamment à l'affût de tout événement stressants et a de grandes difficultés à gérer son quotidien. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place un traitement spécifique.

Lors d'événements traumatiques, il est nécessaire de mettre rapidement en place une prise en charge thérapeutique. Ceci est relativement simple. Aux urgences psychiatriques, lorsqu'une personne arrive dans une telle situation, il est important de venir à son contact, de faire preuve d'empathie, de lui expliquer où elle est, de lui indiquer la date et l'heure et de lui expliquer ce qui va se passer. Par la suite, il n'est pas nécessaire de faire un debriefing classique, acte aujourd'hui décrié. Ensuite, il est possible de décrire les différents symptômes qui peuvent être éprouvés dans de telles situations puis de donner de la place à l'expression de la parole et des affects. S'exprimer avec des mots simples est important comme de ne pas se mettre dans la peau du professeur qui fait son cours. Nous ne savons jamais totalement ce que vit et à vécu la personne en face de nous. Amener une couverture, offrir un café, peut aussi être très efficace dans un premier temps.

Dans un deuxième temps, on va être attentif-ive à différents facteurs protecteurs comme, bien évidemment, un soutien psychologique approprié de l'entourage de la personne ou/et d'un-e professionnel-le, lui donner la possibilité de parler mais surtout sans la forcer, de se réapproprier son vécu, sa version de la situation tout en sachant que, par exemple, d'autres membres de la famille peuvent avoir une autre vision. Par la suite, il faut amener la personne à utiliser ses propres ressources sociales, personnelles et matérielles.

A deux mois, après une prise en charge à court-terme, on constate très souvent que les symptômes ont disparu. Peu de personnes sont encore là après cette durée. Toutefois, on remarque que la période marquant le premier "anniversaire" de l'événement est souvent une période charnière. Des symptômes un peu particuliers peuvent apparaître, comme la perte de poids, l'augmentation de la consommation de tabac, d'alcool, de drogues, le sentiment que sa vie sociale est en train de sombrer, ... C'est une période particulièrement importante à laquelle les personnes qui suivent encore ces personnes doivent être attentives.

Je vous remercie pour votre attention!

BIBLIOGRAPHIE

SHALEY, A. Y. (2002). Accute stress reactions in adults.

MARMAR, C. R. (2002). New directions in the pharmacotherapy of PTSD.

ANDREOLI, A. (2000). De la maladie traumatique aux interfaces du traumatisme.

MORGAN III, C. A. (2003). Toward Early Pharmacological Posttraumatic Stress Intervention.

LEVINE, R. E. (2002). Recognizing and treating posttraumatic stress disorder: A guide for the primary care physician.

MCFARLANE, A. c. (2000). PTSD: A model of longitudinal course and the role of risk factors.

BRYANT, R. A. (2003). Early predictors of PTSD.

VI. Impacts de la violence conjugale sur le rôle maternel.

Par **Madame Béatrice Cortellini** - psychologue FSP, Association Solidarité Femmes.

INTRODUCTION

Pour traiter le thème que l'on m'a confié : "impacts de la violence conjugale sur le rôle maternel", je vais

- définir ce "rôle maternel", sa construction et son exercice
- examiner en quoi la violence conjugale constitue un facteur de risque et comment cela peut modifier le rôle maternel
- définir les facteurs de protection qui peuvent s'y opposer

LE ROLE MATERNEL

Il faut tout d'abord s'entendre sur ce que signifie "rôle maternel" et préciser que le même exercice serait tout aussi intéressant à propos du rôle paternel, mais cela n'est pas le propos de mon exposé d'aujourd'hui.

Nous allons aborder le rôle maternel suivant quatre éléments à prendre en compte dans le processus de devenir mère.

1. La mère se réfère à ses propres modèles parentaux et à la transmission intergénérationnelle pour devenir elle-même parent. Pour Stern (1997), la femme devient mère en se référant à sa propre mère. Il parle ainsi d'une triade grand-mère, mère, bébé.

2. La mère se construit au jour le jour en interaction avec son enfant. Les activités quotidiennes directes auprès du bébé ont une place primordiale dans ce processus. La femme devient mère grâce aux soins qu'elle apporte à son bébé mais également grâce à toutes les activités de régulation mutuelle entre la mère et son enfant (comme par exemple le calmer quand il en a besoin, le rassurer...).

3. L'influence du conjoint : la contribution est essentielle au processus de construction du rôle de mère, et en particulier sous deux aspects distincts :

Il offre un soutien émotionnel à la mère : le père, en apportant amour et amitié à la mère, la soutient émotionnellement et l'aide à maintenir un climat harmonieux et satisfaisant qui permet à l'enfant de se développer pleinement. Le soutien émotionnel du père à l'égard de la mère renforce la compétence de cette dernière et son sentiment de bien-être à n'importe quel stade de la maternalité.

Il offre une écoute bienveillante et une reconnaissance à la mère : la présence d'un père ou d'un environnement attentif, à l'écoute bienveillante, laisse à la mère le temps de trouver ses solutions et son style. C'est sur cette dimension que s'étaye ce rôle de mère. Il est fondamental pour la femme d'être reconnue par le père.

4. La co-parentalité

La mère va devenir parent en même temps que le père ce qui met en évidence l'idée co-parentalité. Quels sont les facteurs influents dans cette construction ?

A la naissance d'un enfant, il y a un changement dans l'organisation de la famille, des ajustements sont nécessaires. Le Centre d'études de la famille à Lausanne a mis en lumière le modèle de l'encadrement qui permet de définir les parents comme formant un système encadrant, ayant pour fonction d'organiser un contexte favorable afin que le système encadré, les enfants, puissent se développer au mieux.

Le système parents se caractérise idéalement par une capacité de prédictibilité et d'ajustement aux besoins des enfants.

Selon Mc Hale et al. (2000) les conditions indispensables à la co-parentalité sont :

- a) avoir un accord à propos des stratégies et des pratiques pour élever l'enfant,
- b) se soutenir mutuellement entre partenaires adultes,
- c) faire confiance au partenaire quant aux pratiques éducatives cohérentes pour l'enfant,

d) recevoir également la confiance du partenaire en ce qui concerne l'éducation.

En résumé, outre la référence de la mère à ses propres modèles parentaux et ses activités de soin à l'enfant, les auteur-e-s s'accordent à démontrer l'influence capitale du père dans le processus de construction du rôle de mère. Il s'avère primordial pour les femmes de pouvoir exercer le rôle de mère sous le regard bienveillant et soutenant du père. De plus, les notions d'ajustement mutuel, de soutien et de confiance réciproques sont essentielles dans l'exercice de la co-parentalité. Les deux parents se font parents mutuellement.

A LA LUMIERE DE CES ELEMENTS DESCRIPTIFS DU ROLE MATERNEL NOUS POUVONS MAINTENANT ABORDER LA QUESTION SUIVANTE : EN QUOI LA VIOLENCE CONJUGALE EST-ELLE UN FACTEUR DE RISQUE ?

Quand nous parlons de violence conjugale, il est important de se rappeler que cette violence peut apparaître à n'importe quel stade de la vie de couple, mais en particulier dès la première grossesse. La grossesse est une période de sensibilité, de vulnérabilité, de remaniement psychique et physique. Pierrehumbert (2005) souligne l'importance de l'entourage dans le soutien et la protection à offrir aux futures mères.

Pour les femmes victimes de violence conjugale, la grossesse est également un moment clef dans la prise de conscience de la violence. La fragilité dont nous venons de parler est amplifiée par des interrogations en lien avec la violence qu'elle vit : fuir ou rester ? En parler ou se taire ? Se concentrer sur sa protection ou sur la préparation de la venue de cet enfant ? Espérer que l'enfant fasse changer les choses en mieux ou en pire ? A l'arrivée de l'enfant, est-ce un moment de répit ou d'aggravation en ce qui concerne la violence conjugale?

Après ces quelques précisions, et en nous référant aux facteurs de construction du rôle de mère, nous pouvons constater que la violence conjugale attaque de plein fouet la construction du rôle maternel.

Si la référence à ses propres modèles n'est pas touchée, chacun des trois autres éléments est atteint.

Au jour le jour, comme l'a mis en lumière Coté (2005), les préoccupations liées au conflit conjugal peuvent conduire la mère à négliger les soins de base aux enfants (nourriture, vêtements, soins d'hygiène).

La présence attentionnée et la stimulation dont les enfants ont besoin pour leur développement pourraient également être entamées dans un tel contexte.

Pour Marc (2004), le stress augmente le sentiment d'incompétence parentale et entrave la lecture des signaux envoyés par l'enfant. Les mères sont parfois si inquiètes pour leur propre sécurité et celle de leur enfant qu'elles ne peuvent être totalement présentes à leurs autres besoins.

La contribution du conjoint : Les scènes de violence ne permettent pas dans le même temps, évidemment, un soutien émotionnel et une écoute bienveillante à la mère.

L'étude de Lauretti et McHale (1997) sur le sujet conclut que dans les situations de violence, la sensibilité de la mère aux besoins de son enfant est diminuée en présence de son conjoint.

