

VIOLENCES ET TORTURE

Auteurs: Dr. E. Escard, Service de médecine de premier recours, HUG
Mme B. Whitaker, Service de médecine de premier recours, HUG

Expert: Dr. E. Escard, Service de médecine de premier recours, HUG

Relecteur: Dr T. Favrod-Coune, Service de médecine de premier recours, HUG

Algorithmes et relecture : M. Le Braz

Mise en page : J. Calin

2017

LES POINTS À RETENIR

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

VIOLENCES ET TORTURE

Certaines violences demandent des mesures particulières qui font l'objet de stratégies de prise en charge distinctes, d'où les parties suivantes :

- Part I : Personnes confrontées à des violences (>16 ans)
- Part II : Les violences conjugales et domestiques
- Part III : Les agressions sexuelles
- Part IV : Les violences en milieu professionnel et institutionnelles
- Part V : Torture, guerre et violences organisées

Part I : PERSONNES CONFRONTEES À DES VIOLENCES (>16 ANS)

1. INTRODUCTION

Pour l'OMS, les violences constituent un **problème majeur de santé publique**, tant elles sont fréquentes et affectent la santé physique, psychique et sociale des personnes qui y sont confrontées, indépendamment de leur rôle dans la situation (victimes directes ou indirectes, auteurs, témoins), à court, moyen et long terme. Elles peuvent néanmoins être traitées et prévenues.

Par ailleurs, les situations de violence sont une atteinte aux droits humains et à l'ordre public. Elles sont potentiellement dangereuses et suscitent beaucoup de questions et d'émotions chez les intervenants qui peuvent réagir de différentes manières défensives (banalisation, dramatisation, fascination, passage à l'acte, ...). Ces attitudes peuvent mettre les victimes, les auteurs et leurs proches en danger.

Dans ce document, nous allons nous intéresser aux violences interpersonnelles et à la prise en charge médico-psycho-socio-juridique, essentiellement du côté des victimes.

NB : En ce qui concerne les violences et maltraitances directes chez les <16 ans, prière de se référer au Groupe de Protection de l'Enfance (GPE) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), via le Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques (SAUP) au 022 372 45 55.

2. DEFINITIONS

Il existe de nombreuses façons de définir les violences, par exemple :

« La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (OMS, 2002).

« Les violences constituent une violation des droits de la personne et de ses libertés fondamentales : droit au respect de l'intégrité, physique, psychique et sexuelle de la personne humaine, de son identité, de sa dignité et de sa sécurité, droit au respect de sa liberté de mouvement, de pensée et d'expression ».

« La violence est un phénomène complexe qui recouvre des aspects multi-contextuels, multidimensionnels et polysémiques ».

De plus, les violences :

- Impliquent le plus souvent un abus de pouvoir sur des personnes en situation de dépendance, de vulnérabilité physique, psychique, affective et/ou sociale.
- Comprennent non seulement les actes agis ou subis sous la contrainte, mais aussi les actes d'omission ou de négligence, par ex. ne pas nourrir un enfant.
- Sont pour la plupart interdites par la loi, qui est la même pour tous et fait office de tiers garant dans un état de droit. Les violences ont donc des implications juridiques voire judiciaires et ont par conséquent des implications médico-légales.
- Entraînent également des coûts, qu'ils soient directs (frais de santé,...) ou indirects (invalidité, absentéisme, frais de justice, perte de productivité,...).

3. TYPOLOGIE DES VIOLENCES

Les violences sont généralement classées (tableau 1) selon :

- Le rôle de la personne dans la situation : victime, auteur, victime-auteur, témoin
- Leur type : cf. tableau 1
- Leur contexte de survenue : couple, famille, rue, lieu de travail, école, EMS, guerre,...

Remarque : Les rôles, types et contextes peuvent être pour une même personne cumulés et intriqués à des degrés divers et varier selon le temps. Par ex., une personne peut être victime de *mobbing* sur son lieu de travail et vivre une relation conjugale à interaction violente où elle est tour à tour victime et auteur par rapport à son conjoint ou aux enfants.

1. Les violences psychologiques
2. Les violences physiques
3. Les violences sexuelles
4. Les négligences/défaut de soins
5. Les violences économiques
6. Les privations de liberté
7. Les violences contre les animaux, les objets de la victime

Tableau 1 : Typologie des violences.

3.1 VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES

Elles comprennent les paroles, attitudes et comportements visant à contrôler la personne en suscitant l'insécurité, l'angoisse, la peur, l'isolement et/ou la perte d'estime de soi. Dans une relation à interaction violente, elles précèdent souvent les violences physiques, en mettant la personne visée sous emprise et dans une relative incapacité à se défendre.

Elles sont multiples, le plus souvent répétées et d'autant plus délétères qu'elles sont difficilement objectivables non seulement par les victimes mais aussi par l'entourage. Elles suscitent confusion et trouble chez la personne visée qui peine à identifier la source de sa souffrance. Exemples: intimider, tyranniser, proférer des propos blessants, dévalorisants, dégradants, brimer, punir, insulter, humilier, dénigrer, rabaisser, infantiliser, par ex. les personnes âgées ou handicapées, contrôler constamment et surveiller les faits et gestes de la personne, jalousie excessive, harcèlement, isoler de ses amis et de sa famille jusqu'à l'enfermement, chantage au suicide, menacer de coups, de mort, d'abandon, de rétorsion, de représailles, désinformer, etc.

3.2 VIOLENCES PHYSIQUES

Elles comprennent tous les coups/gestes portés avec une partie du corps : mains, pieds, tête ou avec un objet visant à infliger délibérément une douleur physique ou une blessure. Dans une relation à interaction violente, elles sont le plus souvent précédées ou accompagnées de violences psychologiques et non rarement de violences sexuelles.

Elles peuvent être uniques ou répétées. Exemples: pousser, empoigner, secouer, gifler, frapper, battre, tabasser, cracher, mordre, tirer les cheveux, brûler, utiliser un objet contondant, un couteau ou une arme à feu, étrangler avec les mains, les genoux ou un objet, étouffer avec un coussin, écraser les doigts, le thorax, empêcher de dormir, obliger à rester dans une baignoire d'eau glacée, etc.

3.3 VIOLENCES SEXUELLES

Elles se définissent comme **toute atteinte à la sexualité de l'autre**, et particulièrement par le fait de **contraindre** une personne à subir et/ou à accomplir des actes d'ordre sexuel. Elles sont définies plus précisément à la partie III. Elles sont ponctuelles ou répétées sur des périodes parfois très longues, touchent les personnes les plus vulnérables et dépendantes, et sont principalement agies dans le cadre de relations privilégiées et *a priori* de confiance.

Il faut rappeler le droit inaliénable à une sexualité consentie et libre pour les hommes et pour les femmes, et que l'agression sexuelle ne se réduit pas à la génitalité.

3.4 NÉGLIGENCES, DÉFAUT DE SOINS

On parle généralement de négligence lorsqu'il y a absence de « bien-traitance » nécessaire envers les personnes dépendantes – enfants, personnes handicapées ou âgées – et non-réponse aux besoins de base, vitaux et relationnels de ces personnes. Ex. : ne pas garantir sécurité, dignité, respect, affection, nourriture, hygiène, éducation, habillement, soins, attention, ...

