

UNIVERSITE René DESCARTES

(Paris V)

Président Pr P. DAUMARD

DEA D'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE

Directeur : Pr C. HERVE

TITRE DU MEMOIRE

**Entre pratique et principes éthiques de la prise en
charge des femmes victimes de violences
familiales**

Enquête réalisée au C.H.U. de Constantine

Algérie - avril 2000

Présenté par : TENACHI Fatima

Directeur du mémoire : Pr. Claude HAMONET

Je dédie ce travail à mon pays

Remerciements

Je remercie M. Christian HERVE, Directeur du Laboratoire d’Ethique Médicale et Biologique de m’ouvrir les portes de son laboratoire et de me soutenir pour la réussite de ce travail.

Je remercie le Professeur Claude HAMONET, mon directeur, pour son vif intérêt pour ce travail, pour ses compétences mises au service de cette problématique, pour ses précieuses orientations, pour sa totale disponibilité et son soutien sans faille.

Je remercie les Docteurs Mohamed-Salah BOULEDROUA, AbdelHafidh BOUHROUM, Rachid DJANANE et Mlle Souad SAOULA ainsi que toute l’équipe du service de Réanimation et des Urgences Médicales du C.H.U de Constantine pour leur participation active à l’enquête, leur total soutien et la documentation mise à ma disposition.

Je remercie M. Claude J. ROMER, Coordinateur de la prévention, de la violence, et des traumatismes à l’OMS pour l’intérêt qu’il a régulièrement manifesté à ce travail et pour ses orientations judicieuses et son soutien.

Je remercie Monsieur Abdelhamid ABERKANE pour l’intérêt qu’il a su manifester à notre problématique, pour la précieuse expérience professionnelle acquise auprès de lui et tous les professionnels de la Réanimation du C.H.U de Constantine.

Je remercie Monsieur Oomar YOUSSEF, représentant de l’UNICEF en Algérie, pour son soutien et la riche documentation qu’il m’a aimablement fournie.

Je remercie Mesdames Breines INGUEBORG et Sarah FORTY de l’unité de programme “ Femme et Culture de la Paix ” à l’UNESCO, pour leur soutien et la précieuse documentation qu’elles m’ont fait parvenir.

Je remercie Monsieur Marc-Alain DESCAMPS pour son intérêt, sa disponibilité et ses orientations méthodologiques.

Je remercie Madame Danièle RIUS. pour sa disponibilité, sa sympathie, ses encouragements et pour son aide précieuse au Laboratoire d’Ethique Médicale.

Je remercie Monsieur Alain LEVEQUE, responsable du “ Programme de Tolérance et de Paix ” à l’UNESCO pour sa disponibilité, la documentation fournie et pour m’avoir facilité l’accès à des professionnels de la question de la femme à l’UNESCO.

Je remercie Madame Malika LAADJALI de l'UNESCO pour son précieux soutien et son intérêt pour la question.

Je remercie Madame Françoise SIRONI du centre Georges DEVEREUX pour son aide et l'intérêt manifesté à la question..

Mes vifs remerciements vont à l'ensemble des médecins et du personnel des services visités au CHU de Constantine qui ont bien voulu se prêter aux entretiens. Malgré leurs programmes chargés, ils m'ont consacré le temps nécessaire à son bon déroulement. Ils ont bien voulu répondre à des questions difficiles voire sensibles. Sans eux, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Je remercie Messieurs Djamel Katouche et Abd-Ed-Daïm Ténachi pour leur soutien, leurs précieux encouragements et leur aide dans la réalisation de ce mémoire.

A ma famille et tous mes ami(e)s, un merci du fond du cœur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
1.La violence.....	11
1.1. Les différents types de violence	11
1.1.1...La violence à l'égard des enfants.....	11
1.1.2...Violence et conflits armés.....	13
1.1.3...La violence sociale et institutionnelle	14
1.1.4...Les violences sexuelles à l'égard des femmes	15
1.1.5...Les violences familiales à l'égard des femmes	16
1.1.6...Conclusion	17
1.2. Problématique et hypothèse.....	18
2. Situation de la femme en Algérie	20
2.1. Présentation générale.....	20
2.2. Violence à l'égard de la femme en Algérie	21
2.2.1...Violence socio-familiale	21
2.2.2...Dimension juridique.....	24
3. L'Éthique, la victime de violence et le soignant.....	25
3.1. L'éthique	30
3.1.1...Définitions [Descamps 99].....	30
3.1.2...Le débat actuel	31
3.2. Éthique et engagement du soignant dans la prise en charge des victimes	32
3.3. L'Éthique, la victime et les constatations médicales	34
3.3.1...Précisions autour des constatations médicales	34
3.3.2...L'éthique et le certificat médical	34
4. Présentation de l'enquête.....	36
4.1. Le terrain d'enquête	36

4.1.1...Présentation du CHU de Constantine.....	36
4.1.2.Les services concernés par l'enquête : Les urgences	37
4.1.3.Présentation des services.....	39
4.2. Constitution de l'échantillon de l'étude	42
4.2.1...Service des urgences médicales	43
4.2.2...Service de réanimation médicale	43
4.2.3...Bureau d'Aide et d'Orientation Psychotérapeutique.....	44
4.2.4...Service Social du CHU	44
4.2.5...Service de médecine légale	45
4.2.6...Service des brûlés	45
5. Résultats de l'enquête	46
5.1. Les conditions matérielles et humaines	46
5.1.1...Les conditions matérielles – L'espace	46
5.1.2...Les conditions humaines – Le personnel	48
5.2. Résultats des entretiens	49
5.2.1...Résultats des entretiens avec les personnels	49
5.2.2...Résultats des entretiens avec les responsables de services.....	54
6. Discussion	56
6.1. Accueil et information des victimes	56
6.1.1...Où s'effectue l'accueil ?	56
6.1.2 Qui se charge de l'accueil ?	57
6.2. Ethique, prise en charge et comportements iatrogènes.....	58
6.3. L'avis des responsables des services sur la violence et la prise en charge des victimes au CHU de Constantine	62
CONCLUSION	63
ANNEXE A : Victimologie – Victime : Définition, historique	65
ANNEXE B : Grille d'entretien avec les personnels et exemple de réponses	66
ANNEXE C : UNESCO : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.....	68
ANNEXE D : OMS - Sélection de documents relatifs au droit de l'homme, de traités internationaux et de déclarations de l'ONU	69

ANNEXE E : OMS– Statistiques sur la violence dans la famille

à l'égard des femmes.....	70
Index des tableaux	71
Bibliographie	72

INTRODUCTION

La violence perpétrée partout dans le monde atteint la bonne santé, le bien-être et l'honneur des victimes.

Les drames engendrés varient de la mort aux séquelles physiques et psychiques, aux mutilations et handicaps, aux pathologies sociofamiliales.

Les victimes de la violence sont des hommes, des femmes, des enfants, des couples, des personnes âgées, des handicapés, des professionnels, des chômeurs, des illettrés, etc., soit en fait toutes les catégories de la société. D'un autre côté, la violence peut avoir lieu dans un contexte tempo-spatial culturel, conjoncturel, en tant de guerre ou de paix.

Dans sa résolution, WHA50.19 la 50^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé de 1997 (de l'Organisation Mondiale de la Santé) a déclaré la violence “ Problème de Santé Publique ” dont la prévention doit être inscrite parmi ses premières priorités.

Des statistiques épidémiologiques importantes témoignent de l'impact dramatique de ce phénomène sur les différents systèmes sociaux : sanitaire, social, économique et familial.

L'OMS avance des chiffres qui illustrent bien les répercussions de la violence sur la santé en général et sur celle de la femme en particulier. **Ils établissent un lien formel entre la violence et la Santé Publique.**

A titre d'exemple, citons les statistiques suivantes de l'OMS reprises sur le site Internet du Département de Médecine Communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève¹ :

- 4% de la charge globale de la morbidité pouvait être attribuer en 1990 à la violence intentionnelle aussi bien dans les pays développés que dans ceux en voie de développement.
- 21 à 55% des femmes dans le monde disent avoir été au moins une fois victimes de violences physiques ou sexuelles.
- 30% des femmes qui consultent un service d'urgence médicale présentent des caractéristiques cliniques compatibles avec des violences infligées.
- Aux Etats-Unis, la première cause de lésions cérébrales n'est plus constituée par les accidents de la route mais par la violence intentionnelle. A eux seuls les soins de réhabilitation de ces victimes représentent dans ce pays un coût de 48 milliards de dollars.
- Dans plusieurs pays d'Europe, depuis quelques années, la cause principale des blessures de la face n'est plus constituée par les accidents de la route mais par des actes de violence.

¹ <http://www.epiclin.ch/dmc/mpv/pourquoi.html>

- A Genève, une fille sur trois et un garçon sur dix sont victimes au moins une fois avant la fin de leur scolarité obligatoire d'actes à connotation sexuelle réalisés sous contraintes.
- La banque mondiale a estimé en 1993 que selon les régions 5 à 16% des *années de santé* des femmes en âge reproductif étaient perdues du fait de violence liées au sexe.
- En France, les actes de violence dans le milieu scolaire ont presque doublé en l'espace d'un an (1994-1995, 1995-1996).

Il est important de retenir de ces études et de ces statistiques que la violence est désormais considérée comme un problème majeure de Santé Publique.

Ainsi, les instances et institutions sanitaires sont les premières concernées par la lutte contre ce phénomène.

A l'instar des problèmes de Santé Publique, il est primordial de reconnaître aux personnes atteintes leur statut de victimes de plein droit.

Or, l'on peut constater une asymétrie entre ce droit et la prise en charge effective ici ou là.

Cela pose des questions Ethiques concernant les pratiques ayant cours dans le processus thérapeutique de cette prise en charge.

Par ailleurs, depuis 1989, notre pratiques professionnelle personnelle en tant que psychologue clinicienne dans un milieu hospitalier nous a permis de constater quotidiennement les conséquences néfastes de la violence dans notre pays et les moyens matériels et humains mis en face de ce phénomène. Ceux-ci sont largement insuffisants et/ou inadaptés. Il nous a été possible de constater à notre niveau également et ce, à maintes reprises, le décalage entre des principes éthiques et des pratiques dans la prise en charge des victimes de la violence.

Toute personne est susceptible d'être une victime de la violence. Notre étude porte sur celle subie par *les femmes* en particulier et ce, pour plusieurs raisons. On peut en citer les suivantes :

- La proportion de femmes parmi les victimes de violences familiales est beaucoup plus importante que celles des personnes âgées, des hommes ou des enfants.
- Notre expérience personnelle est plus riche en connaissances des répercussions, troubles, décompensations, etc. concernant les femmes victimes de violence.
- L'impact de la violence subie par la femme a souvent des prolongements sur le reste de la famille et les enfants en particulier.
- Des études spécifiques à des autres catégories de personnes dépasseraient le cadre de notre travail.

Le choix du type de *violences familiales* comme élément de notre problématique est du à plusieurs facteurs.