Quant à la capacité de co-parentalité, il est évident que les notions d'ajustement mutuel, de soutien et de confiance réciproques, qui sont à la base de la co-parentalité, vont être malmenées dans un contexte de violence conjugale.

Selon Fivaz (2003), les conflits conjugaux affectent la co-parentalité de différentes manières : les parents peuvent se mettre en compétition, se disqualifier mutuellement ou encore l'un peut abdiquer en laissant toute la place à l'autre.

Dans notre pratique, nous constatons même fréquemment que les rôles parents-enfants vont jusqu'à s'inverser, les enfants deviennent les parents de leurs parents. Ce qui signifie une distorsion subjective de la relation. On parle alors de "parentification" terme introduit par Bosznomeni-Nagy en 1973.

IL CONVIENT D'ABORDER, A PRESENT, LES FACTEURS DE PROTECTION QUI PEUVENT INTERVENIR DANS CES SITUATIONS

Nous pouvons mettre en évidence trois catégories de facteurs de protection comme potentiellement influents pour la mère exposée à la violence conjugale:

1. les facteurs personnels
2. les facteurs intrafamiliaux
3. les facteurs extrafamiliaux

1. Les facteurs de protection personnels sont en lien avec les capacités de la mère de faire face aux événements stressants, mais également en lien très étroit avec son estime d'elle-même. Ils vont conditionner le maintien des compétences et des facultés d'adaptation.

En d'autres termes, Fortin (2002) explique que face à la violence conjugale, plus la mère va être capable de composer de façon efficace, plus elle sera en mesure de prendre soin de ses enfants.

2. Les facteurs de protection intrafamiliaux : le soutien que la mère peut attendre de sa famille a une influence sur les compétences qu'elle va pouvoir conserver auprès de ses enfants. De plus les liens avec ses proches favorisent la sortie de l'isolement que la violence conjugale provoque fréquemment.

3. Les facteurs de protection extrafamiliaux se composent à la fois du soutien social mais également de celui des professionnel-le-s.

Par exemple, la mère peut se sentir soulagée voire "protégée" des remarques dévalorisantes du conjoint quand elle peut avoir des contacts avec des professionnel-le-s de l'enfance, tels que le-la pédiatre, les éducateurs-trices de la crèche ou les enseignants-tes. Ils vont pouvoir la rassurer vis-à-vis de ses compétences de mère, par exemple par la mise en place de rituels pour son enfant, etc.

A la lumière de ces réflexions et de notre expérience, Solidarité Femmes a développé depuis une vingtaine d'années, une prise en charge tournée vers la reconnaissance et le renforcement des capacités maternelles. Pour en savoir plus sur nos prestations mères-enfants nous vous proposons sur la table de présentation une brochure retraçant notre travail "Miroir, dis-moi... ou la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale et de leurs enfants sous l'angle de la relation mère-enfant".

L'objectif est ainsi de tendre à rendre à la mère toutes ses compétences et à l'enfant une mère attentive, disponible et protectrice.

VII. Exposition des enfants à la violence conjugale.

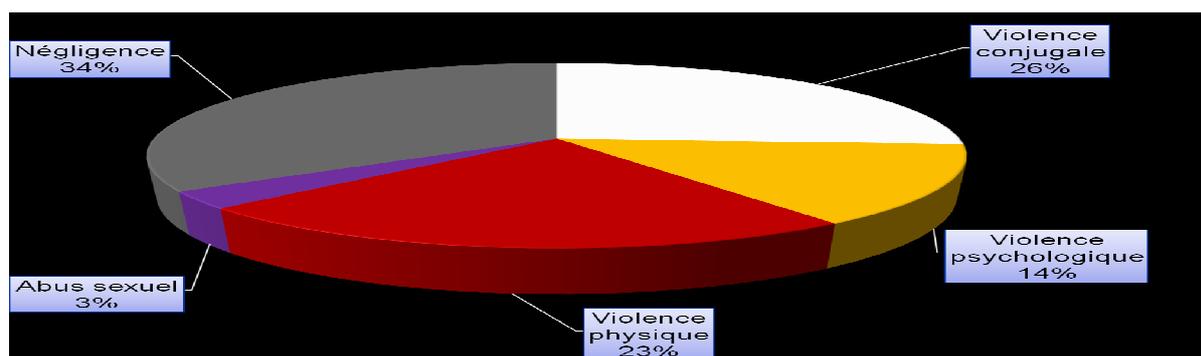
Par **Monsieur Franck Voindrot** - infirmier de secteur psychiatrique - CMP de Thonon-les-Bains, Service du Dr Ph. Denneulin, Équipe de Pédopsychiatrie de liaison Dr J. Moser, Hôpitaux du Léman, Thonon-les-Bains (FR).

Bonjour,

Je voudrais remercier Madame Mandallaz et Monsieur Bourgoz pour l'organisation de ces forums. Je vais traiter d'une des conséquences de la violence conjugale. Plus précisément, de son effet sur les enfants, tel que nous le percevons aux urgences pédopsychiatriques des hôpitaux du Léman à Thonon-les-Bains. Afin d'élargir la perspective, de sortir de ce cadre quelque peu étriqué de la province française, de situer cette problématique dans un contexte élargi, je vais vous présenter quelques statistiques canadiennes.

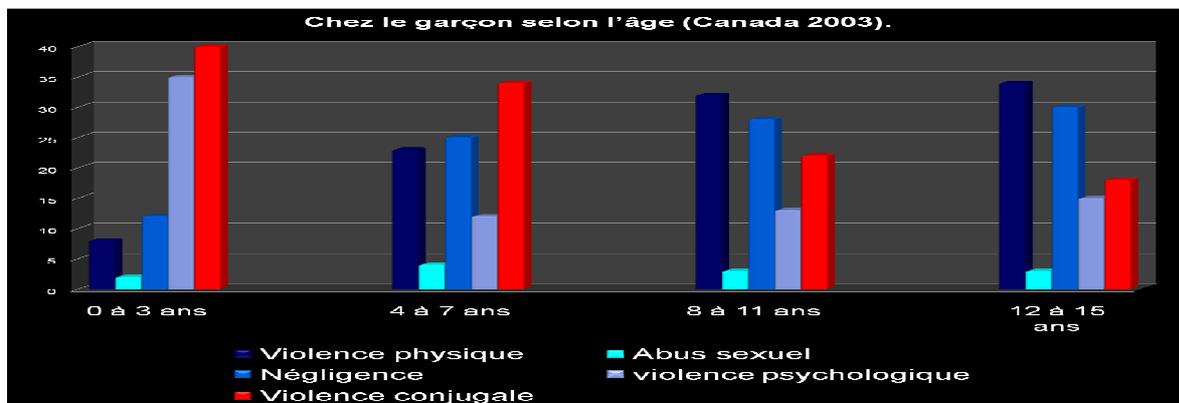
UNE PROBLÉMATIQUE BIEN DOCUMENTÉE

Trocmé: Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence 2003, Agence de santé publique Canada 2005



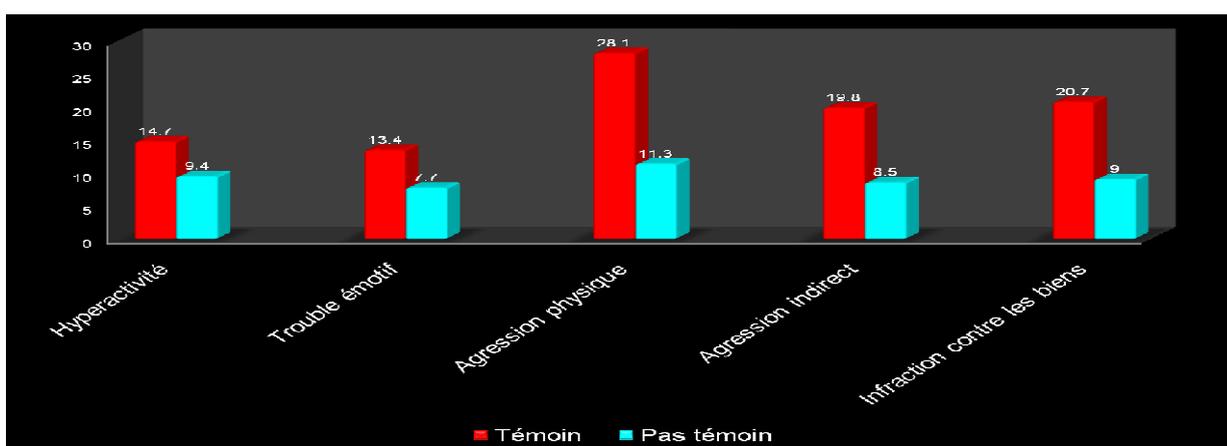
Au Canada, depuis plusieurs années, l'exposition des enfants à la violence conjugale est considérée comme une des formes de maltraitance infligées aux enfants. Une étude de Nico Trocmé et collaborateurs, portant sur les cas corroborés de maltraitance, a montré que l'exposition à la violence familiale est le second type de maltraitance subie par les enfants entre 0 et 15 ans. Pour les garçons entre 0 et 7 ans, elle est la première forme de

maltraitance dont ils sont victimes et elle occupe le même rang pour les filles entre 0 et 3 ans.