À noter qu'il n'est pas rare que les négligences s'accompagnent de violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles agies. Elles peuvent se voir également dans un cadre conjugal.

3.5 VIOLENCES ÉCONOMIQUES

On parle aussi de violences matérielles et financières.

Elles comprennent d'une part tous les actes visant à contrôler l'autre en restreignant son autonomie financière et d'autre part tous les actes visant à exploiter l'autre à des fins d'enrichissement personnel. Ex. : empêcher l'autre de travailler, exploitation financière, contrôle excessif des dépenses, refuser à la personne l'accès à l'argent ou à son compte en banque, confiscation des cartes bancaires, utilisation de l'argent comme moyen de contrôle, détournement, vol, arnaque, cambriolage, appropriation voire vente des objets appartenant à l'autre, ...

3.6 PRIVATIONS DE LIBERTÉ

Elles comprennent tous les actes visant à restreindre ou abolir toute liberté de pensée ou de mouvement chez la personne visée. Exemples : séquestration, enfermement, contention physique, soumission chimique, ...

3.7 VIOLENCE CONTRE LES ANIMAUX, LES OBJETS, L'ENVIRONNEMENT DES PERSONNES VICTIMES

C'est une forme de violence psychologique qui vise directement la personne victime par des actes, gestes ou comportements intimidants, effrayants, désécurisants et destructeurs. Exemples: détruire des objets personnels (découper des photos de famille, des vêtements, blesser voire tuer l'animal de compagnie de l'autre, menacer ou s'en prendre aux enfants ou à un proche pour faire peur à l'autre, jeter, casser des objets, détruire des fleurs dans le jardin, polluer l'habitat, ...).

4. PREVALENCE

Selon l'OMS, dans le monde :

- En l'an 2012, on relève 1 400 000 cas de morts violentes dont 475 000 homicides
- Chaque année, environ 40 millions d'enfants seraient victimes d'abus
- 1 adulte sur 4 a subi des sévices physiques dans l'enfance
- 1 femme sur 5 a subi un abus sexuel dans l'enfance (contre 5% des hommes)
- 1 femme sur 3, qui a eu des relations de couple, signale avoir subi une forme quelconque de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire
- 40 à 70% des femmes victimes d'homicide sont tuées par leur mari ou leur amant
- 6% des personnes âgées ont été victimes de maltraitance dans le dernier mois,...

5. IMPACTS SUR LA SANTE

Qu'elles soient ponctuelles ou répétées et chroniques, les violences ont potentiellement un effet destructurant et désorganisateur et des conséquences sur la santé physique, psychique et sociale non seulement des personnes victimes directes, mais aussi des autres personnes concernées – par ex. les enfants exposés aux violences conjugales. Les personnes peuvent être atteintes dans leur intégrité et leur identité à plusieurs niveaux: au niveau de leur territoire bio-corporel, de leurs représentations psycho-affectives et de leurs compétences relationnelles et sociales – par ex. dans leurs compétences parentales.

Ces conséquences sont variables, car elles dépendent de l'intrication complexe de nombreux facteurs, par ex : le rôle dans la situation, les faits violents eux-mêmes, le contexte de survenue, le vécu subjectif au moment des faits, l'histoire de vie actuelle et passée des personnes concernées, différents facteurs de vulnérabilité, mais aussi les ressources et le système de soutien dont bénéficie la personne concernée.

Santé physique :

- Blessures (lacérations, fractures, lésions internes) et leurs éventuelles séquelles
- Décès par homicide
- Décompensation d'un trouble organique : diabète, asthme, hypertension
- Obésité, malnutrition
- Infections à répétition, notamment urinaires
- Céphalées, cervicalgies, lombalgies
- Troubles neurovégétatifs et/ou psychosomatiques : nausées, vertiges, prurit, paresthésies, palpitations, diarrhées, côlon irritable, fibromyalgie
- Abus d'alcool, de drogues, de médicaments
- Affections gynécologiques et obstétricales : maladies sexuellement transmissibles (y compris SIDA), stérilité, grossesse non désirée, fausse couche, interruption volontaire de grossesse, dyspareunie, douleurs pelviennes chroniques

Santé mentale :

- Etat de stress post-traumatique
- Dépression
- Anxiété, attaques de panique
- Mauvaise estime de soi
- Idéation suicidaire, tentatives de suicide
- Troubles du sommeil
- Dysfonction sexuelle
- Décès par suicide
- Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Trouble du caractère ou de la personnalité
- Conduite à risque
- Comportement hétéro- ou auto-agressif
- Trouble de l'apprentissage, retard du développement
- Hyperactivité

Santé sociale :

- Stigmatisation, rejet
- Repli familial et social
- Isolement
- Difficultés au travail et/ou à l'école : absentéisme, difficultés de concentration, distraction, inattention, problèmes relationnels
- Chômage, invalidité
- Précarité, perte de logement, clochardisation, fugues, errance
- Absence de soins médicaux ou « shopping » médical
- Impact sur les proches, l'entourage

Tableau 2 : Principales conséquences des violences sur la santé globale.

Part II : LES VIOLENCES CONJUGALES ET DOMESTIQUES

6. DEFINITION

Ce sont des violences inter-personnelles et intentionnelles qui surviennent dans un contexte de relations privilégiées; d'alliance, de filiation ou de fratrie. Elles s'exercent dans tous les types de couples (mariés ou non, hétéro- ou homosexuels, vivant ensemble ou séparés) et de familles (y compris monoparentales, recomposées) et ce, parfois, sur plusieurs générations. Leurs typologies peuvent être multiples et intriquées.

Elles surviennent à tout âge et à toutes les phases de la vie familiale, peuvent être ponctuelles ou répétées, directes ou indirectes, unilatérales ou mutuelles, voire « en chaîne », du « fort envers le plus faible ». Adultes et enfants peuvent être à leur tour auteurs, victimes ou témoins. Les formes les plus fréquentes sont les violences conjugales exercées contre les femmes par leurs partenaires de sexe masculin.

7. EPIDEMIOLOGIE

Les formes les plus courantes, les plus délétères et les plus dangereuses sont celles exercées contre les femmes par leurs partenaires masculins avec un risque plus fréquent pour les femmes d'être victimes d'homicide; 10.5% des femmes en Suisse rapportent avoir subi des violences physiques de la part d'un partenaire intime.

Ce pourcentage est de 40% pour les agressions psychologiques subies, aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes. La grossesse et les 12 mois suivant la naissance sont des périodes à risque de violences conjugales ; 40% des femmes victimes de violence rapporteraient avoir subi des violences pendant leur grossesse, dans 90% des cas lors d'une grossesse non désirée.

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

Les facteurs de risque pour un homme d'être auteur et pour une femme d'être victime ont bien été étudiés et figurent dans de nombreux rapports de l'OMS qui retiennent des facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux. On pourrait citer par exemple comme facteurs communs l'usage nocif d'alcool ou de drogues, une exposition aux violences au cours de l'enfance, une mésentente conjugale, un jeune âge, un faible revenu ou niveau de scolarité, l'acceptation de la violence.