- Les questions d'éthique autour de ce type de violence se posent avec plus d'acuité. Elle a une intensité assimilée par des professionnels à de la " *torture* ".
- La violence conjugale est la plus fréquente dans les actes de violences intrafamiliale comme le confirment des statistiques de l'OMS.

- Les enquêteurs dans le milieu familial soulignent la croissance des violences psychologiques (humiliations, pression mentale, discrimination, etc.)
- La violence familiale est insidieuse. Les victimes cachent dissimulent souvent les agressions qu'elles ont subies.
- Il ne nous est pas possible dans le cadre de ce travail de nous focaliser sur plusieurs types à la fois.

Enfin, le lieu choisi pour notre enquête, à savoir le CHU de Constantine en Algérie, nous a fait profiter de notre très bonne connaissance des lieux, des pratiques et des personnes, puisqu'il s'agit de notre lieu d'exercice professionnel pendant plus de cinq ans. Ceci s'est révélé d'une grande importance s'agissant de questions éthiques. Par ailleurs, le fait de partager la même dimension socioculturelle que les différents intervenants nous a grandement facilité la tâche : la langue, la symbolique, les non dits, etc.

Définitions :

LA VIOLENCE : "Par "*Violence*", il est entendu 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" (inspirée par l'OMS).

LA VIOLENCE A L'EGARD DES FEMMES : La Déclaration sur l'Élimination de la Violence à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1993, définit cette violence comme "tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée".

Elle englobe, sans y être limitée, "la violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin, au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, et la violence liée à l'exploitation; la violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée; et la violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'Etat, où qu'elle s'exerce "[Déclaration,94]

LA VICTIME : "Doit être considérée comme victime toute personne **atteinte** dans son **intégrité physique ou mentale** et **qui est reconnue comme telle** par l'ensemble du corps social" [Annexe A]

1. La violence

1.1. Les différents types de violence

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a effectué une typologie des différentes formes de violences qui est la suivante :

1. La violence auto-infligée : on y trouve la tentative de suicide, le suicide, et l'automutilation.
2. La violence interpersonnelle : elle comprend la violence intra-familiale, les violences sexuelles, le meurtre, l'exploitation et les différentes formes de violences psychologiques.
3. La violence organisée : c'est le cas de la violence institutionnelle exercée, le cas échéant, par l'état lui-même : répression, tortures dans les prisons, etc. ou bien celle engendrée par le terrorisme, les conflits armés, etc. Figurent également dans cette catégorie, les sévices exercés contre les individus au sein de collectivités scolaires, hospitalières ou autres

Dans le contexte individuel, conjugal, familial, professionnel ou social, les violences sont classées en quatre catégories principales :

1. Les violences physiques
2. Les violences psychologiques
3. Les violences sexuelles
4. Les violences sociales

Celles-ci sont infligées à un individu seul ou à un groupe de personnes quel que soit son âge, son sexe, son niveau d'instruction ou sa situation socio-familiale. Ce sont des violences qui touchent en temps de paix, comme en temps de guerre, aussi bien les femmes que les enfants partout dans le monde.

1.1.1. La violence à l'égard des enfants

Ils sont souvent victimes d'abus sexuels, de sévices corporels et de maltraitance qui entraînent dans la vie fragile de l'enfant des traumatismes psychologiques irréversibles. Ils marquent son corps et son esprit avec des séquelles indélébiles.

Le degré de vulnérabilité de l'enfant est souvent lié aux circonstances exceptionnelles à l'origine des situations de violence elles-mêmes. Son implication involontaire dans des situations telles que les conflits armés, les rejets familiaux, l'exclusion sociale ("enfant de la rue"), ou une situation liée au handicap, font de lui une victime très facile.

Des études menées par l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS 97] montrent que 36 à 62% des enfants victimes d'agressions sexuelles ont moins de 15 ans. Ces chiffres nous renseignent aussi bien sur l'ampleur du fléau que sur sa banalisation.

Les enfants ont également l'apanage de toutes les formes de violence à cause de leurs conditions de vie et de leur statut dans la société qui les accueillent. Le handicap physique ou le divorce des parents peut être à l'origine d'actes de violence de la part d'enfants tels que le suicide ou l'homicide. Ils sont aussi et souvent des proies faciles au détournement et à la délinquance juvénile. Une fois entraînés dans l'engrenage de la violence, ces enfants peuvent devenir à leur tour des agresseurs potentiels.

Ces dernières années, nous assistons à la montée en puissance de la violence dans les milieux scolaires notamment dans certains pays d'Europe et aux Etats-Unis. Les constats sont alarmants du fait de l'étendue du phénomène et son accélération. En France, les chiffres sur ces violences ont doublé en l'espace d'un an. Pour l'année scolaire 1994-1995 on a compté plus de 1351 cas de violence et pour l'année scolaire 1995-1996 plus de 2308 cas [Halpérin 97].

Dans leur étude menée à Genève sur 1193 collégiens et publiée dans le Journal " *British Medical* " n° 312 Halpérin & coll. estiment que 20% des filles et 3% des garçons affirment avoir été victimes au moins une fois d'abus sexuels comportant un attouchement ou un contact physique.

Dans le contexte intra-familial, les enfants sont victimes de maltraitance, d'inceste ou de négligence. L'anonymat qui enveloppe les actes de violence contre les enfants, au sein même du giron familial fait qu'ils continuent, malgré leur caractère odieux et illégal, à se développer profitant parfois de règles sociales et culturelles dans différents pays qui les entretiennent en toute impunité.

➤ **En Algérie :**

Lors de la dernière décennie en Algérie, les droits à la vie et à la sécurité ont été considérablement bafoués par la vague de violence terroriste.

Des enfants de toutes tranches d'âge confondues, n'ont pas été épargnés. Egorgés, mutilés brûlés, les survivants d'entre eux violentés physiquement et mentalement ont besoin des plus urgentes et meilleures prises en charges à la fois psychologiques, médicales et juridico-sociales. L'objectif primordial est d'abord d'essayer de les sauver des traumatismes majeurs qui risquent de les handicaper pour toute leur vie, ensuite de leur donner espoir dans la vie ce qui est difficile car la plupart sont les survivants de carnages qui ont décimé la totalité de leur famille.

Ces enfants perdent, dans la plupart des cas leurs parents et les liens avec leurs familles et, dans certains cas, même leurs voisins. La barbarie terroriste pour achever sa besogne macabre va jusqu'à brûler les écoles. Ainsi elle efface tous les repères dans la vie de ces enfants.

En Algérie, comme dans plusieurs pays en conflit dans le monde, la violence à l'égard des enfants se banalise. La loi du silence et le climat de psychose lié à la guerre accentuent sa pratique. Toute une génération est traumatisée par des scènes de violence inimaginables et va sans aucun doute, être marquée pour le restant de leur existence.

Concernant la maltraitance des enfants, les professionnels du service de médecine légale du CHU de Constantine [Boudrâa 98] ont mené une étude rétrospective sur un intervalle de dix ans (1988-1998). Cette dernière a montré que les chiffres sur les sévices et la maltraitance contre les enfants ont doublé. Les plus touchés sont les garçons ; les filles sont par contre victimes dans la plupart des cas de violences sexuelles et par coups et blessures volontaires.

Désignation	1987-1988	1997-1998
Garçon	794	1482
Filles	270	648
Total	1064	2130

Tableau n°1 : Nombre d'enfants victimes de violence en Algérie entre 87-88 et 97-98

Désignation	1987-1988	1997-1998
Agressions sexuelles	129	244
Coups et Blessures Volontaires	936	1886
Viols	60	104
ACN	69	140

Tableau n°2 : Nombre de types de violence sur enfants en Algérie entre 98-88 et 98-99

Sur le plan juridique de la maltraitance et les sévices contre les enfants, il faut souligner que l'Algérie a ratifié la convention relative aux droits de l'enfant du 19 décembre 1993. Par ailleurs, le code pénal algérien ainsi que la loi du 16 février 1995 régissent toutes les questions relatives à ce problème.

1.1.2. Violence et conflits armés

La scène internationale nous rend compte quotidiennement des horreurs et atrocités infligées à des populations civiles ici et là ; le sens de l'humain semble avoir disparu. On tend à ignorer désormais le sens de la confiance, de l'estime et de la dignité et de la personne, puisque la destruction de tout être humain est chose permise, organisée et revêt même la valeur d'un acte glorieux.

Les traumatismes psychiques sont, dans la plupart des cas, irréversibles.

➤ En Algérie :

[Lahrech 96] présente la chronique de l'évolution des lésions trouvées sur les cadavres ainsi que le statut des victimes de 1991 à 1996. Nous lui empruntons quelques éléments chiffrés :

Evolution des lésions trouvées sur les cadavres	Le statut des victimes
1991	
• Un cadavre par semaine, blessures dues à des projectiles d'armes à feu.	• Les victimes appartiennent à des partis politiques ou des fonctionnaires d'état.
1993	
• 07 cadavres par jour. Apparition des	• Les victimes appartiennent à différentes

égorgements et des mutilations de cadavres.	corporations : journalistes, enseignants, médecins, etc.
1994	
• 10 cadavres par jour. Têtes tranchées, blessures ante-mortem très importantes.	• Les victimes sont des commerçants et de riches propriétaires.

Tableau n°3 : Evolution des lésions trouvées sur les cadavres en Algérie entre 1991 et 1994

L'auteur clôture son article par l'interrogation suivante : “ En ma qualité d'expert, il m'est possible d'évaluer un dommage physique et d'en recenser les séquelles, mes collègues psychiatres pourront apprécier des séquelles psychiatriques, mais qui pourra évaluer le chagrin ?”

➤ Violence sexuelle contre les femmes lors des conflits armés

Au cours des conflits armés, l'acte de violence sexuelle isolé est remplacé par les viols de masse utilisés comme arme de génocide. L'Organisation Mondiale de la Santé décrit des formes de violence suscitées par les conflits armés ou par les conditions des réfugiés de la façon suivante [OMS 97] :

- Viols de masse, esclavage sexuel au profit des militaires, prostitution, “ mariages ” et grossesses forcées.
- Viols multiples, collectifs et de filles très jeunes
- Reprise des mutilations sexuelles dans les communautés attaquées comme renforcement de l'identité culturelle.
- Contrainte de consentir à des relations sexuelles pour survivre, en échange de nourriture, d'abri, etc.

Dans le §2.2 “ La violence à l'égard des femmes en Algérie ”, nous abordons la situation des femmes au cours des violences terroristes de cette dernière décennie.

1.1.3. La violence sociale et institutionnelle

La violence peut aussi frapper une personne ou un groupe à cause de son appartenance ethnique, idéologico-culturelle ou religieuse ; ou alors parce que celle-ci est handicapée, chômeuse ou porteuse de maladie. Il s'agit alors de violence sociale.

Dans son fonctionnement, le système social met de côté, rejette, méconnaît et exclut l'autre lorsqu'il ne remplit pas certaines conditions ou ne répond pas à un modèle préétabli. C'est par exemple le cas des idéologies intégristes et totalitaires.