L'enquête longitudinale nationale enfance et jeunesse Canada 1998-1999, a mis en évidence quelques-unes des conséquences de cette maltraitance sur les enfants en comparant un groupe d'enfants exposés aux violence conjugales à un groupe d'enfants non exposés à ce type de maltraitance. Cette étude montre que l'exposition à la violence conjugale majore le trouble d'hyperactivité et le trouble émotif de plus de 30% et double les divers types de comportements agressifs (agression physique, indirecte et infraction contre les biens). Quand un enfant vient consulter pour ce type de problématique, il faut ainsi penser à l'éventualité de ce type de maltraitance.

Enquête statistique Canada ELNEJ 1998-1999



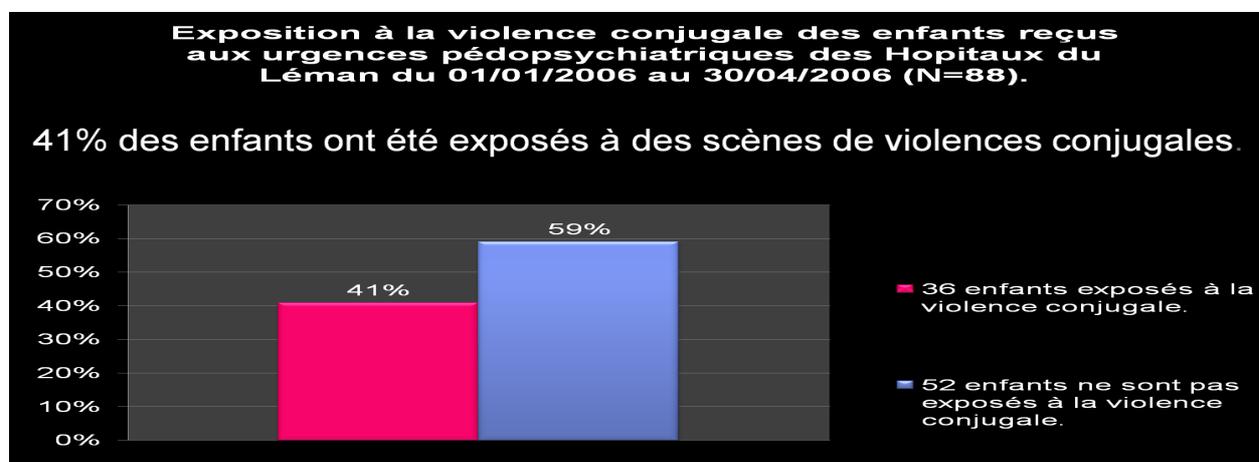
Maintenant rapprochons-nous de Thonon-les-Bains, l'enquête du 119 (numéro d'appel pour l'enfant maltraité en France) effectuée par Crivillé 2003-2004, a montré sur cette période que 80% des enfants maltraités sont aussi exposés à la violence conjugale.

L'EPL

L'Équipe de pédopsychiatrie de liaison des hôpitaux du Léman a été créée il y a 4 ans. Nos interventions sont sollicitées par les unités hospitalières (pédiatrie, urgences et réanimation) et par le secteur sanitaire et social du Chablais (Aide Sociale à l'Enfance, établissements scolaires, médecins généralistes, pédopsychiatres, etc.). Lors de notre première année d'activité, nous avons été confrontés à un nombre important de situations où nous avons constaté cette forme de maltraitance.

Afin d'objectiver cette impression clinique, nous avons systématiquement documenté cette question, à chaque nouvelle consultation, durant 4 mois, du 1^{er} janvier au 30 avril 2006. Nous avons retenu comme critère discriminant, l'existence de violence physique dans le couple parental. Sur cette période nous avons reçu 91 enfants dont 3 cas ne sont pas correctement documentés. La répartition entre les filles et les garçons est de 51% et 49%.

36 enfants, soit 40,9% des enfants consultant sur cette période, ont vécu dans des familles où il existait de la violence conjugale.

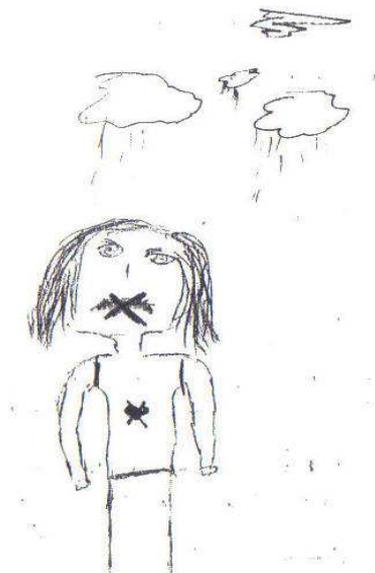


Ce chiffre nous a surpris et nous sommes restés interrogatifs et même quelque peu sceptiques devant ce résultat. L'un de nous avait-il truqué ces chiffres?! Il existait pourtant une grande cohérence entre les pourcentages de chacun. Avions-nous induit un grand nombre de fausses réponses positives? Il était pourtant possible, dans ce cas, d'écarter un biais de désirabilité sociale.

C'est une réponse bien plus douloureuse qui mit fin à nos interrogations.

Post, en 1980, a montré que 50% des femmes hospitalisées dans un service de psychiatrie sont victimes de violences conjugales et en 1987, Jacobson et Richardson ont montré que 65% des femmes adressées en psychiatrie ont subi des violences et 38% des violences sexuelles; ces violences étant généralement perpétrées par leurs partenaires. C'est donc l'hypothèse du déni de cette problématique qui semble le mieux expliquer notre doute et nos interrogations. Le déni de la violence conjugale et des conséquences de l'exposition des enfants à cette violence dans le champ de la santé et en particulier de la santé mentale. Au cours des 26 ans de ma carrière en psychiatrie, je dois admettre que la question ne m'avait jamais effleuré l'esprit. Pourtant dès 1905, un médecin viennois s'était intéressé à ce problème et avait évoqué les conséquences de cette exposition à la violence conjugale sur les enfants.

Nous avons aussi relevé lors de cette étude que 39% des enfants suivis, suite à une tentative de suicide, avaient été exposés à la violence conjugale. Les motifs de consultation pour les enfants exposés à la violence conjugale étaient des plus variés. Pour 11% des enfants, la présence de cette maltraitance nous est signalée avant la première consultation. Pour les autres enfants exposés à la violence (89%), il n'était pas fait mention de cette problématique avant notre rencontre avec ces enfants et leurs familles. Les troubles motivant la consultation ressemblaient à un inventaire à la Prévert et nous paraissaient assez incohérents: violences, fugues, troubles oppositionnels avec provocations, TADHA, agressivités, phobies scolaires, encoprésies secondaires, cauchemars, syndromes dissociatifs, syndromes de stress post-traumatique, troubles anxieux, gestes parasuicidaires, tentatives de suicide... Pour tenter de comprendre les réactions de ces enfants à cette forme de maltraitance, nous avons utilisé le test projectif « Patte Noire » et le dessin de la dame de Fay. Nous avons porté une attention particulière à leurs discours et à leurs jeux lors des entretiens. Mme Meaux, la psychologue clinicienne de notre unité, note, au test de « Patte Noire », un recours important à l'agir et à l'agressivité. A la planche « auge, baiser », la tendresse est très peu évoquée, la représentation est investie par l'agressivité. Aux planches « bataille et départ » les enfants expriment un sentiment important de culpabilité en lien avec leur agressivité. Un tel sentiment de culpabilité et ses conséquences sur l'estime de soi et en terme de narcissisme pourraient participer à l'intensité du tableau clinique rencontré chez certains.



Dans le dessin de la dame de Fay apparaît la défaillance en termes de parentalité, « manque de protection » : très peu d'enfants, parmi ceux exposés à la violence conjugale, dessinent un parapluie ou se protègent d'une quelconque façon. Dans certains dessins, nous avons retrouvé des croix sur la bouche, sur le cœur, dans d'autres, le ciel était parcouru d'éclairs.