8. CARACTERISTIQUES DES VIOLENCES CONJUGALES

Ces caractéristiques sont nécessaires à connaître pour comprendre à quel point une personne victime peut être sous emprise et piégée à différents niveaux. Elles expliquent en partie aussi pourquoi elle peut être si ambivalente et pourquoi il est si difficile de sortir d'un processus relationnel violent.

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

La particularité de ces violences est de fonctionner comme un mode de communication paradoxale, de type double contrainte (« *double bind* ») : « Je t'aime (je tiens à toi) et je te frappe ». Ce type de communication « enferme » la personne psychologiquement en la piégeant entre 2 messages contradictoires qui l'empêchent de penser, de prendre du recul et de choisir. L'identité, les appartenances et les représentations de soi et du monde sont alors profondément remises en question. Cela entraîne, au-delà des blessures physiques et psychiques, une situation de confusion, une perte de repères et de contrôle, et des distorsions cognitives. Cette confusion est encore augmentée par les menaces de représailles et de mort.

Quelles que soient les solutions envisagées par la victime pour se protéger ou pour protéger ses enfants (recherche de soins, séparation, dépôt de plainte, collaboration avec le SPMI,...), leurs enjeux engendrent généralement inquiétude et angoisse et peuvent renforcer des sentiments de honte et de culpabilité à la perspective de faire éclater la famille, de priver les enfants de l'un des parents, mais aussi de faire face à l'isolement, à la précarisation économique et à la stigmatisation sociale.

Ces violences ont donc de multiples implications et comportent de nombreux enjeux pour la personne et y faire face peut lui sembler insurmontable. Il est donc nécessaire de les prendre en compte pour adapter au mieux la prise en charge.

9. IMPACTS SUR LA SANTÉ

Les violences domestiques sont l'une des causes principales aussi bien de traumatismes aigus que d'affections médicales chroniques chez les personnes victimes, essentiellement les femmes et les enfants. Comme l'ont montré de nombreuses études, tant en Suisse que dans le monde, ces violences peuvent toucher toutes les dimensions de la santé et du bien-être : santé physique, santé mentale, santé sexuelle et reproductive ou encore santé sociale.

Sur le plan sémiologique, les violences peuvent être à l'origine de lésions évocatrices d'une symptomatologie non spécifique, d'un ensemble complexe de symptômes post-traumatiques inscrits dans la chronicité (tableau 2, Part I).

10. ASPECTS LÉGAUX

En Suisse, les violences relèvent d'un ensemble de lois au plan fédéral. À noter que depuis 2004, dans le Code Pénal Suisse, un certain nombre d'actes de violence commis dans le couple et le partenariat sont poursuivis d'office en tant que délits - c'est-à-dire même sans plainte de la victime (art. 55a). Les lésions corporelles simples (art. 123), les voies de fait réitérées (art. 126), les menaces (art. 180), la contrainte (art. 181), la contrainte sexuelle (art. 189) et le viol (art. 190) sont poursuivis d'office.

Attention : Le fait que ces actes violents soient poursuivis d'office n'implique pas que le médecin des HUG doive ou soit autorisé à avertir ces autorités. En effet, les prises en charge des personnes confrontées aux violences sont couvertes par le secret professionnel et par le secret de fonction. À cet égard, se référer à la directive HUG dans HUGO : « Marche à suivre en cas d'infractions pénales à l'encontre de patients et/ou visiteurs ». De même, des procédures spécifiques existent pour signaler des enfants victimes d'infractions pénales (au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant) ou étant en danger dans leur développement (au Service de protection des mineurs). Ne pas hésiter à appeler l'UIMPV ou à consulter le Service juridique des HUG (au 26 025) en cas de question ou de doute.

11. PRISE EN CHARGE

Compte tenu de la complexité et des risques qui y sont liés, ces situations nécessitent une prise en charge multidisciplinaire coordonnée et souvent des compétences spécifiques. En effet, en présence d'une personne confrontée à des violences, le rôle du médecin de premier recours (MPR) n'est pas de tout gérer seul (tabl. 3).

L'accueil, les soins, la protection, le constat de lésions traumatiques (cf. Annexe1), l'accompagnement et l'orientation des patients vers un service spécialisé en cas de besoin, tout en restant une personne de référence.

Tableau 3 : Rôle du médecin de premier recours (MPR).

Le MPR est dans une position privilégiée pour reconnaître les signes de violence domestique, écouter et recueillir les souffrances qui l'accompagnent et pour soutenir ces patients, dans la confidentialité et dans un climat favorable et empathique. Il devrait autant que possible s'abstenir d'attitudes construites sur des stéréotypes ou des modes défensifs. Une proposition de changement immédiat au moment de la première demande d'aide peut être prématurée voire inadéquate en fonction des cas (porter plainte, signaler au Procureur ou au Service de protection des mineurs, se séparer, fuir loin avec les enfants,...). Sortir de la violence est en effet un processus lent et difficile.

Dans ces situations de violence, la consultation médicale ne peut être le seul instrument de changement. Il importe que les médecins coopèrent avec les autres services et il y a souvent la nécessité de l'intervention

d'équipes spécialisées (Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV), médecine légale, Unité mobile d'urgences sociales pour la nuit (UMUS), Centre « loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions » LAVI) cf. tableau 4.

<p>UIMPV : Tél 29641 du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h – Bip 3 40 40</p> <p>UMUS : Tél 022 420 20 20 du lundi au vendredi : de 17h à 8h le lendemain matin. Week-end et jours fériés: 24 heures sur 24</p> <p>LAVI : Tél 022 320 01 02 du lundi au vendredi sauf mardi : 8h30-12h30/13h30-17h ; mardi : 13h30-17h00</p> <p>Pour + d'infos : https://www.ge.ch/violences_domestiques/ et http://ge.ch/stopviolence/</p>

Tableau 4 : Contacts utiles en cas de constat de violence conjugale et/ou domestique.

Il importe de connaître quelques règles de prise en charge utilisées par les spécialistes, pour être utile et ne pas nuire au processus engagé ou qui va être engagé (tableau 5). Le médecin de premier recours peut à tout moment s'appuyer sur des spécialistes en cas de besoin (*counselling*) ou orienter les patients vers eux.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Pré-requis à la prise en charge Créer un cadre d'intervention rassurant, garantissant la confidentialité Prendre le temps nécessaire 2. Prise en charge médicale de base Faire une anamnèse circonstanciée des faits et/ou du processus violent Prodiguer les soins médicaux et psychologiques immédiats Établir une documentation médico-légale 3. Principes éthiques face aux violences infligées Respecter le rythme des personnes concernées Prendre position face aux violences infligées Informar qu'elles peuvent avoir un impact sur la santé globale Énoncer la loi Préciser que la responsabilité des actes violents revient à celui qui les agit Préciser que la responsabilité de se protéger revient à la victime 4. Protection et sécurité Évaluer les risques immédiats* pour la personne victime et ses proches Organiser la protection physique et psychique Veiller à la protection des enfants et des éventuels proches dépendants Informar sur les droits fondamentaux et sur le réseau Orienter vers et collaborer avec le réseau pour le suivi médico-psycho-socio-juridique 5. Prendre en compte le partenaire Se renseigner sur son état psychologique Selon les cas, lui proposer de consulter des spécialistes individuellement Attention ! Il est contre-indiqué de faire des entretiens de couple en cas de violence sans évaluation précise des risques.