L'un des symptômes principaux de la violence sociale est *bien le relâchement des liens sociaux*. L'exclusion des malades mentaux, des personnes handicapées et des personnes âgées nous permet dans une certaine mesure d'avoir une idée sur le fonctionnement des liens sociaux dans la société à laquelle appartiennent ces exclus.

Victime habituelle des discriminations et des comportements violents de sa propre société, la femme et les attitudes d'humiliation, de pression et de menace ont fait l'objet de nombreuses réflexions et études.

En 1999 à Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) a eu lieu la conférence panafricaine des femmes pour une culture de la paix. Lors de cette conférence et dans le document " *Agenda des femmes pour une culture de la paix en Afrique* " de l'UNESCO, les femmes réunies ont souligné que :

" ... outre qu'elle constitue un crime et une violation de nos droits fondamentaux, la discrimination institutionnalisée entre les sexes est une source majeure de conflit au sein de la famille et d'autres structures. Elle pénètre et se répand dans les institutions publiques et tous les aspects des relations humaines ".

" La sécurité pour les femmes signifie l'absence à la fois de la peur et de la menace de toute forme de violence à tous les niveaux : individuel, communautaire, national et international. "

Les personnes âgées face à la violence sociale et institutionnelle est un sujet très pertinent. Dépendantes, celles-ci sont à la merci de l'autre, membre de famille ou personnel institutionnel. La personne âgée devient victime d'abus d'autorité, de maltraitance, de chantage, etc.

➤ **En Algérie :**

La personne âgée en Algérie perd de plus en plus son statut et son respect social. De solides principes ancestraux de solidarité s'estompent ou disparaissent.

Au service de médecine légale du CHU de Constantine [Belloum 98], 1270 personnes âgées ont consulté pour coups et blessures volontaires entre 1990 et 1994. Elles étaient âgées de 60 ans et plus et la majorité de sexe masculin.

Les psychologues qui se sont penchés sur la violence institutionnelle à l'égard des personnes âgées ont souligné les effets de la rupture du lien social, la rupture du dialogue et de la communication, l'abolition des principes de solidarité [Boutaghane 98]. Ils ajoutent à cela les conditions matérielles des institutions et l'incompétence du personnel non préparé à sa tâche.

1.1.4. Les violences sexuelles à l'égard des femmes

Répandu mais peu étudié, le problème du viol et des agressions sexuelles touche et la femme et la fillette Une fois encore la loi du silence et les chiffres non publiés rendent très compliquée l'obtention d'informations fiables, nécessaires pour l'analyse et la prévention de ce type de violence.

Les études ont montré que dans la plupart des cas, l'agresseur est une personne de l'entourage de la victime : parents, amis ou autre ayant la confiance de celle-ci. La plupart des victimes sont très jeunes. Les statistiques dans les pays développés recensent un grand nombre de viols ou de tentatives de viol. Dans les pays en voie de développement cette violence constitue une menace constante vécue par des millions de femmes. Le contexte socio-culturel, l'honneur de la famille, le devoir du respect et de la vie privée de la victime sont des facteurs qui incitent autant la victime que sa famille ainsi que les autres institutions sociales à adopter le silence.

Les femmes et jeunes filles incarcérées sont très exposées aux agressions sexuelles en milieu carcéral. Bon nombre d'entre elles subissent une agression sexuelle avant même leur détention.

L'auteur du rapport sur cette question, pour les Nations-Unies (commission des droits de l'homme) indique que *l'incarcération qui se veut une période de réhabilitation devient alors une occasion de victimisation.*

Une fois détenue, la femme est désormais considérée comme n'ayant plus droit au respect et à la dignité d'une personne humaine. Agressée, humiliée, harcelée physiquement et psychologiquement, la femme détenue est doublement traumatisée du fait de sa position d'impuissance et probablement du poids de l'éducation qui en fait un être "culturellement fragile".

Le même rapport souligne dans certains cas la participation de fonctionnaires d'état et de policiers dans l'emploi de la force et l'enlèvement de femmes et de filles dans un objectif de commerce international de prostitution, d'exploitation, etc.

La prise en charge et le suivi spécialisés des femmes victimes de violences sexuelles reste encore insuffisant. Les efforts portant sur l'évaluation de ce problème et les actions préventives à mener restent très limitées.

➤ **En Algérie :**

Nous aborderons ce point dans le §2.2 " *Violences sexuelles à l'égard des femmes en Algérie* ".

1.1.5. Les violences familiales à l'égard des femmes

Cette forme de violence est décrite par la littérature comme étant :

- La plus fréquente.
- La plus répétitive.
- La plus cachée par la victime elle-même.
- La moins identifiée en tant que violence.
- La moins voyante.
- Celle qui affecte d'autres personnes que les participants eux-mêmes (le système familial).
- Celle où la *transgénérationnalité* (transmission de génération à génération) de la violence est la plus fréquente.

La victime de ce type de violence :

- Peut-être exposée à la fois aux trois types de violence : physique, psychologique, sexuelle,
- visite plus souvent les services d'urgences,
- est difficilement, voire pas du tout, identifiée par les professionnelles de la Santé,
- court un risque 3 à 4 fois plus élevé de s'auto-agresser,
- s'absente fréquemment de son travail,
- s'absente et/ou interrompte facilement sa scolarité,
- est sujette aux dépressions et décompensations psychiatriques,
- est sujette aux décompensations psychiatriques,

- chez elle, le risque de devenir à son tour violente et “ *victimisatrice* ” est multiplié par de 2 ou par 3.

1.1.6. Conclusion

Notre étude porte sur un type particulier de violence contre les femmes : la **violence familiale**. Une des raisons de ce choix est sa pertinence du point de vue éthique. En effet, des psycho-sociologues, des spécialistes de la thérapie familiale et des chercheurs dans le domaine de la violence conjugale et familiale ont affirmé le caractère commun entre cette forme de violence et la torture [Peter 95].

Dans les deux situations *l'agresseur a pour but d'humilier sa victime et de l'agresser dans son être et ce, au delà de l'atteinte somatique infligée.*

“ La torture témoigne de la volonté délibérée d'attenter à la dignité humaine en infligeant des souffrances physiques et mentales ” [Reviron 95]

Des chiffres publiés par l'OMS indiquent que le plus grand nombre des violences sont infligées aux femmes par leur conjoint ou ex-partenaire (entre 16% et 52%) et ce, pendant des mois, voire des années.

Dans le milieu familial des enquêteurs soulignent de plus en plus la croissance des violences psychologiques : violence verbale (insulte), humiliation, pression mentale, attitudes et comportements discriminatoires, etc.

Pour certaines femmes, cette violence est ressentie encore plus douloureusement que la brutalité physique car elle ébranle *leur confiance en elles-mêmes* et leur sentiment de sécurité.

La même source (OMS) indique que les policiers, les juges, les avocats ainsi que les médecins sont les catégories de professionnels qui battent le plus leurs femmes.

Dans les pays développés ou en voie de développement, les femmes battues, maltraitées ou agressées sexuellement taisent leur douleur, dissimulent leurs contusions et fournissent un grand effort pour masquer leur dépression. Les raisons de cela sont tantôt d'ordre psychologique et tantôt relatives au contexte socioculturel.

Souvent les femmes craignent les conséquences de leur plainte ou pensent à leur statut social (“ qu'on dira-t-on ? ”) ou encore considèrent que leurs conditions sont un *secret familial absolu*. C'est encore une fois une difficulté majeure dans le dépistage de ces victimes. Les chiffres autour de ce sujet sont souvent en deçà de la réalité.

A Genève 20 000 femmes consultent chaque année. Une étude pilote sur 200 femmes consultant en prénatal montre que 7% ont subi des violences lors de leur grossesses [Halpérin 97].

En Norvège, 10% des femmes enceinte consultant au service prénatal étaient victimes de violences [Halpérin 97].

A Constantine, sur 238 femmes admises aux urgences médicales pour une tentative de suicide par intoxication, 141 d'entre elles étaient victimes de violences familiales [Ténachi 98]. Nous abordons avec plus de détails les conditions de la femme en Algérie et la violence à son égard dans le § 2.2.

1.2. Problématique et hypothèse

La problématique à laquelle nous nous sommes arrêtée est l'asymétrie entre la qualité de soins prodigués aux femmes victimes de violences et la spécificité de leur demande.

Devant l'évidence de la dimension psychologique, sociale et judiciaire particulière aux femmes victimes de violence, les conséquences des carences de soins adaptés deviennent préoccupantes, voire alarmantes.

Ces personnes violentées sont en état d'effondrement narcissique, d'alerte et d'appréhension. Comment et dans quelles conditions les soignants (adhérents à une logique de réparation somatique) les appréhendent-ils ?

Cette inadaptation nous conduit à déduire l'incompatibilité entre les soins réparateurs à caractère technique, organiciste, pratiqués le plus souvent dans un espace collectif de promiscuité et les principes d'éthique pratique tels que :

- *La confidentialité* et les conditions du déroulement de l'examen
- La considération de la *singularité de la personne* de la victime à savoir, la *reconnaissance de l'atteinte de son intégrité psychique et psychologique*.
- *L'information et l'accompagnement* de la victime dans les procédures *réparatrices socio-judiciaires*.
- La démarche *thérapeutique interdisciplinaire réunificatrice* considérant la *personne* de la victime *un tout indivisible*. Une démarche, dont la mission essentielle, serait la *réparation de la dignité et de l'honneur de la victime*.

HYPOTHESE :

Les soins inadaptés préconisés aux femmes victimes de violences familiales présenteraient une source potentielle de comportements iatrogènes et contribueraient à la "survictimation"² des victimes.

² " On appelle "survictimation" ou "victimation secondaire" les conséquences des aléas qui aggravent l'état, en particulier, psychologique, des victimes lorsqu'elles sont confrontées à l'incompréhension de leurs proches, des autorités répressives, des instances professionnelles, sociales et autres " [Sadlier 98]

2. Situation de la femme en Algérie

[UNICEF 99]

2.1. Présentation générale

a) Combien sont-elles ?

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat 1998, l'Algérie compte 29 276 343 habitants dont 14 471 744 femmes, soit 49,44 % de la population totale.

b) Combien représentent-elles de la population analphabète ?

Selon le Centre National d'Alphabétisation (CNA), dans les zones urbaines, 42,19% de femmes sont analphabètes et 73,13% dans les zones rurales. Ces taux sont plus élevés que chez les hommes. L'alphabétisation des femmes et des jeunes filles est l'une des priorités du CNA depuis 1986.

c) Quelle est leur situation sociale ? Quels sont leurs droits ?

La constitution de l'Etat algérien a ratifié les conventions universelles pertinentes dont la CDAW : convention contre toute forme de discrimination contre les femmes. Pour des raisons, principalement, socioculturelles, celle-ci demeure sans efficacité pratique et apporte très peu à la femme algérienne.