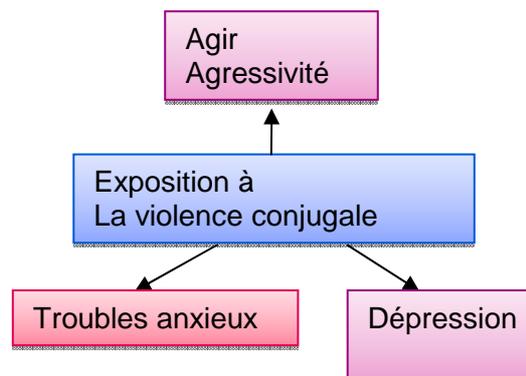
Nous nous sommes aussi référés à diverses théories explicatives. Nous avons pu bénéficier des conférences organisées à Genève par l'association VIRES, en particulier celles de Maurice BERGER et de Daniel STERN. M. Berger parle d'incorporation de l'image de l'agresseur chez les plus jeunes, puis du phénomène d'identification à l'agresseur chez les enfants plus âgés, pour rendre compte des comportements agressifs de ces enfants. Pour ce praticien, les enfants exposés à la violence conjugale montrent la même symptomatologie que les enfants battus, les traces de coups en moins. D. Stern met en avant le rôle des neurones miroir pour formuler ses hypothèses : « L'enfant n'est pas seulement témoin, il le vit, il le sent, cela s'inscrit dans son système nerveux. Le système des neurones miroirs simule alternativement l'action motrice, l'émotion, l'intention de sa mère et de son père dans l'indifférenciation moi/autre jusqu'au stade du miroir. »

J. Bowlby pense qu'un enfant exposé à la violence conjugale constitue des modèles internes opérants contradictoires. Dans un de ces modèles, il n'aura pas de valeur, il ne sera pas aimable. Lors de nos modestes recherches dans la littérature sur ce sujet, c'est S. Freud dans « Trois essais sur une théorie de la sexualité », paru en 1905, qui lève le voile sur les conséquences de la violence dans le couple parental. Il note que les enfants qui assistent à

des scènes de violence entre leurs parents peuvent présenter des troubles du développement psycho-sexuel et, il précise, pouvant conduire à son arrêt.

C'est donc une fois de plus l'hypothèse du déni qui peut être à nouveau formulée, le déni des conséquences de cette violence sur les enfants, pourtant décrites dès 1905 par S. Freud.

Suite à ces développements, il est possible de donner une certaine cohérence à cette longue liste de symptômes. La façon dont les enfants font face, leurs réactions aux violences conjugales sont de trois ordres.



1^{er} Réactions par l'agir et l'agressivité : fugues, violences, agitation THADA, troubles oppositionnels avec provocation.

2^{ème} Réactions par des manifestations anxieuses : réactions traumatiques et stress post-traumatique (encoprésies secondaires, troubles dissociatifs, cauchemars), phobies scolaires, troubles anxieux généralisés, gestes para-suicidaires.

3^{ème} Réactions dépressives : dépressions, tentatives de suicide, troubles alimentaires, troubles du sommeil, irritabilité, cauchemars.

Pris dans un conflit de loyautés, ces enfants sont parentifiés, et ils ne se sentent pas protégés par leurs parents. L'enfant doit même protéger ses parents : la victime, de la violence qu'elle subit, l'auteur, de la violence qu'il exerce.

Ainsi un enfant que nous avons pris en charge, en pleine nuit, est allé chercher les voisins pour qu'ils mettent fin à la très violente dispute qui opposait ses parents. Sans son action, son père aurait sans doute fait un long séjour en prison et sa mère à l'hôpital.

Les plus grands font parfois le coup de poing.

Je repense à ce grand adolescent à qui je demandais comment cela se passait entre ses parents. Il me répondit, le plus naturellement du monde, beaucoup mieux depuis que j'ai dit à mon père que s'il levait à nouveau la main sur maman, il aurait affaire à moi.

Dans certaines familles, les enfants ont développé un savoir-faire dans le désamorçage des colères de l'agresseur et les conflits naissant entre les parents, quitte à se mettre parfois en danger.

Un enfant adressé pour « crise clastique au domicile parental » anticipait par des casses itératives, les montées de violence entre ses parents.

Parfois les enfants se regroupent et jouent des rôles spécifiques ; l'un protège la plus jeune de la famille, l'autre agit auprès des parents pour mettre fin aux violences et le groupe d'enfants fait corps pour éviter la séparation du couple parental.

Il reste des situations particulièrement délicates. Celles où l'enfant est victime de la violence précédemment adressée à la mère.

TRAITEMENT DES ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE

Comme toute intervention en pédopsychiatrie et en particulier dans le champ de la maltraitance, le risque que l'intervention produise des effets iatrogènes est à prendre en considération. Ce risque est particulièrement élevé lors du dévoilement. Ce moment particulier, ouverture du secret, de ce qui ne se jouait jusque là que dans le huis clos familial et qui vient à être porté à la connaissance d'un tiers, présente un risque non négligeable de réactiver la violence conjugale. Il est important de respecter le rythme des mères dans leurs processus d'empowerment (reprise du contrôle sur sa vie). Les thérapeutes pouvant à leur insu facilement s'instituer comme ceux-celles qui savent mieux que la victime et qui comme l'auteur de violences, prennent le contrôle et le pouvoir dans sa vie. Il faut aussi avoir en tête que ce moment particulier participe à la mise en lumière du déni de la victime et en particulier du déni des conséquences de la violence conjugale sur ceux-celles qui y sont exposé-e-s. Dans le même temps, il y a rupture du pacte dénégatif, qui permettait et maintenait les liens dans ce groupe familial (banalisation, secret autour de la violence ; la violence étant une modalité relationnelle et fonctionnelle en famille.). Inciter au dévoilement sans avoir les moyens de mettre en œuvre les mesures de protection nécessaires nous paraît délétère. Il faut tenir compte des pratiques juridiques et policières.

Le travail avec le réseau a été développé ces deux dernières années. Nous avons créé des liens avec les divers intervenants sociaux qui traitent de cette problématique.

Nous avons vu se mettre en place les mesures d'éloignement du conjoint violent et les plaintes des femmes sont mieux prises en considération. Le premier groupe pour le traitement des personnes qui exercent de la violence dans le couple et la famille ouvrira début décembre 2008.

Nous décomposons le traitement des enfants exposés à la violence conjugale en cinq étapes :

1. La prise en charge individuelle et/ou groupale de l'enfant qui est parfois la seule modalité de traitement possible.
2. Nous orientons les mères vers les associations de soutien féministe et/ou un soutien psychologique.
3. Quand cela est possible nous orientons les pères vers un groupe de traitement pour les personnes qui exercent de la violence dans le couple et la famille.
4. S'il n'y a plus de violence physique, nous proposons un travail de couple centré sur les histoires traumatiques, l'expression des émotions et les modalités de résolution de conflit.
5. Consultation familiale : le travail est focalisé sur les transactions violentes, le développement de l'empathie et l'expression des émotions.

Nous étions à la dernière étape de la prise en soins, la consultation familiale.

La plus jeune des enfants venait pour la première fois à un rendez vous.

- « Il y a moins de disputes entre papa et maman. C'est plus comme quand il lui tapait la tête dans la porte. »

La mère répond : « Tu ne peux pas t'en souvenir »

L'enfant ajoute quelques détails. Le père se retourne vers les thérapeutes :

- « Elle avait deux ans et demi. »

Je vous remercie de votre attention.

VIII. Violence conjugale et dynamique familiale.

Par **Madame Annie de Vincenzi** - thérapeute de famille ASTHEFIS, Consultation pour familles et couples, HUG & **Monsieur Benoît Reverdin** - psychologue spécialiste en psychothérapie FSP et thérapeute de famille ASTHEFIS, Consultation pour familles et couples, HUG.

INTRODUCTION

Cette intervention propose de décrire l'impact de comportements violents au sein du couple parental sur la dynamique relationnelle de ses membres. Notre intervention est logiquement teintée de notre **regard de systémicien-ne** qui est celui du cadre théorique de référence de notre pratique professionnelle quotidienne de la consultation pour Famille et Couple des HUG.

Nous avons fait le choix de présenter cette intervention à deux, puisque c'est comme couple thérapeutique que nous travaillons dans notre consultation. Nous pensons que les couples et les familles en crise bénéficient très positivement de cette pratique de la **co-thérapie** qui peut avoir une fonction de **modeling** sur les partenaires.

Dans ce contexte de travail nous distinguons habituellement les violences répétées, des violences ponctuelles. Les premières ne peuvent être traitées en couple que lorsqu'un contrat de non violence peut s'élaborer dans le cadre thérapeutique. Si tel n'est pas le cas, nous adressons ces situations à des structures de prise en charge spécialisées.

En ce qui concerne les violences ponctuelles, notre approche théorique les ponctue comme un signal qui amène vers une réorganisation de la dynamique de couple, une redéfinition de la relation conjugale, voir vers une séparation.

Dans une vision systémique il existe une circularité entre les comportements violents et la dynamique relationnelle familiale. Il est toutefois clair que toute complaisance envers ces actes est à écarter. Les thérapeutes doivent être garants de la sécurité de leurs clients. Nous posons comme base que l'auteur de comportements violents est pleinement responsable de

ces actes de violence. Toutefois il nous paraît essentiel de mettre en lumière que les partenaires ont une responsabilité partagée dans le maintien des cercles vicieux relationnels.

Dans une perspective de thérapie conjugale ou familiale, le-la thérapeute suivra trois axes de base pour que la thérapie constitue un contexte de sécurité pour tous les participants : 1) il-elle devra être garant-e de la protection de la victime; 2) en communiquant avec les autres professionnel-le-s, un climat de transparence pourra s'établir 3) son objectif permanent sera de promouvoir la restauration de liens familiaux même à minima.