Tableau 5 : Prise en charge d'une personne victime de violences conjugales.

*Risques immédiats: risque de récurrence de la violence, d'être agressé-e, voire tué-e. Risque d'agresser, voire de tuer. Risque de décompensation psychiatrique, risque suicidaire. Risque pour les proches - de violence, d'enlèvement - (enfants, famille, amis, ...).

PART III : LES AGRESSIONS SEXUELLES (AS)

12. DEFINITION

Le fait de contraindre une personne, incapable de résister ou de donner son consentement (par exemple personne sous l'effet de l'alcool, ingestion volontaire ou non) à subir et/ou à accomplir des actes d'ordre sexuel, par utilisation de la force, de la menace implicite ou explicite de la force, de la surprise, de la ruse, de la manipulation et/ou de la contrainte physique ou chimique. Les agressions sexuelles constituent des violences psychologiques en soi et peuvent être accompagnées de menaces de mort et de violences physiques (strangulation, coups, ...).

13. TYPOLOGIE DES AGRESSIONS SEXUELLES

- Sans contact corporel* : exhibitionnisme, contrainte à regarder du matériel pornographique, harcèlement verbal ou téléphonique à connotation sexuelle, etc.
- Avec contact corporel* : attouchements, caresses et baisers imposés, etc.
- Avec pénétration ou tentative de pénétration* : génitale, anale, buccale, qu'elle soit pénienne, digitale ou au moyen de n'importe quel objet.

Il est à noter le cas particulier des violences sexuelles dans le contexte plus large des violences conjugales, qui sont souvent rapportées comme des rapports sexuels sous menace indirecte ou implicite, par exemple « pour éviter les coups » ou « pour éviter les mesures de rétorsion contre elle ou les enfants ». Les AS surviennent parfois dans des contextes spécifiques qu'il ne faut pas oublier (mutilations génitales féminines, mariage forcé, traite des êtres humains, avortement forcé, examen médical, harcèlement sexuel au travail, violences collectives,...).

14. CONSÉQUENCES DES AGRESSIONS SEXUELLES

Les AS comportent des **risques majeurs pour la santé globale** des personnes victimes dans l'immédiat mais aussi à moyen et long terme : blessures, MST dont le sida, grossesse, suicide, état de choc, psycho-traumatisme, dépression... Ces conséquences médico-psychologiques nécessitent une prise en charge en urgence afin d'en prévenir les plus graves. Les AS ont aussi un impact sur les proches, qui peuvent présenter une symptomatologie de stress importante.

Par ailleurs, les AS sont interdites par la loi. Elles ont donc aussi des implications juridiques, voire judiciaires, et médico-légales.

15. ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

Les éléments de preuve - ecchymoses, blessures, traces de matériel biologique provenant de l'auteur présumé (salive, cellules épithéliales, sang, sperme...), drogues dans l'organisme,... - sont fragiles et nécessitent d'être constatés et mis en évidence rapidement. Ces éléments doivent être recherchés dans les AS de type b et c.

L'anamnèse d'une AS est souvent difficile et la victime peut avoir de la peine à « se souvenir » des faits (stress important, amnésie dissociative, alcoolisation, soumission chimique,...), il est important d'au moins prélever du sang et de l'urine au plus vite pour des dosages de toxiques. Après, il sera toujours temps d'évaluer l'opportunité de faire un Constat d'Agression Sexuelle (CAS) détaillé, soit à la Maternité des HUG s'il s'agit d'une femme, soit au Service des Urgences s'il s'agit d'un homme (cf. texte plus loin).

16. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

16.1 GÉNÉRALITÉS : PROTOCOLE HUG

Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), il existe un « protocole de prise en charge des **femmes** et des **enfants** victimes d'agression sexuelle », car ce sont eux qui consultent dans la majorité des cas suite à une AS.

On le trouve sur intranet: Protocole CAS du département de gynéco, médecins, fiche d'attitude (http://gyneco-obstetrique.hug-ge.ch/docs_protocoles/fiches_gyneco.html).

Concernant les **hommes**, il n'existe pas de protocole spécifique, mais leur prise en charge est dans les grandes lignes le même.

16.2 OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE

- Procurer rapidement un **cadre** accueillant, sécurisant et garantissant la confidentialité.
- Proposer une **disponibilité** et une **écoute** qui permettent à la personne « d'entendre » une proposition de soutien et de suivi lors des jours et des semaines qui suivent, dans les domaines médico-psycho-socio-juridiques, et faciliter ainsi la compliance future.
- Procurer des **soins** médico-psychologiques immédiats nécessaires.
- Sauvegarder tous les éléments médico-légaux pour permettre à la patiente de répondre aux besoins des autorités judiciaires concernées en cas de procédure.
- Réaliser le **constat d'agression sexuelle (CAS)*** en effectuant les premières constatations médico-psycho-légales – objectivation des éventuelles lésions traumatiques et des conséquences médicales et psychologiques directes et immédiates de l'agression – et en procédant aux divers prélèvements nécessaires dans les conditions médicales, psychologiques et médico-légales adéquates d'un point de vue scientifique, éthique et déontologique.
- Evaluer et prévenir **les conséquences médico-psychologiques et sociales** possibles des agressions sexuelles (MST, grossesse, tétanos, état de stress post-traumatique, ...).
- Effectuer un travail de crise et une **évaluation des risques immédiats** encourus par la victime (suicide, décompensation psychiatrique, récurrence de la violence, ...) et de ses besoins immédiats dans les domaines psychosocial et juridique.
- **Mettre en place un suivi** médico-psycho-socio-juridique systématique pour les personnes victimes d'une agression sexuelle.
- À noter qu'afin d'éviter à la personne victime un double examen potentiellement re-victimisant, le protocole prévoit que le CAS soit pratiqué en **un seul examen** qui est à la fois médical et médico-légal.

16.3 LORSQUE LA PERSONNE VICTIME EST UNE FEMME DE >16 ANS

16.3.1 Principes

Dès que la notion d'AS est connue ou considérée comme probable, **proposer** à la patiente de faire un examen gynécologique et médico-légal, en précisant bien que cet examen vise principalement à procurer des soins, mais qu'il est l'occasion de faire aussi des prélèvements à but médico-légal.

Préciser que cela n'implique pas obligatoirement de porter plainte, mais que les éléments de preuve disparaissent vite et que les prélèvements seront gardés à sa disposition au CURML en cas de besoin (1 an pour les personnes majeures et jusqu'à leurs 25 ans pour les mineurs au moment des faits).