Dans le code de la famille, celle-ci a un statut discriminatoire et inférieur à celui de l'homme. Par exemple en cas de divorce, elle ne bénéficie pas du domicile conjugal. Sa situation en ce qui concerne l'héritage reste encore très critiquée. Sa lutte progresse lentement ; elle est menée principalement à partir des associations dont l'objectif principal est la réexamination du code de la famille. Les conséquences néfastes de celui-ci sur les femmes et les enfants ont été depuis longtemps timidement dénoncées. Plusieurs partenaires sociaux réclament de façon plus officielle et plus engagée des changements à ce niveau.

d) Quel est leur taux de chômage au cours de la dernière décennie ?

Devant la paupérisation de ces dernières années, les femmes se déclarent de plus en plus à la recherche d'un travail. Les enquêteurs expliquent ainsi le taux de chômage des femmes qui s'élèvent à 38%.

e) Combien sont-elles à travailler ?

Seulement 10% des algériennes ont un travail rémunéré et déclaré. Leur taux de participation à l'activité économique est de 9,72%. Plus de la moitié d'entre elles sont célibataires âgées de 20 à 25 ans. Le cinquième seulement des diplômées d'universités travaille. Les femmes représentent 93,1% du personnel enseignant.

f) Quelle est leur place dans la vie politico-économique ?

Les femmes algériennes sont peu représentées dans la vie politico-économique. Des travaux relatifs à la contribution de la femme au développement de l'économie du pays ont eu lieu en juin 1999. Une commission du conseil supérieur de la jeunesse a été créée pour l'examen de ce dossier.

L'Office National des Statistiques avance les chiffres suivants portant sur la représentation des femmes en politique.

Assemblées Populaires Communales	76 femmes	0,4%
	02 présidentes	0.13%
Assemblées Populaires Départementales	65 femmes	3,5%
Assemblées Populaires Nationales	12 femmes	3,2%
Conseil de la Nation	8 femmes	5,5%

Tableau n°4 : Nombre de femmes dans les assemblées politiques en Algérie

g) Quelle a été leur situation au cours de la dernière décennie ?

La femme en Algérie a subi au cours des événements terroristes des actes dramatiques et inhabituels.

Du viol collectif au viol individuel, de l'enlèvement aux mutilations, de la barbarie physique à la cruauté psychologique, les agresseurs n'ont épargné ni les fillettes, ni les jeunes filles, ni les femmes mariées, veuves ou en période de grossesse.

“ Cette violence spécifiquement tournée contre le sexe féminin et la procréation (englobant bébés et fœtus) peut être considérée comme une volonté de détruire une société toute entière en touchant avec prédilection ce qui transmet la vie ” [Hamonet 98].

L'intervention et la prise en charge interdisciplinaire et spécialisée s'avère être d'une extrême urgence.

En mars 1996, des associations de femmes ont brisé le mur du silence pour dénoncer cette sauvagerie. A cette époque, on comptait déjà plus de 400 femmes assassinées et des centaines de filles kidnappées. [Medjahed 1996]

2.2. Violence à l'égard de la femme en Algérie

2.2.1. Violence socio-familiale

La gravité du problème tel qu'il se présente aujourd'hui en Algérie, et compte tenu de son ampleur, nécessite, plus que jamais, des interventions concertées dans une optique transdisciplinaire des principaux secteurs concernés.

Or, malgré les efforts consentis dans le domaine, les prises en charge des victimes et les différentes actions qui ont été menées jusqu'ici restent très limitées. Ceci est le résultat de plusieurs facteurs :

1. le manque d'expérience dans la prise en charge des victimes,
2. l'absence quasi-totale de structures d'accueil pour ce type de personnes,
3. le manque de moyens matériels,
4. le personnel non spécialisé dans l'intervention auprès des victimes,
5. le vide juridique du fait de l'inadaptation des textes souvent dépassés par les situations rencontrées.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, la femme dans la société Algérienne est victime de violences physiques, psychologiques et sexuelles. Le dysfonctionnement brutal et dramatique des systèmes sociaux a fait d'elle un être encore plus vulnérable.

Une étude réalisée par le Service de médecine légale d'Alger en 1992, a montré que 4.644 femmes avaient consulté pour coups et blessures volontaires et violences sexuelles. 60% des femmes consultantes de la médecine légale sont victimes de violences familiales, battues par leurs conjoints ou un parent proche. La majorité d'entre elles sont âgées de moins de 40 ans.

Cette violence connaît une recrudescence surtout en été où 218 cas sont signalés alors qu'au mois de mars en 1992, on en comptait 40 [AIT-ZAI 96].

Dans la majorité des cas, à cause des paramètres socioculturels, les femmes dissimulent leurs conditions de vie difficiles et gardent le silence même quand elles sont agressées.

La Gendarmerie Nationale Algérienne (Darak el Watani), de son côté, a établi des statistiques sur une période de 08 mois allant de janvier à septembre de l'année 1996. Ces dernières révèlent :

Nature de l'infraction	Victimes	
	Adultes	Mineurs
Outrage et violence à fonctionnaire	03	-
Homicide volontaire	25	04
Tentative d'homicide volontaire	04	-
Coups et blessures volontaires	249	30
Menaces	20	-
Enlèvement	04	25
Tentative d'enlèvement	02	-
Séquestration	02	06
Non-versement de pension alimentaire	28	
Outrage public à la pudeur	07	01
Acte contre nature	01	21
Attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violence	19	36
Viol consommé ou tenté	48	51
Adultère	07	-
Prostitution	-	01
Incitation de mineure à la débauche	-	39
Tentative d'incitation de mineures à la débauche	-	15
Racolage	18	04
Vol	142	07
Tentative de vol	07	

Tableau n°4 : Nombre d'infractions de majeurs et de mineurs en Algérie

D'après notre expérience personnelle en qualité de psychologue, assurée depuis 1996 dans les Service des urgences médicales et de réanimation du CHU de Constantine, 15 à 20% des cas qui se sont présentés aux consultations ambulatoires sont des femmes ou des jeunes filles victimes de violences familiales. Elles sont âgées de 16 à 40 ans. La plupart d'entre elles sont des victimes d'actes de violence répétés. Les femmes qui sont violentées par un conjoint ou un fiancé viennent en première position ; en deuxième position, celles qui sont violentées par leur père ou leur frère ; en troisième position, les victimes d'un autre membre de la famille.

Elles viennent des zones urbaine et rurale ; ont différents niveaux d'instruction et différents statuts sociaux avec une prédominance pour celui qui va avec un niveau de vie modeste.

Dans une enquête que nous avons menée, en novembre 1998, sur la corrélation entre la violence et les tentatives d'autolyse, sur le total des admissions adultes de l'année 97-98 nous avons relevé que 62,2% étaient des tentatives d'autolyse, 59% des intoxications médicamenteuses, 51,4% des femmes provenaient de milieux modestes.

Les conséquences de ces intoxications n'étaient pas sans violences. Parfois l'intoxiquée paye de sa vie le geste qui endeuille profondément sa famille et ses proches et laisse des séquelles irréparables. La tentative d'intoxication fragilise la vie au sein du couple qui peut aller jusqu'au divorce sans parler des traumatismes que cet acte peut engendrer dans la vie des enfants.

Le caractère violent des répercussions évoquées précédemment, sont représentées ci-dessous en pourcentage.

- 34% au niveau de l'intoxiquée
 - 26% au niveau conjugal
 - 23% au niveau familial
 - 17% au niveau socio-familial
- } Soit 66% à l'échelle familiale en général

Ces chiffres nous révèlent le caractère circulaire des violences familiales. La femme qui est dans un premier temps l'aboutissement de la violence, en devient la résultante. Par son passage à l'acte autodestructeur, la femme, victime de violence, devient elle-même génératrice de violence.

Nous avons orienté environs 15 patients par mois vers d'autres services et/ou structures, notamment la psychiatrie et le bureau d'aide et d'orientation psychothérapeutique.

La plupart des violences familiales sont révélées immédiatement par les victimes lors de la consultation ou au cours de la prise en charge psychologique. Quelques jours ou quelques heures après leur admission (selon leur état de santé psychique et physique), ces femmes commencent à parler de leur profond désarroi. Leur regard vide accompagné de sanglots déchirants ou de silences muets elles essayent de nous transmettre leur douleur interminable pour laquelle, elles manquent de mots.

Elles crient l'atteinte à leur être et à leur dignité. A travers leurs cris de détresse elles font comprendre aux autres que, dans leur situation, aucune consolation ne pourra réparer ce qu'elles subissent. La plupart refusent de quitter l'hôpital car la peur de retourner auprès de leurs agresseurs les terrifient. Seules, elles ne bénéficient

d'aucune prise en charge spécialisée correspondant à leur cas et l'idée de devoir rejoindre le foyer familial les traumatise davantage.

Le personnel concerné par l'intervention auprès de ces victimes n'est pas formé pour ce type de problèmes. Malgré la période considérable de l'expérience professionnelle, le manque de formation continue et de spécialisation s'est fait largement sentir ces dernières années au niveau des services des urgences et de l'intervention psychotraumatologique.

2.2.2. Dimension juridique [MJ 99]

Sur le plan juridique les victimes de ces violences ne sont pas très protégées. *Le statut d'inviolabilité de la famille fait la loi*. Déposer une plainte contre son agresseur familial (père, frère ou conjoint...) a toujours été qualifié d'inutile, d'aventure, de pari et surtout d'énorme source de difficultés de préjudices et d'accusations pour la victime.

Le "Chaos" sécuritaire dans lequel la société algérienne a basculé ces dernières années, a fait que les victimes de la "simple" violence familiale n'osent plus s'adresser aux commissariats, ces lieux qui ont signifié pour une certaine période la mort.

A Constantine on compte 16 à 20 dépositions de plaintes par mois pour violences intra-familiales (psychologique et physique) ; on compte 60% de cas de femmes battues.

2.2.2.1. Les lois

La responsabilité délictueuse de l'auteur est engagée lorsqu'il y a acte volontaire de violence. Cette infraction engage la responsabilité pénale de son auteur qui sera condamné à une peine de prison ou à une amende selon la gravité de l'acte. Le médecin légiste est chargé de la description de cet acte et de la précision de l'incapacité temporaire de travail de la victime.

Article 442 :

La loi punit d'un emprisonnement de dix jours au moins à deux ans au plus et d'une amende de 100 à 1000 Dinars algériens les contraventions relatives aux personnes.

Article 264 :

Quiconque volontairement fait des blessures ou porte des coups à autrui ou commet toute autre violence ou voie de fait et s'il en résulte une maladie ou une incapacité totale de travail pendant plus de 15 jours, sera punit d'une peine de deux mois de prison à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 500 à 1000 Dinars algériens.

- Le viol est un crime c'est le non-consentement qui le caractérise. Lorsque les preuves sont insuffisantes, certains viols sont déqualifiés en agression sexuelle, ou même en coups et correctionnalisés (jugés par le tribunal de police).

- Les autres agressions sexuelles sont des délits.

Article 336 :

Quiconque a commis le crime de viol est puni de la réclusion à temps de 5 à 10 ans. Si le viol a été commis sur la personne d'une mineure de 16 ans la peine est la réclusion à temps de 10 à 20 ans.