INFLUENCE RÉCIPROQUE ENTRE VIOLENCE CONJUGALE ET DYNAMIQUE FAMILIALE

Nous avons choisi de développer trois dimensions de la dynamique familiale qui sont touchées dans les cas de violences conjugales :

- la sécurité de base familiale
- la hiérarchie et les jeux familiaux
- la mythique familiale

L'altération de chacune de ces dimensions peut amener des comportements violents, et la violence touche chacun de ces niveaux. Il existe donc un lien de **causalité circulaire** entre la violence et chacune de ces dimensions.

La sécurité de base familiale

Pour John Byng-Hall il y a sécurité familiale lorsque « la famille procure un réseau fiable de **relations d'attachement** qui permet à chaque membre de la famille, quel que soit son âge, de se sentir suffisamment en sécurité pour explorer les relations à l'intérieur et à l'extérieur de la famille ». Dans cette définition le terme « réseau » renvoie à une responsabilité familiale partagée qui assure à chaque membre de la famille le soutien dont il a besoin. Pour que ce soutien soit assuré, il faut une collaboration entre les figures parentales.

Nous observons plusieurs conséquences lors de violences conjugales:

- a) Le soutien mutuel et la collaboration au sein du couple parental diminue.
- b) Les besoins de sécurité des enfants ne sont plus pris en compte.
- c) Il y a perte de confiance et repli sur soi de chaque membre de la famille.
- d) Une méfiance vis-à-vis des ressources provenant de l'extérieur de la famille s'instaure.

A cet égard l'intervention sociale et/ou thérapeutique est indispensable pour rétablir une sécurité suffisante dans la dynamique familiale. Toute intervention doit prendre en compte cette dé-sécurisation générale et cette méfiance qui renferme la famille sur elle-même et rend l'établissement d'un lien difficile.

Hierarchie et jeux familiaux

En cas de violence conjugale, les parents perdent leur rôle d'encadrement vis-à-vis des enfants qui sont alors aspirés dans le conflit. Cette dynamique relationnelle amène à une déstructuration **hiérarchique familiale** où les enfants peuvent être **parentifiés**. Ils prennent alors une position protectrice qui est souvent non reconnue par les parents, ce qui constitue une violence supplémentaire.

Deux cas de figure se rencontrent fréquemment :

- a) Le parent violent entre en **coalition** avec l'enfant contre la victime en la dévalorisant et en justifiant ainsi son comportement violent.
- b) Le parent victime de violence utilise sa position pour **instrumentaliser** l'enfant dans le conflit (**victimisation**). Dans ce jeu relationnel, l'enfant est utilisé afin de disqualifier et isoler le parent violent, il ne s'agit pas d'une alliance saine de soutien mutuel.

Dans ces deux cas, l'enfant peut être légitimé à devenir violent. Il peut par mimétisme développer des comportements violents soit vis à vis de son parent victime de violence soit le plus souvent en déplaçant sa violence vis à vis d'autres personnes de son entourage proche. Il peut également devenir justicier et s'en prendre au parent violent.

Toute intervention socio-thérapeutique devra reconnaître cette perte de repères hiérarchiques et ces jeux de coalition pour ne pas renforcer ces aspects de la dynamique familiale.

Mythique familiale

Du point de vue du systémicien, l'**appartenance** au groupe familial repose sur le partage de valeurs ou mythes communs. Ces valeurs sont le fondement de l'unité familiale et apportent un **support identitaire** à chacun de ses membres.

Le développement de violences conjugales remet souvent en question certaines de ces valeurs familiales fondamentales. Cet ébranlement du socle mythique de la famille peut occasionner une perte d'appartenance et une fragilisation de l'identité familiale. Des sentiments d'**indignité d'appartenance** et de **honte** peuvent entraîner une fermeture de la famille et une fragilisation pour chaque membre de la famille de ses valeurs identitaires.

Tout-e intervenant-e auprès d'une famille en cas de violences conjugales sera attentif-tive à respecter ces valeurs familiales mises à mal pour ne pas accentuer d'autant le sentiment d'indignité et de perte d'appartenance. Il-elle devra promouvoir un resserrement des liens autour de ces valeurs essentielles de la famille.

CONCLUSION

Chacune de ces dimensions familiales est une porte d'entrée pour une intervention thérapeutique.

Par ailleurs, il existe un lien de renforcement mutuel entre les deux premières dimensions. Ainsi, travailler sur la sécurité de base familiale aidera à la restauration d'une hiérarchie familiale et le rétablissement d'une autorité fonctionnelle améliorera la sécurité au sein de la famille.

IX. Violence et accessibilité aux soins: vulnérabilités et ressources des soignants.^e

Par **Madame Hélène Rey Hanson** - psychologue spéc. en psychothérapie FSP et **Madame Isabelle Rinaldi Baud** - assistante sociale - thérapeutes de famille ASTHEFIS, Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV), HUG.

Cet article se centre sur les préconstruits individuels et sociaux qui peuvent favoriser ou entraver l'accessibilité aux soins des personnes confrontées à la violence. A partir de la fonction des préconstruits, les auteurs analysent, à l'aide d'exemples tirés de leur expérience clinique, l'influence sur la relation de soins des attitudes défensives et des résonances personnelles des soignants, ainsi que l'influence de la méconnaissance et/ou de la connaissance de la problématique de violence sur cette relation. Il est avancé que la potentialisation des ressources des soignants et l'amélioration de l'accessibilité aux soins passent par la sensibilisation de la communauté, le décloisonnement des spécialités, les pratiques pluri- et interdisciplinaires, les pratiques de réseaux, la formation de base et continue, les espaces de réflexion et de supervision, ainsi que les programmes de recherche.

INTRODUCTION

L'objectif de cet article est de montrer que l'accessibilité aux soins des personnes confrontées à la violence^f dépend largement de facteurs propres à la relation de soins et au contexte dans lequel elle s'inscrit, ainsi que de facteurs propres au soignant et au soigné. Partant du présupposé que ni l'un ni l'autre n'entrent en relation de manière neutre et objective, il est utile d'explorer les préjugés, les représentations sociales, les croyances, les attitudes, les valeurs et les mécanismes de défense qui composent leurs épistémologies ou leurs cartes du monde respectives. Ces rencontres vont imprégner et influencer l'accès et la qualité des soins ainsi que la perception de ceux-ci par le patient.

^e Nous reproduisons ici un article publié par H. Rey et Isabelle Rinaldi Baud (2000). Violence et accessibilité aux soins: vulnérabilités et ressources des soignants. Médecine et Hygiène, 2316, pp 1938-1942

^f Dans cet article, nous faisons indifféremment référence au rôle de ces personnes (victime, agresseur, autre) et au type de violence impliquée (violence interpersonnelle - conjugale, domestique, entre connaissances, par inconnu, violence organisée et/ou violence institutionnelle).

FONCTION DES PRÉCONSTRUITS

Afin d'éviter la menace permanente du chaos, l'homme construit sa propre carte du monde et son univers cognitif. Il ordonne et donne un sens et une valeur à l'ensemble de ses perceptions auxquelles il peut alors attribuer une valeur absolue, "réelle" à laquelle il croit.¹ C'est à partir de ses apprentissages par essai et erreur, perceptions et expériences de vie qu'il construit des catégories explicatives du réel. Ces préconstruits ainsi forgés lui permettent d'élaborer des représentations et des expériences "sur comment est fait le monde, comment il convient de s'y comporter, comment faire pour apprendre de nouvelles choses, comment ce qui a déjà été appris peut être transposé dans d'autres contextes. (...) Parfois, cette transposition est adéquate, parfois elle ne l'est pas".²

Selon Watzlawick,³ on peut distinguer une "réalité de premier ordre", celle des faits et une "réalité de second ordre", qui relève du contexte dans lequel les faits prennent un sens et une valeur. Ces deux niveaux de réalité sont généralement entremêlés dans les interactions de la vie quotidienne, car un fait qui n'est pas lié à une signification a peu de valeur informative. Le système de croyance d'une personne intègre sous une forme cohérente et fonctionnelle, sa propre carte à "l'ordre du monde que des générations humaines ont établi avant lui et qui s'avère compatible avec sa propre grille personnelle de décodage. (...) Cet ensemble devient un système de croyance auquel on adhère et dont on se sert pour agir".¹

Par ailleurs, on observe une interaction et une influence constante entre la manière dont l'individu se représente le réel et la manière dont le corps social se le représente. Les préconstruits d'ordre individuel sont donc toujours empreints de préconstruits d'ordre social. Ainsi, la conception que le patient a de la santé, de la maladie et des soins dont il peut bénéficier, notamment en cas de violences subies et/ou agies, correspond aussi aux représentations sociales relatives à ces domaines. De même, la représentation qu'un soignant a de sa mission reflète également la politique de soins du contexte institutionnel et socio-politique dans lequel il travaille. C'est avec sa carte du monde basée sur ses expériences personnelles et professionnelles que le soignant aborde ses patients. Les problématiques auxquelles il est confronté peuvent ébranler sa carte du monde; en particulier, les enjeux des problématiques de violence peuvent confronter le soignant à des remises en question existentielles, à une réflexion sur sa philosophie de vie, voire à des expériences traumatiques non assimilées.⁴

EFFETS DES PROBLÉMATIQUES DE VIOLENCE

Qu'elles soient d'ordre psychologique, physique et/ou sexuel, les violences constituent les formes les plus extrêmes de la relation humaine. L'intervention auprès d'un patient, victime et/ou auteur de violence, expose le soignant à ses émotions, ses valeurs, ses préjugés, son histoire, ses représentations du monde et son éthique. Pour y faire face, le soignant peut développer des attitudes défensives. De plus, la connaissance et/ou la méconnaissance de la problématique et les résonances personnelles qui y sont associées vont influencer ses attitudes personnelles et professionnelles.