La prise en charge comprend **2 volets principaux** :

1. Constat d'Aggression Sexuelle (CAS) à la **Maternité** avec le **kit-agression sexuelle**
2. Suivi médico-psycho-socio-juridique à l'**UIMPV** en collaboration avec le réseau.

16.3.2 Organisation

1. **Orienter** la patiente vers la Maternité, où le gynécologue et le légiste de garde vont pratiquer le CAS, qui comprend les examens et les prélèvements médicaux et médico-légaux nécessaires, y compris un constat de lésions traumatiques.
2. **Prévenir** la Policlinique de gynécologie (infirmière ou gynécologue de garde). Le médecin légiste sera prévenu par leurs soins (selon protocole) notamment pour les AS datant de moins d'une semaine (tabl. 6).
3. En général, l'**UIMPV** intervient après le CAS à la demande de la Maternité, avec possibilité d'un rendez-vous sur une plage horaire bloquée (tableau 6).

Attention : Si l'on prévoit que le transfert de la patiente va prendre du temps et surtout s'il y a suspicion d'intoxication – volontaire ou non -, prélever du sang et de l'urine dans un but d'analyse toxicologique médico-légale (dans un tube sec pour l'urine et tube vacutainer rouge 6ml). Bien noter la date et l'heure du prélèvement sur ces derniers.

Médecin responsable à la Maternité :	Bip 32 316
Médecin gynécologue de garde :	Bip 32 271 ou 33 124
Médecin légiste de garde :	Bip 34 980 ou 079 28 96 536
Infirmière gynécologie de garde :	24 191
À l'UIMPV :	Bip 34 040 ou 022 372 96 41

Tableau 6 : Numéros de téléphone utiles en cas de CAS.

16.3.3 Lorsque la personne victime est un homme de >16 ans

La prise en charge comprend **2 volets principaux** :

1. Constat d'Aggression Sexuelle (CAS) au **Service des Urgences** avec le **kit-agression sexuelle avec appel éventuel du chirurgien proctologue de garde**
2. Suivi médico-psycho-socio-juridique à l'**UIMPV**.

NB : Les garçons et filles de <16 ans victimes d'AS sont d'abord reçus aux Urgences pédiatriques.

Part IV : LES VIOLENCES EN MILEU PROFESSIONNEL ET INSTITUTIONNELLES

17. DÉFINITION

Les violences en milieu professionnel concerneraient de 5 à 20% des travailleurs en Europe. Elles sont mal reconnues. Le secteur santé et social est très touché par ces violences, notamment dans certains lieux à risque (urgences, psychiatrie, gériatrie, prisons, domicile, ...) et entre 18 heures et 7 heures.

Elles se définissent comme tout incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou d'attaques dans des circonstances liées à leur travail et impliquant un risque explicite ou implicite pour leur sécurité, leur bien-être et leur santé. Les plus fréquentes sont les violences des patients envers le personnel soignant, mais tous les autres cas de figure sont possibles (du personnel envers les patients, entre patients, entre membres du personnel, avec les familles ou des personnes extérieures, ...).

Les violences institutionnelles se définissent par des violences commises par des personnes ayant autorité sur des personnes vulnérables. Rappelons la définition donnée par S. Tomkiewicz pour qui "la violence institutionnelle concerne toute action commise dans une ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure". Elles sont particulières dans le sens où elles renvoient à la responsabilité d'une personne morale et non d'un individu seul.

17.1 EXEMPLES DE VIOLENCES INSTITUTIONNELLES

Elles regroupent des situations très variées nécessitant des réponses adaptées, comme celles :

- d'une personne âgée dans un EMS maltraitée par une équipe soignante
- d'un suspect appréhendé violemment et sans motif légitime par les forces de police
- d'un employé de bureau pris comme bouc-émissaire par ses collègues/supérieurs
- d'un jeune handicapé en institution qui doit subir les objectifs irréalistes de ses éducateurs dans un activisme rééducatif
- d'un jeune collègue humilié régulièrement par un professeur
- d'une infirmière harcelée sexuellement par un supérieur blagueur et paternaliste, ...

Ce sont des formes de violence difficilement repérables par les personnes visées elles-mêmes et aussi par les personnes susceptibles d'être témoins. Elles se répètent souvent de manière quotidienne et sont d'autant plus délétères qu'elles doivent souvent se répéter sur le long terme avant qu'il n'y ait des réactions et des réponses adéquates.

17.2 PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES AU TRAVAIL

Au-delà du simple constat médical d'éventuelles lésions, la prise en charge est complexe et nécessite un travail dans l'interdisciplinarité. L'évaluation des répercussions psychologiques et des enjeux nécessitent le plus souvent plusieurs consultations spécialisées, comme dans le cas du harcèlement au travail (*mobbing*), du *school-bullying*, d'une suspicion de maltraitance par un système de soins,... Le rôle du MPR est essentiel dans le dépistage, le soutien et l'orientation de ces victimes vers les **services spécialisés**, comme l'UIMPV, la Médecine du personnel, le Groupe de protection de la personnalité, le Service juridique.

17.3 CAS PARTICULIER DES HUG

Les HUG ne tolèrent aucune forme de violence menaçant leurs collaborateurs, les patients et, d'une manière générale, la qualité des soins prodigués.

Si vous êtes confronté à une telle situation, il est important de parler avec votre supérieur hiérarchique ou avec le responsable des ressources humaines de votre Département, qui vous recevra et vous soutiendra dans les démarches à entreprendre. Si vous en ressentez le besoin, même si ce n'est pas immédiatement après les faits, vous pouvez demander une aide ou un soutien plus personnel dans une structure comme l'**UIMPV**, qui vous accueille en toute confidentialité. D'une manière générale, lors d'agression sur le lieu de travail, il est recommandé de se référer aux directives *Marche à suivre en cas d'infractions pénales à l'encontre des collaborateurs des HUG* et *Incidents-faits graves* disponibles sur l'intranet des HUG (HUGO). Les démarches à entreprendre dépendent du type de violence et de la situation. Une brochure HUG avec les ressources disponibles sont téléchargeables sur le site:

http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/sante_mentale_et_psychiatrie/documents/violence_web.pdf

PART V : TORTURE, GUERRE ET VIOLENCES ORGANISÉES

18. INTRODUCTION

La torture est encore pratiquée dans de nombreux pays. Après les attentats du 11 septembre 2001 de nombreuses tentatives ont été lancées pour justifier et légaliser son utilisation, notamment dans le cadre de la guerre contre le terrorisme. On a donc observé une nette augmentation du nombre de victimes de violences systématiques, entre autre parmi les migrants arrivant dans les pays occidentaux. Par exemple, à la consultation pour victimes de torture et de guerre (CTG) de Genève en 2015, les 5 pays d'origine les plus représentés par ordre décroissant étaient les suivants : le Sri Lanka, la Syrie, l'Afghanistan, l'Irak et l'Erythrée.

19. DÉFINITIONS

19.1 TORTURE

La torture est définie par les Nations Unies comme étant la violence exercée contre une personne par un ou des individus agissant au nom d'une autorité étatique ou quasi étatique (tableau 7).