2.2.2.2. Point de vue médico-légal:

[Lahrech 96] dans son travail de médecin légiste sur la prise en charge médico-légale des violences sexuelles examinées dans son service indique que les victimes sont adressées par les autorités judiciaires, sur réquisition :

- de la police
- du juge d'instruction
- du procureur de la république

Les médecins légistes des CHU d'Alger-Ouest d'Alger-Centre et de Constantine affirment l'inexistence de prise en charge psychologique des victimes de violences sexuelles.

Le certificat Médical:

1. Mentionne obligatoirement l'identité de la victime
2. Permet de qualifier l'acte commis.
3. Doit préciser l'incapacité totale de travail (ITT)
4. Au cas où l'autorité requérante est un officier de police, le certificat est remis sous pli fermé à la victime ou à son tuteur qui le transmettra sans l'ouvrir à l'officier.
5. Au cas où l'autorité requérante serait un magistrat, c'est le médecin qui fera parvenir le rapport.

Il est rare qu'une autorité requérante interroge les médecins légistes sur l'état psychologique de la victime ou sur la durée de son incapacité temporaire ou totale (ITT). Leur mission est d'examiner la victime, dire si elle porte des signes de violences, si son hymen est intact et s'il y a un risque de grossesse ou de contamination vénérienne.

De son côté [Mehdi 96] met le point sur les difficultés qu'ont les femmes violées par un groupe sous les menaces d'armes blanches ou à feu à *faire reconnaître* et à faire admettre le crime de viol.

Le fait qu'elles ne portent pas de signes de violences à la surface du corps, pourra causer le refus de prise en charge de leur plainte par la justice.

Il souligne que la sanction pénale d'attentat à la pudeur qui est un délit est très faible et que le magistrat n'apprécie pas à sa juste valeur la détresse psychosociale dans laquelle se trouve la victime qui perd sa virginité.

3. L'Éthique, la victime de violence et le soignant

3.1. L'éthique

3.1.1. Définitions [Descamps 99]

- ❖ Le mot éthique vient du terme grec (ετηγη) qui signifie “ Les mœurs ”.
- ❖ Au sens classique, on entend par *ETHIQUE*, la science de la morale.

L'éthique ne doit pas être confondue avec :

1. Le droit, le légal ou juridique : la loi est le produit d'un état souverain qui rend obligatoire un comportement sous menaces de sanctions. Le légalisme qui est que “ tout ce qui n'est pas défendu est permis ” nie la morale et l'éthique.
2. La déontologie : le code de déontologie est un ensemble de règles et de pratiques professionnelles qui sont proposées par des représentants d'une profession et peuvent être imposées lorsque l'état a délégué une partie de ses pouvoirs à un “ ordre professionnel ” comme c'est le cas pour l'ordre des médecins. La déontologie est au service d'une corporation alors que l'éthique est un service du bien général et peut amener à remettre en cause son intérêt et celui de la corporation.
3. La conscience professionnelle : c'est la pratique volontaire de la morale dans l'exercice de son métier.
4. La morale : pour certains “ l'éthique ” est le mot moderne pour désigner la morale et ils en font un synonyme. C'est la science des valeurs universelles qui transcendent le temps, les populations et les idéologies.

Les recommandations du Comité National d'Ethique deviennent alors, de fait, la “ morale officielle ”.

“ Le droit décide, la morale commande, l'éthique recommande ”

3.1.2. Le débat actuel

L'éthique est l'émergence d'un nouveau savoir qui est aussi un lieu considérable de pouvoir avec les comités d'éthique.

C'est un champ de bataille pour appropriation par :

- Les courants confessionnels religieux
- Les philosophes
- *Les scientifiques et les médecins qui soulignent que des solutions éthiques sont trouvées, fondées sur des études de terrain selon les méthodes des sciences humaines, la recherche, etc. : la morale répond à nos questionnements, l'éthique est en elle-même une interrogation et une recherche et rien d'autre [Hervé 99].*

La conception progressiste : l'éthique est cette exigence libre et individuelle de réalisation des valeurs qui est le ferment et le principe de progrès des morales [Descamps 99].

3.2. Ethique et engagement du soignant dans la prise en charge des victimes

“ Sans le savoir, sans la science, le médecin ne peut être utile ; mais sans l'amour de son patient, il n'a pas rempli tout son rôle ” Jean Bernard.

Les pionniers de l'éthique, dont le professeur Jean Bernard en France, considèrent impératif que le médecin mette au même niveau le respect du malade et à lui-même (en tant que médecin) et sa compétence *“ technique ”* de professionnel. C'est en respectant son malade que le médecin ne perdra pas de vue son *“ Etre ”*, sa personne humaine, son esprit, sa pensée et son affectivité. C'est en évitant de le réduire à une somme d'organes (le corps) qu'il respectera. Il accomplira alors son devoir suivant les trois grands principes :

1. **Le respect de la dignité du malade**
2. **Le respect de la liberté du malade**
3. **Le respect absolu du secret médical** [Brunswic & al. 95]

Il n'est pas trop de dire que le soignant face à la victime de violence est sensé être doublement interpellé par sa fragilité, sa souffrance, sa dignité blessée et son *“ Moi ”* traumatisé. La victime qui a accès aux structures de santé attend du soignant autre chose en plus d'un pansement, d'un prélèvement ou d'une radio.

“ Il convient de considérer un nécessaire renouveau de la médecine, qui ne fait pas se focaliser uniquement son approche technique et déontologique pure, qui risquerait de tendre vers l'exercice d'une médecine déshumaniser. Ce renouveau doit redonner alors vie aux valeurs fondatrices de la mission de service public de la profession médicale et des soignants ” [Hervé & al. 99].

La victime de violences arrive à la structure de santé après un épisode de fracture avec le *“ normal ”*, le sensé, la confiance, l'amour, la vie. Le médecin qui est véritablement engagé dans cette mission a peu de chance de l'oublier.

“ C'est alors qu'une phase de la médecine reprend tout son sens et perd le caractère factice qui lui est aujourd'hui prêté : “ réconcilier le malade avec le beau, le bien et le juste... Le médecin est acteur dans ce processus de réconciliation. ” [Hervé & al. 99].

Pour une prise en charge adaptée au tableau clinique de la victime de violence, les victimologues, les psychiatres et les médecins légistes confirment la nécessité de la collaboration interdisciplinaire en réseau pour soutenir la victime après la phase de soins, à reprendre progressivement sa vie de tous les jours et surtout à l'informer, la conseiller, l'aider à faire évoluer sa situation pour pouvoir l'accompagner dans ses pas vers une démarche judiciaire ou autre.

Dans ce sens, les professionnels de la consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence à Genève précisent que, particulièrement, les victimes de violences familiales rompent difficilement le cycle de la violence dans lequel elles sont prises.

“ Le soignant doit adopter une attitude pro-active qui ouvre à la victime des perspectives et des choix d'actions tout en sachant se montrer patient et respectueux du temps d'élaboration propre à chaque personne. Seul un soutien de longue haleine permet à la victime de reprendre confiance en elle-même et de retrouver une auto-estime propre et retrouver son autonomie et sa liberté d'action. ” [Margairaz 98]

La nécessité d'un engagement médico-social-légal plus actif (ou “ pro-actif ” pour souligner le respect dû à l'autonomie du patient) au service des victimes de violence, est l'objet d'un intense débat médical en Grande-Bretagne [Shepherd 95].

Grâce à son engagement, le soignant aide la victime et lui-même, dans sa relation de soignant avec elle à inactiver une inhibition qui peut à son commencement geler le processus thérapeutique.

Il s'agit de la crainte des deux (soignant /soigné) de parler de la violence en général et/ou en détails. Ce problème de santé publique doit commencer à trouver, dans l'engagement des soignants, un contenant qui participe à mieux le cerner, à en dépister les victimes, à collaborer à son interdisciplinarité et à en étudier la prévention.

3.3. L'Ethique, la victime et les constatations médicales

3.3.1. Précisions autour des constatations médicales

- Les constatations médicales se matérialisent à travers un certificat qui doit attester des faits observés.
- Son importance n'est pas toujours bien évaluée.
- Il appartient au patient qui le demande, et doit lui être remis en mains propres.
- Dans la plupart des cas, la victime le demande dans le but d'étayer un dossier pour la justice, pour les assurances, etc.
- Le médecin est parfois très tenté par l'établissement d'un constat favorable à la victime.
- Pour ne pas être suspect quant à sa validité, le constat doit répondre à des critères précis.
- La partie la plus difficile dans le certificat médical est l'établissement du lien de cause(s) à effet(s) entre les événements rapportés et les lésions objectives constatées.
- La rédaction de ce lien de causalité doit être très prudemment formulée. Elle est en définitive la finalité essentielle d'une expertise et non d'un certificat descriptif.
- La rédaction objective et précise du certificat constitue un acte de soin à valeur thérapeutique et un acte à portée juridique [Margairaz & al. 98].

“ Parfois, l'action judiciaire est thérapeutique par elle-même, à condition d'être parfaitement comprise par la victime ” [Lopez 98].

3.3.2. L'éthique et le certificat médical

Dans le certificat médical, sont mises en cause les notions de relation de confiance, de confidentialité, de conscience, de rigueur, de réparations, de réadaptation sociale. Nous pensons qu'il est très important de préciser ces notions à caractère éthique.

3.3.2.1. La relation

La rédaction du document revêt toute son importance quand on considère ses finalités judiciaires ou administratives. Dans la description rigoureuse des lésions par le médecin, la victime accorde une reconnaissance formelle de ses blessures et lésions physiques et du traumatisme psychique.

C'est dans cette perspective que le document joue un rôle dans la relation même de la victime avec son médecin.

3.3.2.2. La confidentialité

Il n'est pas aisé de maîtriser le paramètre "confiance". En décrivant la relation de causes à effets entre les lésions physiques et/ou psychique que présente le patient(e) et les événements rapportés.

Le médecin est tenu par la totale confidentialité de ce qu'il a constaté comme lésions sur la victime, de ce qu'elle lui a confié comme propos et de ce qu'il a consigné dans son certificat médical.

La confidentialité a aussi un sens crucial que doit respecter le médecin : celui de ne pas indiquer les informations médicales n'ayant aucune relation avec l'état immédiat de la victime et les lésions qui sont l'objet du certificat médical.

....."*la volonté de protéger au mieux les intérêts du patient et le respect du secret médical dictent au médecin de n'indiquer que les informations médicales utiles et nécessaires à l'objectif poursuivi notamment dans l'hypothèse de la communication ultérieure du rapport médical à une autorité judiciaire ou administrative.*" [Bertrand & al. 98].

3.3.2.3. Réparation et réadaptation sociales

Dans la plupart des cas de violences intrafamiliales, la victime s'abstient de déposer une plainte (à cause des relations conjugales, parentales, etc.). Ceci n'aide en rien le rétablissement de la communication effective et sensée entre la victime et son agresseur. Bien au contraire cela entretient le cycle de la violence. Il est recommandé que le médecin encourage la victime à rechercher une médiation dans un but réparateur et préventif. **La reconnaissance des lésions** est vécue par le patient comme un renforcement de son statut de "victime de violences" ce qui conforte son sentiment profond d'atteinte à "sa" dignité et renforcera son auto-estime. Ainsi, la victime a la chance de bénéficier d'un "peu" essentiel pour sa réparation et sa réadaptation sociales.