Attitudes défensives

Confronté à la haine, au non-respect de l'autre et de sa différence, voire au désir de mort d'un être humain sur autrui, le soignant est naturellement contraint à développer des attitudes défensives qui peuvent inhiber son action individuelle, relationnelle et sociale. Bien étudiées dans le contexte de la maltraitance infantile,⁵ des attitudes telles que le doute, la toute-puissance, l'impuissance, le clivage, la banalisation, la dramatisation s'observent fréquemment dans l'exposition des soignants à d'autres contextes de violence, comme la violence conjugale et familiale, la violence institutionnelle, les agressions de rue, les violences de guerre et la violence organisée.

Elle ne veut pas en parler, vous croyez vraiment qu'elle dit la vérité?⁹

Ce n'est pas un vrai viol, car il s'agit de son ex-mari.

Visant à réduire l'angoisse, le doute du soignant peut porter sur la réalité de la situation de violence alléguée, sa gravité et/ou ses conséquences sur la santé globale des patients, ainsi que sur sa compétence à intervenir.

C'est pas de la violence, c'est une bagarre.

Dans ces pays-là, c'est normal de battre sa femme ou de se taper dessus.

Il tape sa femme parce qu'il a été maltraité dans l'enfance.

Visant à se défendre contre l'émergence du doute et à lutter contre l'angoisse, la banalisation ou la dramatisation sont une tentative du soignant pour atténuer le problème et la souffrance qu'il provoque. Apparemment opposés, ces mécanismes de défense

⁹ Les exemples en italique sont tirés de l'expérience clinique des membres de l'équipe de la CIMPV.

s'expriment sous forme de généralisations, de poncifs, de clichés. Ils peuvent faire écho à un besoin du patient de minimiser les conséquences de la violence et de se protéger des remises en question qu'elle peut engendrer. Ils risquent aussi de réduire au silence le patient qui, lui-même, cherche à se défendre de son vécu traumatique et peut par là-même ne pas se sentir autorisé à prendre en compte sa souffrance.

Cela ne sert à rien... car c'est la énième fois qu'elle vient pour des coups,... car elle veut rester avec son mari.

Je ne comprends pas, vous avez déjà vu cette patiente et la violence continue.

Qu'elles soient le fait d'inconnus ou de personnes proches, les situations de violence provoquent une brèche dans le sentiment d'invulnérabilité de la majorité des personnes qui en sont victimes et les confrontent à des sentiments d'impuissance, allant de l'incapacité à réagir à une sidération psychique. Exposés aux récits de tels faits, les soignants peuvent éprouver des sentiments similaires qui rendent difficile la gestion de la bonne distance émotionnelle avec leurs patients et/ou leurs collègues. Les soignants risquent alors d'alterner entre des attitudes d'impuissance et de toute-puissance. Cette dernière peut se traduire par le fait de se penser seul compétent, de dénigrer les possibilités d'aide d'autres professionnels, de refuser le travail pluridisciplinaire, ou encore d'attribuer une toute-puissance à d'autres instances/professionnels (police, justice, équipes spécialisées), dont l'intervention sera inévitablement source de déception.

Je ne vous ai pas appelé, il n'a pas l'air choqué.

Aujourd'hui elle va mieux, ne venez pas lui rappeler de mauvais souvenirs.

Le clivage, la dépersonnalisation et la déréalisation sont des mécanismes de défense inconscients qui permettent aux personnes d'échapper à l'extrême violence qui leur est faite.⁶ Parfois confronté à une apparence de "normalité" d'un patient ayant subi des violences, le soignant peut aller jusqu'à dénier les probables conséquences du traumatisme consécutives à la violence, voire la violence elle-même. Ces réactions peuvent également être attribuées à une méconnaissance des symptômes consécutifs à l'exposition d'une personne à un événement violent (entre autres: état de stress aigu, état de stress post-traumatique).

Méconnaissance et/ou connaissance des problématiques de violence

La méconnaissance comme la connaissance d'une problématique peuvent conduire le soignant à une appréciation biaisée des besoins du patient et à une intervention inadéquate, voire une absence d'intervention. De plus, une formation spécifique dans un domaine (par exemple, médecine d'urgence, chirurgie, psychiatrie, etc.) n'implique pas automatiquement des compétences suffisantes dans la prise en charge des personnes confrontées à la violence. Située à l'intersection de plusieurs disciplines, la problématique de la violence exige des connaissances dans plusieurs domaines et requiert la coopération et la collaboration de professionnels de tous les secteurs concernés (victimologique, médical, médico-légal, psychologique, social, juridique).

Je ne vous ai pas appelé, car elle provoque, elle cherche la violence.

On ne peut pas faire grand chose car il/elle est borderline, toxicomane, alcoolique...

La patiente a "avoué" que son mari la battait, la violait.

Une recherche⁷ récente portant sur les connaissances et les attitudes des médecins de premier recours, montre qu'ils ont été peu exposés à la problématique de violence conjugale, qu'ils en sous-estiment la prévalence (50% selon les chiffres de la littérature médicale) et qu'ils tendent à considérer qu'une intervention auprès des femmes battues ne présentant pas de lésions physiques, n'est pas de leur ressort. Une autre recherche⁸ portant sur 206 soignants de première ligne (médecins, infirmières, etc.) indique que plus de 50% d'entre eux considèrent que dans leur pratique la prévalence de la violence domestique est de 1% au maximum. 25% croient que c'est du fait de sa personnalité que la personne abusée provoquerait la violence, 28% pensent ne pas pouvoir aider une personne abusée, 20% sont inquiets pour leur propre sécurité.

Si je comprends bien, votre travail c'est de supporter la misère morale des femmes.

Je ne comprends pas, vous la laissez rentrer à domicile.

Ah, vous n'êtes pas médecin psychiatre...

La méconnaissance par le soignant des enjeux médico-psycho-socio-juridiques, auxquels une personne confrontée à la violence doit faire face, peut parfois le conduire à éprouver un sentiment d'impuissance et d'incompréhension face à certaines demandes et décisions du patient, voire de ses collègues. S'il est du ressort du signant d'informer le patient des alternatives à sa disposition, il est de son devoir éthique de créer un contexte permettant au patient de faire ses propres choix en fonction de ses ressources et de ses vulnérabilités.⁹

Pour se mettre dans une histoire pareille, elle doit avoir...

Je n'ai pas pensé qu'elle avait d'autres problèmes, elle changeait tous les jours de chemise de nuit et avait l'air si contente avec son bébé.

Vous rendez-vous compte de ce que vous faites? Si elle quitte le domicile, elle aura encore plus de problèmes.

La méconnaissance peut induire des appréciations erronées, souvent associées à des jugements de valeur. Qu'elle soit inscrite dans une relation ou le fait d'un inconnu, qu'elle soit d'ordre physique, sexuel et/ou psychologique, la violence touche toutes les catégories socio-économiques de la population. De même, elle n'est pas réservée à un seul type de fonctionnement psychologique.

Résonances personnelles liées à des expériences traumatiques

En fonction des taux de prévalence des différents types de violence, il est admis qu'un certain nombre de soignants sont ou ont été confrontés dans leur vie privée à la violence, en qualité de victimes, auteurs, et/ou témoins. De plus, plusieurs études^{10.11.12} montrent que les soignants sont souvent exposés à des agressions physiques, psychologiques et/ou sexuelles sur leurs lieux de travail. Cette exposition a un impact significatif sur leur bien-être personnel (perturbations d'ordre psychologique, dépression, flashback, insomnies, absentéisme, etc.), sur leur performance professionnelle (augmentation des prescriptions médicales, peur constante de nouvelles violences et des patients, etc.) et sur leur satisfaction professionnelle (demandes de mutations, démissions, etc.).

Dans la relation de soins avec une personne confrontée à la violence, les résonances¹³ du soignant vont interagir avec ses compétences professionnelles. En fonction du degré d'intégration psychique et affective de ses expériences plus ou moins traumatiques, les résonances du soignant vont à la fois opérer comme des ressources et comme des vulnérabilités dans son intervention.