Aux fins de la présente Convention, le terme « torture » désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officielle ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. Ce terme ne s'étend pas à la douleur ou aux souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elle.

Tableau 7 : Définition de la torture, selon la Convention des Nations Unies.

Cette définition de la torture est une définition juridique fondée sur la qualification de l'acte et centrée sur les auteurs. Aussi, d'un point de vue médical, il est recommandé d'utiliser la définition de la *violence organisée*, qui est celle de la violence du groupe contre l'individu et ainsi de laisser à la justice la qualification juridique de ces violences.

A noter que **la torture est une forme très sévère d'actes inhumains et dégradants mais beaucoup de ces actes ne sont pas de la torture** (par ex : maltraitance lors du trajet de migration).

19.2 VIOLENCE ORGANISÉE

Tout acte de violence non domestique prémédité et accompli par un groupe d'au moins deux personnes et accompli par une personne sur le mandat d'une ou plusieurs autres.

19.3 VIOLENCE DE GUERRE

En plus des violences liées aux combats, les rescapés de guerre peuvent également avoir été exposés à des violences systématiques. La torture peut être une arme de guerre, utilisée comme moyen de soumission de populations hostiles, notamment en cas de conflit inter-ethnique. Le viol, également utilisé comme arme de guerre, est inclus dans la définition de la torture. Les survivants de guerre sont victimes directes et indirectes mais également auteurs et acteurs de ces violences s'ils ont participé au combats et parfois aux massacres.

20. ÉPIDÉMIOLOGIE

En Suisse, les séquelles de violences organisées sont retrouvées principalement dans la population migrante. Les évaluations réalisées dans différents pays d'accueil révèlent une prévalence de victimes de torture d'environ 20% parmi les requérants d'asile. Plus largement, si l'on tient compte de la violence organisée, environ 2 migrants sur 3 présentent des antécédents de violences systématiques.

Les allégations de violence ne concernent pas que des faits de guerre ou de répression, le parcours du migrant étant le plus souvent constitué par une succession d'événements traumatisants.

- Violences avant le départ du pays d'origine :
Guerre – répression – violences communautaires – catastrophe naturelle
 - Violences pendant le trajet :
Exploitation – conditions de voyage – violences physiques
 - Violences à l'arrivée dans le pays d'accueil : précarité, ...
 - Violences administratives
 - Violences communautaires
- Ces problèmes sont difficiles à aborder, le diagnostic est souvent tardif.

Tableau 8 : Typologie des violences organisées dans la trajectoire des patients migrants.

21. MÉTHODES DE TORTURE

La torture est une technique et s'applique avec méthode. Elle n'est pas (le plus souvent) l'expression d'une pathologie psychiatrique chez le tortionnaire. Ces techniques comprennent des pressions physiques, psychologiques et sociales. Son évocation est pénible pour la victime et difficile à entendre pour l'intervenant. Pour celui-ci, il est important de contenir les réactions normales d'incrédulité ou d'épouvante lors de la prise d'anamnèse afin de ne pas exacerber les sentiments d'incommunicabilité et d'exclusion le plus souvent présents chez la victime. Il est donc nécessaire que l'intervenant possède un minimum de connaissances sur les moyens utilisés et leurs conséquences afin de favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique basée sur la compréhension et la confiance.

Il n'existe pas de limites à l'imagination humaine lorsqu'il s'agit d'infliger de la souffrance. Toutes les formes de violence, seules ou associées, sont possibles (tabl. 9, figure 1). Les victimes sont le plus souvent dénudées, ont les yeux bandés et sont soumises à des privations (privation de sommeil, de nourriture et d'eau) souvent jusqu'à épuisement. Les tortures dites "blanches" ou "propres" ou "psychologiques" se développent et sont aussi très destructrices.

- Violences systématiques : coups (avec objets), coups sur la plante des pieds (*falaca*), écrasement musculaire (« *roller* » : écrasement des cuisses), suspensions (par les bras, poignets liés dans le dos, par les pieds, par les chevilles et poignets liés ensemble), chocs électriques (sur les extrémités, les organes génitaux), immersion (dans de l'eau souillée), jets d'eau, suffocation (sac en plastique avec chiffon imbibé d'essence).
- Violences sexuelles : insultes, nudité, attouchements, viols avec objet, viols collectifs (utilisation d'enfants, d'animaux, ...).
- Désafférentation sensorielle : interrogatoires (avec cagoules et yeux bandés), privations (sommeil, nourriture, eau), épuisement (musique trop forte, mauvaises odeurs, ...).
- Menaces de mort: menaces sur proches, disparition de proches, fausses ou véritables exécutions.
- Traitements humiliants: conditions de détention dégradantes (corvées de toilettes, manque d'hygiène), désacralisation des rites / d'objets religieux.
- Détention et isolement de longue durée (dans cachot avec humidité, froid, obscurité, insectes et rongeurs, cadavres humains, ...).
- Violences par codétenus.
- Menaces sur la famille avec chantage, extorsion.

Cette liste n'est de loin pas exhaustive

Tableau 9: Méthodes de torture

22. IMPACTS DE LA TORTURE SUR LA SANTÉ

La torture est un processus de déshumanisation. Elle a pour objectif la destruction de la dignité et de l'intégrité physique, psychologique et sociale de la victime. Elle atteint la confiance de base de la victime (confiance en soi-même, confiance dans les autres, confiance dans l'existence).

Les séquelles de tortures physiques et psychologiques sont intenses et le plus souvent indélébiles. Qu'ils en parlent ou non, qu'ils semblent vivre normalement ou non, les rescapés de torture sont marqués au plus profond d'eux-mêmes par ce qu'ils ont enduré. Les lésions physiques, les séquelles psychologiques et les conséquences sociales sont étroitement intriquées et retiennent la victime dans un passé insupportable.

Sur le plan somatique, ces sévices vont créer des lésions invalidantes souvent définitives. Elles concernent essentiellement l'appareil locomoteur, principalement la ceinture scapulaire et le pelvis (avec des lésions tendineuses et ligamentaires, des déchirures musculaires et des arrachements ligamentaires, conséquences des chocs électriques sur des membres immobilisés) (tabl. 10). Elles persistent souvent sous forme de syndromes douloureux chroniques, notamment au niveau de la ceinture scapulaire ou de la ceinture pelvienne.

- Lésions de l'appareil locomoteur : principalement du rachis (cervical, charnière dorsolombaire, lombaire), de la ceinture scapulaire (limitation de la mobilité de l'épaule, lésions de l'articulation gléno-humérale, déchirure de la coiffe des rotateurs), lésions de la région pelvienne, lésions des genoux
- Séquelles de fractures (nez, mâchoire, côtes, membres)
- Lésions cutanées (cicatrices, tatouages humiliants)
- Lésions ORL
- Ulcères gastriques
- Système respiratoire (TBC liée aux conditions de détention, irritation bronchique)
- Système uro-génital (conditions d'hygiène, violences sexuelles, grossesses sur viol)
- Somatisation et troubles somatoformes

Tableau 10 : Séquelles somatiques de la torture.