" En outre, reconnaissant la plainte de la victime et lui accordant ce à quoi elle a droit, la société la conservera dans la communauté au lieu d'en faire un revendicateur, un aigri ou un révolté"(L.CROCQ 85)

4. Présentation de l'enquête

4.1. Le terrain d'enquête

4.1.1. Présentation du CHU de Constantine

Il a été créé par décret n° 86/298 du 16 décembre 1986.

Au siècle dernier, durant la colonisation française, la structure était un couvent, ensuite une caserne militaire, avant d'être transformé en Hôpital militaire. En 1950 il devient un Hôpital civil. En 1960, il prend la dénomination de Centre Hospitalier Régional.

En 1981, il est à la tête du Secteur Sanitaire Universitaire de Constantine.

Le CHU de Constantine a pour mission de répondre aux besoins des malades, à la formation médicale et paramédicale et à la recherche scientifique. Il regroupe à la fois les soins généraux, spécialisés et hautement spécialisés.

Actuellement, le CHU comprend cinq structures:

- L'hôpital Ben-Badis avec 1399 lits.
- Le centre pédiatrique du Mansourah avec 120 lits.
- L'hôpital Psychiatrique Djebel El-Ouahch avec 150 lits, une structure inaugurée en janvier 1995.
- La clinique de Chirurgie cardio-vasculaire Eriadh avec 150 lits.

Département	Nombre de Services	Nombre de Lits
Médecine (dont le service de réadaptation)	15	756
Chirurgie	9	603
Urgences	6	105
Gynéco-Obstétrique	2	261
Psychiatrie	1	150
CHU	33	1875

Tableau n°5 : Répartition au sein des départements CHU du nombre de Services et de lits

4.1.2. Les services concernés par l'enquête : Les urgences

Pour réaliser ce travail nous avons mené notre enquête dans les services suivants :

- urgences médicales,
- réanimation médicale,
- service des brûlés,
- service de médecine légale
- bureau d'aide et d'orientation psychothérapeutique
- service social

Nous avons pu profiter des fruits de notre pratique professionnelle au niveau des services de la Réanimation, et des Urgences Médicales. Cette pratique nous a permis de recueillir des observations cliniques qui constituent l'essentiel de ce travail.

Ces observations concernent la consultation, les conditions matérielles et humaines qui vont de l'arrivée du malade à son accueil, de l'information recueillie à la consultation, des soins prodigués jusqu'à son transfert vers d'autres structures.

D'un point de vue plus méthodologique, nous avons aussi jugé essentiel de consacrer ce travail aux victimes de violences familiales consultant les services d'urgences, pour les raisons que nous rassemblons autour des trois axes :

- La victime
- Le personnel
- L'espace physique

(a) Du côté de la victime :

- 1- On y conduit la personne (ou elle arrive) dans un *contexte d'urgence* : il y a risque de mort (blessures graves) ou d'incapacités fonctionnelles handicapantes, de séquelles esthétiques, de risques au cours d'une grossesse, etc.
- 2- Les services de police, de protection civile, le voisinage ou des collègues de travail de la victime amène celle-ci et se dirigent souvent vers les services d'urgences.
- 3- La personne y est vue peu de temps après l'acte ou l'attitude violente.
- 4- La personne a davantage de risque d'y être victime de stigmatisation, préjugé et mise à nu.
- 5- Parce qu'à ce stade, l'intervention des professionnels de la santé est une intervention " *à chaud* ".
- 6- La victime arrive dans un état de stupeur, de panique d'alerte, de peur, d'insécurité, et de dépendance.
- 7- C'est là qu'elle a le plus besoin de soins précis, rapides, efficaces et qu'ils soient techniques ou comportementaux (accueil, attention, mise en confiance, établissement d'une relation).
- 8- La personne arrive traumatisée et effondrée avec un comportement réactionnel de régression et un profond sentiment d'abandon, de mépris et d'indignation.
- 9- D'un point de vue éthique, la victime étant dans un état d'urgence, c'est pendant cet état qu'elle est en attente de considération à sa personne, à sa dignité et à son honneur.

(b) Du côté du personnel

La nature de ces services à savoir L'URGENCE, nous interpelle quant à la qualité humaine et professionnelle de leurs personnels.

- 1- Quelle confidentialité peuvent-ils assurer aux victimes et à leur famille ?
- 2- Par quels moyens et avec quelles méthodes appréhendent-ils les facteurs " *iatrogènes* " qui caractérisent généralement les services des urgences ?
- 3- Quelle importance accordent-ils ?:
 - à l'accueil et à l'information des victimes traumatisées ?
 - à la singularité de leur rencontre avec eux et avec leur famille ?
 - à l'aspect psychologique de leur intervention
4. Quelle formation et/ou initiation ont-ils sur les notions de victime, victimologie, traumatisme psychique, etc. ?

(c) Les conditions matérielles (l'espace)

Au cours de notre pratique au CHU de Constantine les conditions d'accueil des victimes ont souvent été au centre de nos observations. Dans quel endroit peuvent-elles attendre un rendez-vous de contrôle, ou l'obtention d'un certificat, etc. ? Le cadre d'accueil assure-t-il la confidentialité qu'impose ce genre de situation.

Pour répondre à ces interrogations nous dressons une grille d'analyse, à partir de laquelle nous pourrions discuter, d'un point de vue éthique, nos résultats cf. § 5. Résultats de l'enquête.

4.1.3. Présentation des services

4.1.3.1. Le Service des urgences médicales

Les unités :

Elles sont au nombre de trois :

- Une unité d'urgence polyvalente : 11 lits d'hospitalisation et 04 lits d'accueil.
- Une unité de centre antipoison et de toxicologie de 10 lits (en attente d'ouverture)
- Une unité de SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente)

Personnel médical :

- 01 Professeur chef de service
- 01 Professeur (détaché)
- 02 Docents (assistants universitaires)
- 01 Généralistes (faisant fonction d'assistant)
- 05 Résidents (étudiants de 3^{ème} cycle en spécialité médicale)
- 18 Médecins urgentistes au SAMU dont 13 femmes et 05 hommes.

Personnel médical complémentaire de soins :

- 01 Pharmacienne (centre antipoison)

Personnel paramédical de soins :

- 01 Cadre paramédical (homme)
- 02 Chefs d'équipe de soins (hommes)
- 31 Techniciens Supérieur de la Santé (13 femmes et 18 hommes)
- 08 Servants de salle (femmes)
- 08 Coursiers-portiers (hommes)

Autre personnel de soins :

- 01 Diététicienne

Personnel du SAMU :

- 01 Chef de service (homme)
- 12 Techniciens Supérieurs de la Santé (hommes)
- 10 Chauffeurs

Personnel administratif :

- 02 Secrétaires médicales

Personnel du laboratoire d'analyse :

- 05 Techniciens Supérieurs de la Santé, 2 femmes et 3 hommes

Personnel de radiologie :

- 06 Techniciens Supérieurs de la Santé : 3 femmes et 3 hommes

4.1.3.2. Service des Brûlés

Personnel médical:

- 01 Docteur (Assistant Universitaire) chef de service
- 01 Généraliste chef de service
- 03 Résidents

Personnel médical paramédical de soins :

- 01 Cadre paramédical - Chef de service (homme)
- 01 Technicien Supérieur de la Santé
- 10 Techniciens de santé (06 hommes, 04 femmes)

Personnel de soins annexe :

- 01 Diététicienne
- 01 Kinésithérapeute

Personnel administratif :

- 02 Secrétaires médicales

Le laboratoire d'analyse et de radiologie sont communs avec celui de la réanimation.

4.1.3.3. Réanimation médicale

Les unités

- Deux unités (adultes) de 14 lits
- Une unité (enfants) de 06 lits
- Un laboratoire d'exploration biologique de routine

Personnel médical

- 01 professeur chef de service (détaché)
- 01 professeur
- 02 maîtres assistant : 1 homme, 1 femme
- 01 médecin généraliste (faisant fonction assistant)

- 07 résidents : 4 hommes, 3 femmes (spécialistes en formation : 4 de 1^{ère} année, 3 de 2^{ème} année).

Personnel médical complémentaire

- 01 psychologue (femme - en disponibilité)

Personnel paramédical

- 01 surveillant médical (homme)
- 01 cadre hospitalier (femme)
- 02 chefs d'équipe de soins (hommes)
- 37 Techniciens Supérieurs de la Santé : 15 femmes, 22 hommes
- 02 infirmiers : stérilisation
- 19 commis de salle (femmes)
- 9 coursiers et portiers (hommes)

Personnel paramédical complémentaire

- 01 kinésithérapeute (homme)
- 01 diététicienne
- 01 assistante sociale

Personnel administratif

- 02 secrétaires médicales
- 01 archiviste (femme)

4.1.3.4. Médecine légale

Personnel médical

- 01 professeur
- 03 maîtres assistants
- 01 résident

Personnel paramédical

- 01 infirmière
- 01 commis de salle (femme)
- Morgue : 02 agents (hommes), 02 commis de salle (femmes)

Personnel administratif

- 03 secrétaires
- 01 archiviste

4.2. Constitution de l'échantillon de l'étude

Pour la réalisation de notre travail, nous nous sommes entretenues avec des personnels des services concernés par notre enquête ayant différentes fonctions et différents grades.

Nous avons jugé essentiel de privilégier pour les entretiens les professionnels qui, par la nature de leur fonction, sont quotidiennement en contact avec la victime et sa famille, c'est-à-dire : les généralistes, les résidents et les infirmiers.

Pour le service des brûlés et le service social, nos entretiens ont été réalisés avec ceux qui avaient directement la charge de ces services.

Les tableaux suivants illustrent la répartition de l'échantillon de l'enquête.

4.2.1. Service des urgences médicales

Grade / Fonction	Nombre	Moyenne d'âge	Durée de la pratique professionnelle)	Durée de la pratique dans le service
Chef de service	01 H	55	25	25
Généralistes	03 F 02 H	29	07	06
Technicien supérieur de santé	01 F 04 H	30	07	04
	04 F 07 H	Total 11		

Tableau n°6 : Echantillon du service des urgences médicales

4.2.2. Service de réanimation médicale

Grade / Fonction	Nombre	Moyenne d'âge	Durée de la pratique professionnelle (Durée de la pratique dans le service
Chef de service	01	51	49	22
Résidents(e)	02 F 02 H	26	03	02
Technicien en soins intensifs et soins Généraux	09 F 04 H	30	13	11
	11 F	Total		

07 H	18
------	----

Tableau n°7 : Echantillon du service de réanimation médicale

4.2.3. Bureau d'aide et d'orientation Psychothérapeutique

Grade / Fonction	Nombre	Moyenne d'âge	Durée de la pratique professionnelle (dans le domaine)	Durée de la pratique dans le service
Psychologue Responsable	01	47	13	05
Psychologue Principal	02 F	51	22	05
Psychologue Adjoint	02 F	48	19	05
	04 F 01 H	Total 05		

Tableau n°8 : Echantillon du Bureau d'aide et d'orientation Psychothérapeutique

4.2.4. Service Social du CHU

Grade / Fonction	Nombre	Moyenne d'âge	Durée de la pratique professionnelle (dans le domaine)	Durée de la pratique dans le service
Assistant responsable détaché Au service de réanimation	01 F	44	17	14

Tableau n°9 : Echantillon du service social du CHU

Le personnel du bureau d'aide et d'orientation psychothérapeutique et celui du service social sont détachés dans les différents services médicaux chirurgicaux du CHU. Grâce à une rotation, les psychologues assurent les consultations ambulatoires.