De plus le travail avec des patients traumatisés a des effets psychologiques sur les soignants, effets qui peuvent se manifester soit au moment du contact avec le patient, soit peu après celui-ci ou encore à long terme. Ces symptômes spécifiques se retrouvent dans la littérature sous les termes de burn-out, de traumatisation vicariante⁴ ou secondaire, ou encore de fatigue de compassion.¹⁴

CONCLUSION

Les interactions dans les relations de soins impliquent inévitablement une rencontre entre préconstruits individuels et sociaux et attributions de sens de chacun des protagonistes. Cette relation va être déterminante à la fois dans la demande ou non d'aide, la qualité des soins prodigués et dans la perception de celle-ci par le patient.

Les protagonistes de la relation soignant-soigné n'ont pas les mêmes rôles et responsabilités. Il revient au soignant d'être le garant d'un accès à des soins respectueux de la carte du monde du patient.

Les différents éléments qui constituent les préconstruits tant du patient que du soignant peuvent être à la fois des ressources et des vulnérabilités dans la création du contexte relationnel de soins. Afin de potentialiser les ressources des soignants et l'accessibilité aux soins des personnes confrontées à la violence, il paraît indispensable de favoriser l'information et la sensibilisation à cette problématique dans la communauté, le décloisonnement des spécialités, les pratiques pluri- et interdisciplinaires,¹⁵ les pratiques de réseaux, la formation de base et continue, les espaces de réflexion et de supervision et les programmes de recherche. Une telle définition des modes de fonctionnement des lieux de soins pourrait avoir un impact sur la satisfaction et les performances professionnelles des soignants et par conséquent sur l'accessibilité aux soins.

BIBLIOGRAPHIE

¹ PERRONE, R., NANNINI M. *Violence et abus sexuels dans la famille. Une approche systémique et communicationnelle*. Paris: ESF, 1995; 37-8.

² AMIGUET, O., JULIER C., *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève: Les Éditions IES et EESP, 1996; 195.

³ WATZLAWICK P. ED. *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*. Paris: Seuil, 1988.

⁴ ■ VAN DER VEER, G. *Counselling and therapy with refugees and victims of trauma*. Second edition. Chichester: Willey, 1998.

⁵ HADJIISKY, E., AGOSTINI, D., DARDEL, F., THOUVENIN, C. *Du cri au silence: attitudes défensives des intervenants médico-sociaux face à l'enfant victime de mauvais traitements*. Deuxième édition. Vanves. CTNERHI, 1993.

⁶ ■■ DAMIANI, C. *Les victimes: violences publiques et crimes privés*. Paris: Bayard, 1997.

⁷ ■ KAHAN, E., RABIN, S., TZUR-ZILBERMAN, H., et al. *Knowledge and attitudes of primary care physicians regarding battered women. Comparison between specialists in family medicine and GPs*. *Fam Pract* 2000; 17: 59.

⁸ SUGG, NK., THOMPSON, RS., THOMPSON, DC., MAIURO, R., RIVARA, FP. *Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs*. *Arch Fam Med* 1999; 8: 301-6.

⁹ CABIÉ, MC., ISEBAERT, L. *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Ramonville Saint-Agne: Erès, 1997.

¹⁰ FERNANDES, CM., BOUTHILLETTE, F., RABOUD, JM., et al. *Violence in the emergency department: The survey of healthcare workers*. *CMAJ* 1999; 161: 1245-8.

¹¹ ■ ZAHID, MA., AL-SAHLAWI, KS., SHAHID, AA., AWADH, JA., ABU-SHAMMAH, H. *Violence against doctors: 2. Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments*. *Eur J Emerg Med* 1999; 6: 305-9.

¹² MORGAN, JF., PORTER, S. *Sexual harassment of psychiatric trainees: Experiences and attitudes*. *Postgrad Med J* 1999; 75: 410-3.

¹³ ELKAÏM, M. *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Paris: Seuil, 1989.

¹⁴ ■ CORBEIL, J. *La fatigue de compassion chez les intervenants qui transigent avec la violence familiale et conjugale*. In BROUÉ, J., GUÈREMENT, C., eds. *Intervenir auprès des conjoints violents*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 1999; 75-92.

¹⁵ SHIELDS, G., BAER, J., LEININGER, K., MARLOW, J., DEKEYSER, P. *Interdisciplinary healthcare and female victims of domestic violence*. *Soc Work Health Care* 1998; 27: 27-48.

X. Conclusion

Les études effectuées sur l'impact des violences conjugales sur la santé permettent d'avoir des données statistiques très intéressantes et qui confirment la nécessité de tout mettre en œuvre pour lutter contre les violences domestiques. Toutefois, ces mêmes chiffres appellent à la prudence quant à leur interprétation, car des conclusions trop hâtives et subjectives pourraient, tôt ou tard, desservir les actions menées sur le terrain par des professionnel-le-s chevronné-e-s. Souhaitant pouvoir disposer d'informations statistiques pour le canton de Genève, le Bureau du Délégué aux violences domestiques est en train de mettre sur pied l'Observatoire genevois des violences domestiques, ceci grâce à la contribution d'institutions et d'associations qui œuvrent en faveur des personnes impliquées dans des problématiques de violences domestiques.

Les violences conjugales modifient profondément les dynamiques familiales et sociales, provoquent des lésions physiques de toutes sortes et ont des conséquences psychiques pouvant perdurer dans le temps, avec des symptômes tels que la dissociation, l'évitement, la perte de mémoire... De tout ça, il est important de tenir compte dans notre pratique professionnelle. De même, les enfants ne doivent plus être considérés que comme de simples témoins de la violence des adultes mais comme de véritables victimes collatérales. On assiste là à un véritable basculement de nos représentations quant à la place des enfants lors de violences conjugales qui se transforment, de par leur présence, en violences intrafamiliales.

Enfin, ces situations de violences ont un impact certain sur nous, les professionnel-le-s. Ces situations nous touchent, nous révoltent, nous abattent, ... Il est donc important et nécessaire de nous questionner nous-mêmes, sur notre propre rapport à la violence, sur la peur que ces situations engendrent ainsi que sur ces moments où elles nous sidèrent ou encore nous fascinent.

Christelle Mandallaz
Coordinatrice et animatrice des
Forums Violences Domestiques

David Bourgoz
Délégué

Présentation PowerPoint du Dr Rubovszky.

Slide 1

Impact de la violence
sur la santé psychique
Le stress traumatique

Dr Grégoire G. Rubovszky

Responsable de l'Unité d'Accueil d'Urgences
Psychiatriques
Service des Urgences, HUG



Slide 2

Chiffres

- Prévalence: 0,5% Hommes, 1,5% femme (vie entière)
Population à risque: 30 à 80%
- âge moyen: 23 ans
- Pronostic: mauvais sans traitement
- Comorbidités !!

Slide 3

Définition du stress
psychologique

événement traumatique

- exceptionnel
- imprévisible
- mort imminente
- impuissance
- horreur

entraîne →

- perte
- isolement
- déshumanisation
- humiliation

Facteurs de risque

- Sévérité de l'exposition
- Intensité de la douleur
- Diagnostic psychiatrique préliminaire
- ATCD de trauma
- Génétique
- Femmes > hommes
- Âge moyen = 50 ans
- Minorité ethnique

Slide 4

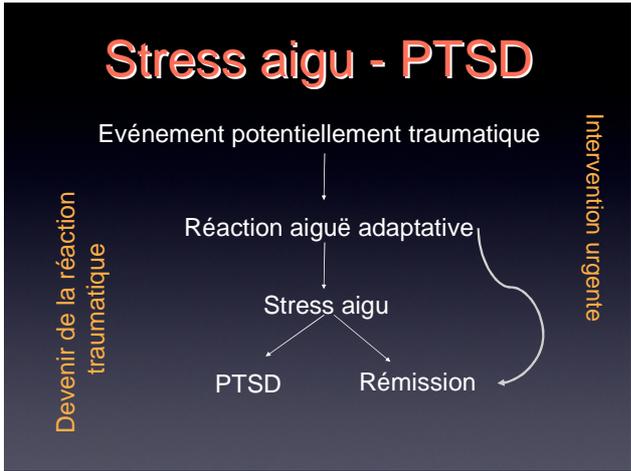
Facteurs de risque "dynamique"

- L'absence d'aide et support psychologique au traumatisé (*Brewin 1999*)
- Vulnérabilité acquise (par précédent trauma)
- Continuité de l'épisode dissociatif après un état de stress aigu
- Faible capacité de « coping »