Sur le plan psychologique (tableaux 11-12), le tortionnaire place ses victimes dans une situation de soumission totale. Les yeux bandés, la victime ne voit pas les coups venir. Elle a perdu tout contrôle sur elle-même. Elle n'est plus que l'objet de son tortionnaire.

- État dépressif
- Épisodes dissociatifs
- État de stress post-traumatique (PTSD) complexe, troubles anxieux, attaque de panique (hyperventilation)
- Troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité (personnalité paranoïde, personnalité asociale)
- Troubles de l'identité sexuelle (séquelles de viol)
- Modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe

Tableau 11 : Séquelles psychologiques de la torture.

PTSD : pour les victimes de violence organisée, il faut compléter les critères du stress post-traumatique selon le DSM V par des aspects plus spécifiques (tableau 12).

Aspects spécifiques surajoutés	PTSD
<ul style="list-style-type: none"> • Événements hors du commun, notion d'effroi • Rémémoration • Évitement • Hypervigilance • Difficultés sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Désintégration existentielle • Culpabilité • Vulnérabilité existentielle • Mécanismes de défense : déni, dissociation, tendance paranoïde • Autorité perçue comme retour du persécuteur -> Risque de spirale hostile

Tableau 12 : Syndrome de stress post-traumatique, selon le DSM V et aspects spécifiques chez les victimes de répression, torture et guerre.

Sur le plan social, la victime soumise à la violence du groupe se trouve également déstructurée dans ses compétences sociales. Sa confiance dans le fonctionnement communautaire est également entamée (tabl. 13).

- Perte de compétences sociales, conflits familiaux, retrait/isolément social
- Perte d'autonomie, perte du sens de l'initiative sur le plan personnel et social
- Difficultés d'adaptation
- Grossesse sur viol

Tableau 13 : Séquelles psychosociales de la torture.

Ces dysfonctionnements sociaux sont invalidants et sont très similaires aux troubles décrits chez les prisonniers après détention et isolement de longue durée. Ils sont à prendre en compte en présence de rescapés de répression (tableau 14).

- Perte du contrôle de soi, du sens de l'initiative: « *self initiation of behavior* »
- Perte de la capacité d'initier une activité: apathie, léthargie, désespoir, indécision
- Sentiment d'irréalité, déréalisation: perte du sens des relations personnelles ; perte du sens de soi ; perte du lien entre expérience et sens (non-sens); « *acting-out* » : moyen d'interagir avec l'entourage
- Retrait social : crainte des contacts sociaux ; repli dans un monde fantasmagorique
- Incapacité d'exprimer des émotions positives, rage, colère

Tableau 14 : Pathologies sociales chez des prisonniers après détention et isolement.

23. PRISE EN CHARGE

Comme décrit précédemment, les conséquences de la violence organisée concernent autant les aspects somatiques que psychologiques ou sociaux. Leur traitement implique une approche holistique, et donc une prise en charge globale, multidisciplinaire et coordonnée.

L'anamnèse des séquelles de torture reste difficile mais nécessaire pour comprendre la nature des signes et plaintes souvent très mal systématisées. Une anamnèse détaillée et circonstanciée est le point de départ de la thérapie. Elle initie la prise en soins et implique un engagement du soignant. La qualité de l'anamnèse reste largement dépendante de la qualité de la relation thérapeutique. Fondée sur l'empathie et la bienveillance, cette relation permet d'aborder un passé traumatique en limitant le risque de nouveaux traumatismes. Aux yeux de la victime, le cadre thérapeutique, « l'interrogatoire » médical, les gestes médicaux peuvent présenter beaucoup de similitudes avec les événements traumatiques et réveiller un passé douloureux avec un risque de déclencher des épisodes dissociatifs (*flashbacks*).

Il est important de rappeler que l'empathie, définie come la capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions, comprend quatre dimensions :

- Émotive : capacité à imaginer les émotions et les points de vue du patient
- Morale : motivation interne du soignant à l'empathie
- Cognitive : capacité intellectuelle à identifier et comprendre les émotions et les points de vue du patient
- Comportementale : capacité à transmettre au patient la compréhension de ces émotions et points de vue.

23.1 DANS QUELLES SITUATIONS FAUT-IL SONGER À DE POSSIBLES ANTÉCÉDENTS DE TORTURE ?

En présence de:

- Plaintes spontanées aspécifiques chez un patient migrant
- Symptômes et signes évocateurs :
 - traces de blessures visibles
 - douleurs chroniques, variables en intensité et localisation
 - symptômes et signes de troubles anxieux, de troubles dépressifs ou de syndrome de stress post-traumatique (tabl. 11-12)
 - visites répétées dans les services d'urgences hospitalières, malgré un suivi médical régulier
- Troubles du comportement, pathologies sociales (tabl. 14) décrites chez des prisonniers après détention en isolement complet de longue durée.

23.2 QUELLE ATTITUDE ADOPTER FACE À UN PATIENT POTENTIELLEMENT VICTIME DE GUERRE, DE TORTURE ET DE VIOLENCE ORGANISÉE ?

- Se poser la question de savoir si l'on peut aborder ces problématiques. Ces situations sont souvent complexes, délicates à traiter, nécessitant des compétences spécifiques. Elles peuvent être difficiles à entendre, lourdes sur le plan émotionnel et très chronophages.
- Se donner le temps de préparer la consultation (notion sur le contexte géopolitique : pays d'origine en guerre, soumis à la répression, nature de la répression, etc.).
- Accueillir le patient, lui faire comprendre que sa souffrance est perçue. Lui proposer écoute et assistance dans un temps et un cadre adéquat sécurisant.
- Être conscient de l'importance du cadre pour éviter les reminiscences, flashbacks, et prévenir les nouveaux traumatismes. Pour cela, sont déterminants : le choix de l'interprète, le cadre architectural (disposition du bureau, place des intervenants), la nature de la relation thérapeutique (non-directive : toute autorité peut-être perçue comme le retour du persécuteur), le type de questionnement (questions ouvertes : sous la torture, la bonne réponse n'est pas la vérité, c'est celle qui ne provoque pas de souffrances), l'usage de techniques relationnelles moins confrontantes et adaptées aux origines du patient (dessins, contes, photos, rêves, ...).
- Respecter le rythme et les besoins du patient, ne pas le forcer à s'ouvrir à vous. Savoir faire preuve de retenue lors de l'entretien. Respecter les non-dits et sous-entendus. Se rappeler que le langage corporel (signes et symptômes) est aussi fiable que la parole.
- Accompagner le patient au cours du traitement, assurer une bonne coordination entre les intervenants, coordonner leurs interventions.
- Se référer aux soignants spécialisés (**CTG : consultation pour victimes de torture et guerre/UIMPV**) soit pour y adresser le patient, soit pour discuter des méthodes appropriées pour aborder ce sujet et discuter du choix des stratégies thérapeutiques adaptées.