4.2.5. Service de médecine légale

Grade / Fonction Nombre	Nombre	Moyenne d'âge	Durée de la pratique professionnelle	Durée de la pratique dans le service
Chef de service	01	49	20	20
Assistants	1H /1F	45	16 ans	16 ans

Tableau n°10 : Echantillon du service de médecine légale

4.2.6. Service des brûlés

Grade / Fonction Nombre	Nombre	Moyenne d'âge	Durée de la pratique professionnelle	Durée de la pratique dans le service
Chef de service	01 H	48	17	12

Tableau n°11 : Echantillon du service des brûlés

5. Résultats de l'enquête

5.1. Les conditions matérielles et humaines

5.1.1. Les conditions matérielles – L'espace

Nous avons jugé essentiel d'analyser de plus près les conditions matérielles disponibles dans les services concernés par notre enquête. En effet, l'accueil, l'information et la spécificité que requiert la rencontre avec la personne victime de violence sont des éléments très importants. Nous avons porté notre observation sur les trois paramètres suivants :

- L'espace d'accueil et d'information
- La salle d'attente
- L'espace de rencontre victime-soignant et les conditions de déroulement de cette rencontre (cas où celle-ci revient pour un R.D.V. de contrôle, récupérer un papier administratif ou se renseigner, etc.).

Le tableau ci-dessous présente les résultats de nos observations :

Les services	Espace accueil –information	Salle d'attente	Espace/condition de la rencontre singulière
Les urgences médicales	Existe mais non utilisé pour cette fonction. Il a été <i>approprié</i> autrement par le personnel et/ou le public	Existe mais utilisation inadéquate	Au RDC inexistant ; promiscuité quasi-totale Bureaux des assistants et professeurs au 2 ^{ème} étage
Réanimation médicale	Inexistant	Espace très réduit et non programmé pour cette fonction	Inexistant Difficilement assurés dans les bureaux des médecins généralistes et assistante sociale
Service des brûlés	Inexistant	Inexistante	Assurés
Social	Inexistant	Inexistante	Difficilement assurés
Bureau d'aide et d'orientation psychothérapeutique	Inexistant	Inexistante	Assurés

Tableau n°12 : Conditions matérielles de rencontre avec la victime

5.1.2. Les conditions humaines – Le personnel

Le tableau ci-dessous illustre les résultats de notre enquête concernant la formation du personnel en matière d'intervention auprès des victimes de violence.

Le personnel	Formation initiale ou continue	Initiation ou sensibilisation	Accueil et information	Psychologie médicale	Trauma-Victimo
Médecin généraliste	NON	NON	NON	Vagues notions dues à la formation continue	NON
Résidents(es)	NON	NON	NON		NON
Infirmiers(ères)	NON	NON	OUI mais concernant le malade hospitalisé en général		NON
Assistante sociale	NON	OUI	NON	Psychologie. du malade hospitalisé	NON
Psychologue clinicienne	NON	OUI	NON	Sans spécialité pour la psycho-traumato.	NON

Tableau n°12 : Conditions humaines de rencontre avec la victime

5.2. Résultats des entretiens

Les entretiens semi-directifs que nous avons menés avec l'échantillon de notre étude dans sa globalité (c'est à dire toutes catégories et statuts confondus) s'articulent autour de douze questions (cf. Annexe B " Grille d'entretien avec les personnels ")

Nous présentons ici les réponses sous la forme de tableau service par service.

5.2.1. Résultats des entretiens avec les personnels

5.2.1.1. Le personnel des services d'urgences médicales et de réanimation médicale

Type de question	Nombre de	Réponses
------------------	-----------	----------

	réponses	
1		<i>Q : Est-ce que parmi les patientes que vous recevez dans votre service, il y a des femmes victimes de violences familiales ?</i>
	06	Oui elles représentent la majorité des admissions (U. médicales)
	12	Oui elles représentent presque la totalité des intoxiquées (tentative de suicide) que nous recevons (U. médicales)
	09	Oui un peu plus ces dernières années (RNM)
2		<i>Q : Sont-elles accompagnées par un ou plusieurs membres de leurs familles ?</i>
	12	Dans la plupart des cas, elles sont accompagnées par un membre de leur famille
	09	Plusieurs d'entre elles sont accompagnées par le membre de famille qui d'après la victime est à l'origine de l'incident violent
	06	Elles sont accompagnées par un agent de police lorsqu'il s'agit de cas sociaux.
5		<i>Q : Vous arrive-t-il de conclure " peu " après l'arrivée de la patiente qu'il s'agit d'une femme victime de violence familiale ? Comment ?</i>
	08	Oui, en tenant compte de l'état dans lequel elles arrivent (avec quels vêtements, comment elles sont chaussées, état dont elles sont coiffées, etc.)
	09	Oui il y a beaucoup de similitude entre leur douleur profonde, leur détresse et la façon de l'exprimer
	06	Oui quand la victime nous demande " d'interdire " la visite à sa famille en nous octroyant la liberté d'inventer un prétexte quelconque.
	04	Oui dans sa réaction à l'annonce de la date de sortie du service.
6		<i>Q : Selon vous qu'est-ce qu'une violence familiale ?</i>
	08	L'agression physique au sein du couple (l'homme violent à l'égard de la femme)
	05	Dispute du couple autour de sa vie intime
	03	Dispute du couple à cause de problèmes sociaux-économiques
	04	C'est la violence provoquée par la réaction de la femme aux attitudes de dévalorisation et de discrimination du conjoint
	05	La femme a dû faire quelque chose pour subir cette violence
	02	Dispute entre fratrie : violence du frère à l'égard de sa sœur
8		<i>Q : Pensez-vous que la femme victime de violence familiale a besoin de plus qu'un soin somatique et/ou psychologique ? Pensez-vous à une autre réparation et laquelle ?</i>
	08	Il faut écarter les risques vitaux. La douleur psychique, le temps s'en charge ; c'est le meilleur remède
	07	Le soin physique est impératif et urgent mais seul, il ne suffit pas

	07 05	Il faut que sa famille et ses proches se chargent d'elle à sa sortie de l'hôpital La prise en charge psychosociale doit compléter ce que les soignants aux services des urgences ont commencé.
9	02 07 05 05 03 05	<i>Q : Pensez-vous qu'au sein du service, il y a une prise de conscience de l'importance que doivent accorder les soignants à la dignité de la femme victime de violence familiale?</i> ont confondu cela avec le respect dû à un malade hospitalisé y pensent quand il s'agit d'une femme mariée et encore plus, si elle est mère estiment que la femme devrait penser à sa dignité avant d'en arriver là estiment qu'ils sont parmi les rares personnes qui se préoccupent vraiment de cette question (dignité de la victime) estiment que cela dépend des soignants, de la façon dont ils ont été eux-mêmes éduqués, leur milieu familial, leurs valeurs personnelles, etc. Pensent que ce qu'ils accordent comme importance à ce problème ne change rien à la situation.
10	11 07 06 05	<i>Q : Est-ce que votre expérience professionnelle vous aide dans la prise en charge d'une femme victime de violence familiale? L'estimez-vous suffisante ?</i> Oui, elle est tout à fait suffisante Oui, mais dans certains cas, l'intervention d'un personnel spécialisé est nécessaire (psychologue, psychiatre, assistante sociale, etc.) Oui, mais vu la nature des services et la charge de travail, on ne peut lui consacrer le temps nécessaire. Oui et estiment que l'expérience peut être suffisante parce que ce sont des femmes.
11	05 04 06 12	<i>Q : Pensez-vous qu'il est essentiel d'être initié ou formé aux problèmes psychologiques des victimes ?</i> Oui, absolument ; on en a besoin <i>Oui, on attend avec impatience une formation continue, stage, etc. vue la particularité des violences qu'a connu l'Algérie</i> Oui, parce que nous sommes toujours appelés à intervenir auprès d'elles Non

5.2.1.2. Les assistants en médecine légale

Le nombre de réponse est de deux.

Types de question	Réponses
1	<p><i>Q : Est-ce que parmi les patientes que vous recevez dans votre service, il y a des femmes victimes de violences familiales ?</i></p> <p>Oui, elles représentent environ 75% des consultations et la majorité sont des femmes mariées.</p>
2	<p><i>Q : Sont-elles accompagnées par un ou plusieurs membres de leurs familles ?</i></p> <p>Oui, dans la majorité des cas, elles sont accompagnées par un membre de leur famille. Presque la totalité de celles qui viennent des régions rurales le sont. Celles qui viennent seules habitent la ville de Constantine.</p> <p>Un agent de police accompagne souvent celles qui sont agressées sexuellement ou victimes de relation incestueuses.</p>
4	<p><i>Q : Vous arrive-t-il de noter une croissance du nombre de consultations et/ou d'hospitalisation des femmes victimes de violences familiales ?</i></p> <p>Les cas nécessitant une hospitalisation sont rares. Dans 95% des cas, il s'agit de victimes qui viennent principalement pour obtenir un certificat descriptif.</p>
8	<p><i>Q : Pensez-vous que la femme victime de violence familiale a besoin de plus qu'un soin somatique et/ou psychologique ? Pensez-vous à une autre réparation et laquelle ?</i></p> <p>Oui, une "réparation" de son honneur et de sa dignité, une réparation judiciaire ce qui est équivalent comme démarche.</p>
9	<p><i>Q : Pensez-vous qu'au sein du service, il y a une prise de conscience de l'importance que doivent accorder les soignants à la dignité de la femme victime de violence familiale ?</i></p> <p>Non, malheureusement le personnel paramédical n'a aucune formation dans ce sens.</p>
11	<p><i>Q : Pensez-vous qu'il est essentiel d'être initié ou formé aux problèmes psychologiques des victimes ?</i></p> <p>Oui absolument. Cela apportera beaucoup à la victime et renforcera l'efficacité de notre intervention.</p>

5.2.1.3. Personnel du bureau d'aide psychologique

Le nombre de réponse est de cinq.