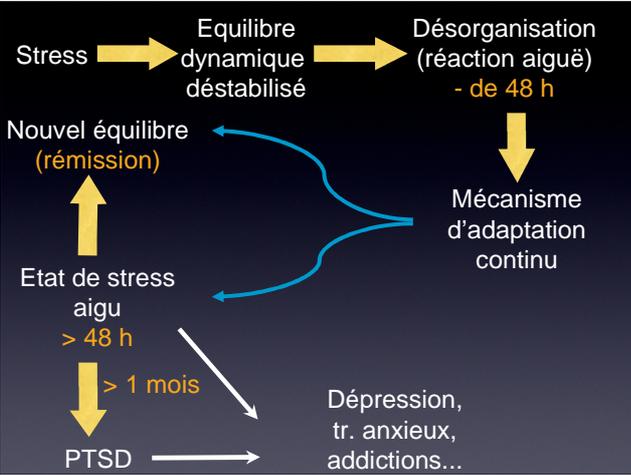
Slide 5

Les 3 phases

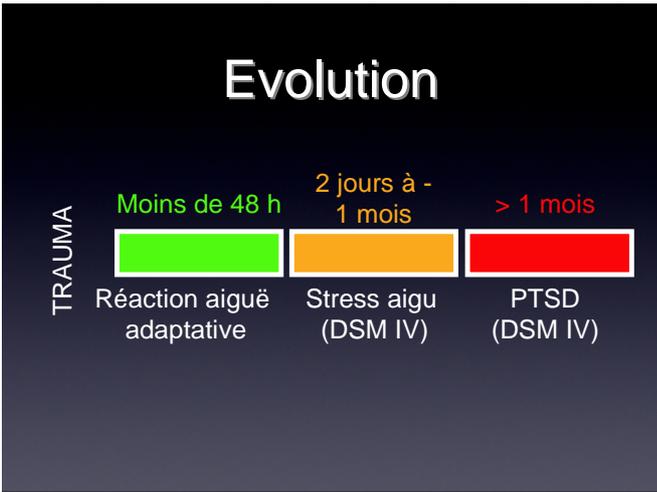
Slide 6



Slide 7



Slide 8



Slide 9

Premier impact

- Détresse importante
- Fonctionnement social / professionnel altéré
- Perte de la concrétisation des tâches

Slide 10

Cas particulier: le PTSD "Complexe"

- Traumatisme unique, courte durée → PTSD
- Traumatisme chronique → PTSD "complexe"
 - Long
 - répété

Slide 11

Vignette

- Aline, 13 ans, cadette d'une fratrie de 3
- Vit avec sa mère et son beau-père alcoolique
- Difficultés scolaires depuis 3 mois, parents alertés par l'école
- Conflit dans le couple parental, mère souvent giflée
- Grands-parents absents: conflit, désapprouvent la relation.

Slide 12

Evolution..

- Fin de l'année scolaire: Aline double sa classe
- Symptômes: isolement, perte de poids, tr. Sommeil, regard souvent figé lors des pauses, moments de colères occasionnelles mais en diminution
- Personne pour s'inquiéter d'Aline, sauf l'école
- Intervention de la psychologue scolaire

Slide 13

En consultation

- Aline sort de sa réserve après 5 séance avec un thérapeute:

Sa mère est souvent en voyage, son beau-père abuse d'elle et le grand frère est au courant, mais menacé de mort par le B-P s'il parle

Slide 14

Risque

- PTSD « Complexe »
VS
- Trouble de la personnalité borderline
...ou les deux

Slide 15

La victime

- Captivité physique ou psychologique
- Sous contrôle de l'agresseur
- Fuite impossible
- Ex: violence domestique (chronique)
prostitution
abus physiques chroniques
abus sexuels dans l'enfance
captivité en cas de guerre

Slide 16

« Diagnostic » (non DSM IV)

- Période prolongée sous le contrôle d'autrui
- Modification de la perception de son propre état
- Dissociation, reviviscence, oublis d'événements traumatiques
- Humeur dépressive, colère idées suicidaires
- Agresseur perçu comme « tout-puissant », envie de vengeance contre l'agresseur
- Atteinte des relations interpersonnelles: isolement...
- Évitement
- Abus de substances
- Auto-mutilations

Slide 17

Conséquences fréquentes du PTSD

- Minimisation par entourage
- Changement de capacité à supporter les stressseurs
- → Traitement spécifique
- « PTSD Complexe » → gravité des symptômes

Slide 18

Prise en charge immédiate du stress traumatique

- Instauration d'un cadre rassurant
- Réafférentation spatio-temporelle:
historique des événements avec les autres témoins
- Empathie
- Espace aux affects et à la parole
(Parler, pleurer, prendre son temps)
- (Médication dans l'urgence)

Slide 19

Prise en charge immédiate (2)

- Expliquer les symptômes
(la réaction adaptative face à l'événement)
- Se focaliser sur les besoins et ressources du patient
- Tendre vers la réappropriation du sentiment de contrôle
- Prévention: risque PTSD, dépression...

Slide 20

Facteurs protecteurs du PTSD

- Soutien psychologique (pas un debriefing)
 - Permettre la verbalisation si souhaitée
 - Voix apaisante
 - Permettre au patient de se réapproprier l'expérience
- Compagnie, présence de l'entourage
- Donner un sens à la réaction
- Ressources intérieures
- Environnement social stable
- Ressources matérielles

(Lazarus
1984)

Slide 21

Plaintes traumatiques à 2 mois

- Perte de poids,
- tabac,
- alcool, drogues
- désafférentation sociale
- Etc...

Slide 22

Bibliographie

- Acute stress reactions in adults (A. Y. Shalev 2002)
- New directions in the pharmacotherapy of PTSD (C. R. Marmar 2002)
- De la Maladie traumatique aux interfaces du traumatisme (A. Andreoli 2000)
- Toward Early Pharmacological Posttraumatic Stress Intervention (C. A. Morgan III 2003)
- Recognizing and treating posttraumatic stress disorder: A guide for the primary care physician (R. E. Levine 2002)
- PTSD: A model of longitudinal course and the role of risk factors (A. C. McFarlane 2000)
- Early predictors of PTSD (R. A. Bryant 2003)

Slide 23

Merci !

Slide 24

Annexes

Slide 25

Episode dissociatif

3 ou plus:

- Impression d'engourdissement, détachement, absence de réponse émotionnelle
- ↘ conscience de l'environnement
- Déréalisation
- Dépersonnalisation
- Amnésie circonstancielle
- **Diagnostic différentiel:**
sy. psychotiques, tr. personnalité

Slide 26

Symptômes de stress traumatique

Slide 27

Répétition

Au moins 1:

- Image récurrente
- Pensée récurrente
- Rêve, cauchemar
- Illusion
- "Flash back" (reviviscence)

Slide 28

Evitement

- de la pensée
- des émotions
- des lieux
- des gens
- des conversations
- > intérêt, activités

Slide 29

Symptômes neurovégétatifs

- Sommeil
- Irritabilité
- Hypervigilance
- Difficulté de concentration
- Sursauts
- Hyperactivité motrice
- Anxiété

Slide 30

Coordonnées des intervenant-e-s

Monsieur Laurent Moutinot

Conseiller d'Etat de Genève
Département des Institutions
Rue de l'Hôtel-de-Ville 14
1204 Genève
Tél: 022 327 25 00

Monsieur David Bourgoz

Délégué aux violences domestiques
Bd Helvétique 27
1207 Genève
Tél: 022 546 89 82
David.bourgoz@etat.ge.ch

Docteur Daniel S. Halpérin

Consultation interdisciplinaire de médecine et
de prévention de la violence (CIMPV)
Rue Micheli-du-Crest 24
1211 Genève 14
Tél: 022 372 96 42
Daniel.Halperin@hcuge.ch

Docteur Grégoire Rubovszky

Service de psychiatrie de liaison et
d'intervention de crise
Bd de la Cluse 51
1205 Genève
Tél: 022 372 48 70
Gregoire.Rubovszky@hcuge.ch

Madame Béatrice Cortellini

Association Solidarité Femmes
Rue Montchoisy 46
1207 Genève
Tél: 022 718 78 20
bc@solidaritefemmes-ge.org

Monsieur Frank Voindrot

Hôpitaux du Léman
3, avenue de la Dame
BP 526
F - 74203 Thonon Les Bains
franck.voindrot@wanadoo.fr

Madame Annie de Vincenzi

Consultation pour couples et familles - HUG
Rue de Lyon 89 - 5^{ème} étage
1203 Genève
Tél: 022 382 33 01
Annie.deVincenzi@hcuge.ch

Monsieur Benoît Reverdin

Consultation pour couples et familles - HUG
Rue de Lyon 89 - 5^{ème} étage
1203 Genève
Tél: 022 382 33 01
Benoit.reverdin@hcuge.ch

Madame Isabelle Rinaldi Baud

Consultation interdisciplinaire de médecine et
de prévention de la violence (CIMPV)
Rue Micheli-du-Crest 24
1211 Genève 14
Tél: 022 372 96 44
Isabelle.rinaldi@hcuge.ch

Madame Véronique Jaquier

Institut de criminologie et de droit pénal
ESC/Ecole des sciences criminelles
Bâtiment BCH
1015 Lausanne
Tél: 021 692 46 00
Veronique.Jaquier@unil.ch

Madame Christelle Mandallaz

Coordinatrice et animatrice des
Forums Violences Domestiques
Christelle@mandallaz.ch