24. MESSAGES CLÉS (CTG)

- La victime de violence est atteinte dans toutes les sphères de sa personnalité. En premier recours, il est nécessaire d'offrir une approche globale, interdisciplinaire et de coordonner les interventions.
- Penser à offrir un cadre thérapeutique adéquat : calme, sécurisant, confidentiel, avec une attention particulière pour éviter une ressemblance avec une salle d'interrogatoire, un style de questionnement autoritaire, ...
- Penser à investiguer les antécédents traumatiques devant des plaintes mal systématisées ou un comportement inadéquat chez une personne migrante.
- La qualité de la relation détermine la qualité de la prise en soins. Il faut souvent du temps pour que la relation de confiance s'installe suffisamment et pour permettre à la personne de révéler les aspects les plus douloureux ou dégradants de son histoire. La priorité est à un travail d'ancrage dans la réalité présente et de retour dans un monde plus humain.

ANNEXE 1 : CONSTAT MEDICAL - GUIDE

- Pour être **utile**, un constat doit être **complet, précis et lisible**.
NB : il s'adresse généralement à des non-médecins.
- Acte médical, qui ne peut pas être refusé à un patient.
- Il doit être rédigé de façon neutre et objective.
Attention à ne pas céder à la pression des patients, des proches, de la police ou autres avocats.
- Il doit être descriptif, et non pas interprétatif.
Il s'agit d'une sorte d'« état des lieux », de « bilan » des atteintes physiques et psychologiques.
L'interprétation relève plutôt de l'expertise ou pour le moins de sérieuses compétences médico-légales.

Contenu :

- Identité : nom, prénom, date de naissance et sexe (si prénom mixte).
Au besoin vérifier. Peut faire l'objet d'un « Concerne : ».
- Date, heure et lieu de l'examen.
Eventuellement « en présence de ... ».
- Brève description des faits avec date, heure et lieu.
En précisant que ce sont les dires de la victime, utiliser des expressions comme « selon les dires de... », ou « le patient nous raconte que... », ou « selon le patient il aurait... ».
Par contre, insister sur la description des coups reçus (poings, pieds, bâtons, couteau, tentative de strangulation,...).
- Enumérer les plaintes depuis les faits.
Etre le plus exhaustif possible, car certaines douleurs peuvent avoir des conséquences à long terme, imprévisibles, qui peuvent nécessiter des traitements donc faire l'objet de demandes ultérieures de prestations auprès de différentes assurances et autres instances d'indemnisation.
Rechercher les symptômes de stress post-traumatique (cf. DSM V): troubles du sommeil, fatigue, anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, troubles de l'appétit, etc.
- L'examen physique doit être pratiqué sur tout le corps.
Y compris les organes génitaux, sphère ORL - bouche, gencives, nez, tympans,...-, les mains, le cou, les dents et diverses prothèses en vue de mettre en évidence des lésions traumatiques.

Description minutieuse des lésions, selon:

- le **type de lésion** : par ex. une ecchymose, une abrasion, une estafilade, une plaie contuse, une plaie perforante, etc.
Attention à ne pas écrire : une brûlure de cigarette, une marque de coups de bâton, ou toute autre description contenant une interprétation - rester descriptif.
- la **localisation** : par ex. sur la face interne du tiers proximal de l'avant-bras droit.
- la **forme** : par ex. arrondie, oblongue, à contours géographiques, etc.
- l'**orientation** : par ex. située transversalement, oblique en haut et à l'extérieur, etc.
- la **taille** : longueur, largeur, hauteur ou profondeur.
- l'**aspect** : par ex. humide, luisant, desséché, tuméfié, granulaire, etc.
- la **couleur** : par ex. rouge vif, bleu-vert, jaunâtre, etc.
- les **abords de la lésion** : par ex. une plaie étoilée entourée d'un tatouage de poudre, etc.

Cette partie du constat peut paraître fastidieuse, mais elle est nécessaire pour rendre possible une interprétation ultérieure des lésions et une confrontation des versions des différentes personnes impliquées, donc pour que le constat soit utile devant une autorité judiciaire ou administrative.

Par exemple, une ecchymose rouge vif n'a pas le même sens qu'une ecchymose jaune-verdâtre.

- **L'état psychologique**

NB : il ne s'agit pas d'un status psychiatrique, mais plutôt d'une description de l'état émotionnel et des éventuels symptômes de stress aigu.

Attention 1 : à ne pas utiliser des termes à connotation soit trop positive (ex. gentille dame, jeune homme agréable, ...), soit trop négative (ex. patient revendicateur, hargneux, ...).

Attention 2 : en cas de doute, risque suicidaire et/ou de décompensation psychiatrique, demander avis d'un psychiatre.

- Examens complémentaires pratiqués, résultats commentés, ainsi qu'avis de spécialistes *par ex.* orthopédiste, ORL, dentiste, chirurgien maxillo-facial, ...

- **Commentaires** éventuels

- **Arrêt de travail** (%)

Annexe 2 :

En-tête cabinet ou institution

CONSTAT MEDICAL

Concerne: Mme **DUPONT Jeanne**, née le

Nous avons examiné Mme Dupont le 20... àh..... à, à sa demande.

Mme Dupont nous **raconte** que le20... àh..... Elle dit avoir reçu des coups de

.....
.....

Mme Dupont **se plaint de**

.....
.....

L'examen médical met en évidence :

-
-
-
- etc.

Nous ne mettons pas en évidence d'autre lésion au moment de l'examen. Sur le **plan psychique** on relève :

.....

Par ex. *“un état émotionnel perturbé, sous la forme de pleurs, d'anxiété et de fatigue. Mme Dupont est par ailleurs collaborante, bien orientée dans le temps et dans l'espace.”*

Examen(s) complémentaire(s) :

- Rx, scanner, prise de sang, d'urine, etc. **et résultats**
- Conseils de spécialistes éventuels (orthopédiste, dentiste, chir. maxillo-facial, etc.)

Commentaire :

AT : maladie / accident

Fait à, le.....

Signature et timbre du médecin

Remis en main propre le.....

REFERENCES

1. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, OMS, 2002.
2. Torture et traumatismes. Diagnostic et traitements. Croix-Rouge Suisse, Berne, 2008.
3. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes. Genève, OMS, 2010.
4. Prévention de la violence, les faits. Genève, OMS, 2014.
5. Margairaz C, Girard J, Halperin D. Violences au sein du couple et de la famille. Implications pour le praticien. Forum Med Suisse 2006;6:367-73.
6. Kläui H, Frey C. Victimes d'actes de torture et victimes de guerre au cabinet médical. Forum Med Suisse 2008;8(46) :891-895.
7. Escard E, Rinaldi Baud I. Complexité, interdisciplinarité et éthique des soins en médecine de la violence : principes d'une exception qui ne devrait pas l'être. Forum médical suisse, 2015;96(31-32):1107-1110.
8. Chiffi De Los Rios T, Regard S, Escard E. Cinquante nuances de violences domestiques au féminin : l'heure de s'engager ! Revue médicale suisse 2015;11:1761-5.
9. Abed F, Meach F, M'Hiri K, Escard E. Violences chez l'homme, un sujet peu connu des praticiens. Revue médicale suisse 2016;12:1620-3.
10. Site internet : <http://ge.ch/stopviolence>

Dernière mise à jour 2017 par : E. Escard