Type de question	Réponses
1	<p><i>Q : Est-ce que parmi les patientes que vous recevez dans votre service, il y a des femmes victimes de violences familiales ?</i></p> <p>Oui, nous en recevons un grand nombre relativement jeunes.</p>

2	<p><i>Q : Sont-elles accompagnées par un ou plusieurs membres de leurs familles ?</i></p> <p>Elles viennent souvent accompagnées de l'un de leurs enfants ou d'une jeune sœur, etc. quand elles sont célibataires ou bien d'un membre du personnel de la médecine légale et un parent quand il s'agit d'une agression sexuelle sur un mineur ou d'une relation incestueuse</p>
8	<p><i>Q : Pensez-vous que la femme victime de violence familiale a besoin de plus qu'un soin somatique et/ou psychologique ? Pensez-vous à une autre réparation et laquelle ?</i></p> <p>La collaboration entre différents intervenants est indispensable pour arriver à une prise en charge adéquate de la victime. Les intervenants (médico-psycho-socio-judiciaires) ne doivent pas perdre de vue que cette violence infligée a porté une atteinte profonde à l'honneur et au sentiment d'être humain de la victime.</p>
9	<p><i>Q : Pensez-vous qu'au sein du service, il y a une prise de conscience de l'importance que doivent accorder les soignants à la dignité de la femme victime de violence familiale?</i></p> <p>Oui, cela est essentiel</p>
10	<p><i>Q : Est-ce que votre expérience professionnelle vous aide dans la prise en charge d'une femme victime de violence familiale? L'estimez-vous suffisante ?</i></p> <p>Oui, cela nous aide beaucoup mais reste insuffisant parce que souvent inefficace quand il s'agit de cas où l'outil spécialisé est strictement indispensable.</p>
11	<p><i>Q : Pensez-vous qu'il est essentiel d'être initié ou formé aux problèmes psychologiques des victimes ?</i></p> <p>La victime de violence qui consulte au CHU de Constantine ne bénéficie d'aucune prise en charge spécialisée. Former et sensibiliser le personnel est d'une extrême urgence.</p>

5.2.2. Résultats des entretiens avec les responsables de services

5.2.2.1. Les responsables des urgences médicales et de réanimation

Ils ont souligné le nombre considérable de victimes par intoxications volontaires (autolyses) qu'ils accueillent. Nombre d'entre elles sont des victimes de violences familiales venant des villes ou des régions rurales. Leur suivi psychologique a toujours été sous-évalué. La collaboration de la psychologue au cours des cinq dernières années a été fructueuse pour beaucoup d'entre elles mais insuffisante à cause de leur grand nombre.

Malgré l'expérience importante de plusieurs soignants paramédicaux, il n'est pas évident qu'ils aient conscience de l'importance qu'il faut accorder à la dignité et l'honneur affectés de la victime dans le processus thérapeutique et réparateur.

Au CHU, la prise en charge médicale est plus ou moins assurée mais sur les plans psychologique, social et juridique, beaucoup reste à faire.

Le personnel médical et paramédical n'a jamais bénéficié de formation continue ou de stage dans ce domaine. L'intervention et la prise en charge des victimes de violence ne s'improvisent pas. D'importantes lacunes dans la formation initiale, principalement, en matière d'éthique se font sentir dans l'approche des patients par les

soignants. La *confidentialité*, par exemple, dans la relation médecin-malade est très négligée. A ce propos, sur le plan espace, il est pratiquement impossible d'assurer un entretien confidentiel avec les patients et ce, particulièrement au niveau du rez-de-chaussée.

La dernière décennie qui a marqué la société algérienne par ses violences dramatiques est à l'origine des très lourdes réparations attendues dans les différents secteurs. La santé est l'un des plus urgents. La formation continue et la sensibilisation des personnels est alors plus qu'impérative.

5.2.2.2. Le responsable du service des brûlés

Ouvert depuis 1988, ce service de 16 lits se charge des grands brûlés de la région Est de l'Algérie. De 1989 au mois d'avril 2000, 1317 hospitalisations ont eu lieu dont 639 adultes. On compte 4 cas criminels dont 3 crimes d'honneur : le mari brûle sa femme qu'il accuse d'infidélité. On compte également 12 tentatives de suicide dont un décès.

Le responsable du service nous précise que ces victimes ne bénéficient pas de prise en charge psycho-juridico-sociale proprement dite. Il n'y a pas de personnel qualifié au service. L'équipe fait appel à la psychologue du service de réanimation et/ou aux psychologues du bureau d'aide psychologique du CHU.

Il affirme que beaucoup reste à faire pour initier et sensibiliser le personnel aux problèmes psychologiques des victimes.

5.2.2.3. La responsable du service social

A travers notre rencontre avec le responsable de ce service, nous avons eu l'occasion de constater encore une fois l'ampleur du phénomène de violence et la prise en charge inadéquate des victimes. Nous avons eu ici un éclairage particulier de ce phénomène.

Orientées dans la plupart des cas par les médecins, les victimes arrivent au service accompagnées par un membre de leur famille ou, assez rarement, par un agent de police.

Les adolescentes représentent la majorité des consultants. Victimes d'exclusion, enfants assistés, de parents séparés, divorcés, décédés ou enfants battus, elles sont profondément traumatisées par les pathologies sociales de leur milieu.

Ces victimes sont souvent originaires de milieux ruraux, de couches sociales défavorisées où elles sont privées des droits les plus élémentaires.

Pour faire face à cette importante demande, le service social est muni de très peu de moyens. Dans sa tâche quotidienne, le personnel du service social est confronté à l'indifférence des autres personnels face aux dramatiques conséquences de la violence socio-familiale.

La responsable qualifie la situation d'alarmante. Elle souligne la nécessité absolue de la formation des personnels aux valeurs humaines bafouées des victimes.

6. Discussion

Afin de discuter les résultats de notre enquête d'un point de vue éthique, nous nous sommes fixé trois axes principaux :

1. Accueil et information des victimes
2. Ethique et prise en charge des victimes
3. Ethique et comportements iatrogènes

6.1. Accueil et information des victimes

6.1.1. Où s'effectue l'accueil ?

L'espace nécessaire doit permettre accueil, information, attente et rencontre singulière avec la femme victime. Or, les tableaux résumant notre enquête nous montrent qu'un tel espace est inexistant et ce, presque à tous les niveaux.

La rencontre singulière est assurée aux bureaux des :

- Professeurs et assistants des services des urgences et réanimation situés au 2^{ème} étage respectif des structures
- Médecins du service des brûlés
- Psychologues

A noter qu'il est assez fréquent que les soignants abordent les victimes " un peu partout " dans les services. Ils peuvent questionner la victime, lui remettre un résultat, répondre à ces questions, lui donner rendez-vous, l'orienter sur un autre service, lui donner un avis, etc. dans les couloirs, les halls, entre deux portes ou même dans le bureau d'un autre collègue.

Un observateur extérieur de cette interaction peut conclure que les personnes qui portent " des blouses blanches " dans ces services ont des pouvoirs qui leur légitiment le droit d'aborder les personnes qui n'en portent pas et ce, n'importe où, n'importe comment et devant n'importe qui.

Combien de victimes savent qu'elles ont le droit d'exiger un endroit décent qui inspire le respect, la sécurité et la confidentialité ?

Les soignants s'interrogent-ils sur le principe du secret médical, de la discrétion et de la confidentialité de leur pratique ? En ignorent-ils la portée réelle ? Jusqu'à quel point, cette ignorance participe-t-elle à la survictimation des consultants de ces services ?

L'interrogation principale de cette partie reste donc posée " Où effectuer un accueil adéquat ? "

6.1.2. Qui se charge de l'accueil ?

Evoquer la prise en charge des victimes de violence en occultant l'importance de la qualité de l'accueil personnifiée en la personne du professionnel de santé serait une approche déséquilibrée. Les victimologues parlent de la création de *lien significatif* au cours de cette première prise de contact : " ... de la qualité de ce premier " accrochage " va souvent dépendre la suite de l'action. " [Margairaz 98].

Engagé dans cette problématique, averti quant à la spécificité de ces patients (" la victimation "), le personnel qui est appelé à intervenir en première ligne devrait représenter le premier support pour la femme victime de violence.

Notre enquête nous permet de faire les constations suivantes :

- Aucune des catégories des personnels n'a eu dans sa formation initiale ou en formation continue des programmes dans ce domaine
- A l'exception des assistantes sociales et des psychologues aucun autre personnel n'a été sensibilisé à cette problématique.
- Il n'existe pas de personnel formé à l'accueil des victimes dans les services visités. Les médecins généralistes, les résidents et le personnel paramédical gardent pour certains de vagues notions sur la relation médecin-malade, le secret médical et la psychologie médicale.
- Aucun des personnels rencontrés toutes catégories confondues n'a bénéficié de formation en victimologie.

Comment avec ces handicaps le personnel en général peut-il assurer sa fonction de support et de contenant à l'ébranlement de la femme victime de violence ? Quel est son degré de conscience du lien significatif de la première prise de contact dont dépend la suite de l'action ?

L'interrogation principale de cette partie reste donc posée " Qui effectuerait un accueil adéquat ? "

EN résumé, la réalité de l'accueil de la femme victime de violence. sur notre terrain d'enquête :

- ne répond pas à la spécificité de la demande de ces victimes,
- est en décalage avec les principes éthiques de la prise en charge des victimes,
- ne conforte certainement pas la logique de soin,
- jusqu'à quelle limite cette réalité adhère, au contraire, à une logique de " nuisance " ?

6.2. Ethique, prise en charge et comportements iatrogènes

Les résultats de notre enquête nous ont permis de mettre en évidence une partie de la réalité de la prise en charge des femmes victimes de violences familiales au CHU de Constantine. Elles nous a également éclairée sur l'avis d'un échantillon du personnel des services des urgences et de celui de la réanimation médicale.

Enfin, notre enquête nous a également permis de recueillir l'avis de cinq chargés de services sur le problème de la violence et la prise en charge des victimes au CHU de Constantine en général.

A travers le tableau comparatif suivant, nous tentons de souligner **le décalage entre les principes éthiques et les réponses des 27 soignants quant à leurs pratiques.**

Principes éthiques	Commentaires à partir des réponses obtenues
<p>De par la place qu'il occupe dans la structure de santé, l'urgentiste (toute discipline confondue) est l'un des premiers personnels soignants qui est appelé à modifier son point de vue sur le sujet de la violence et ne plus le traiter comme un sujet tabou difficile à aborder.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est impératif qu'il admette que la violence représente un problème de santé publique. - L'urgentiste a l'ultime responsabilité d'établir la meilleure évaluation de l'état physique et psychologique de la victime afin d'écartier tout risque vital pour la victime pour elle et pour son entourage. - L'urgentiste doit faire appel au moment opportun, aux spécialistes afin d'écartier : <ul style="list-style-type: none"> • L'escalade de la violence • L'escalade du suicide • L'escalade de l'homicide - L'urgentiste soignant doit s'engager afin de reconnaître l'origine violente des troubles et de la pathologie qu'il rencontre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une réduction considérable se dégage des représentations qu'ont les soignants urgentistes sur la violence familiale: <ul style="list-style-type: none"> • C'est l'agression physique • C'est la dispute au sein du couple • C'est le résultat qui a pour origine un acte ou une attitude de la femme - Toutes les réponses sont figées plutôt sur le milieu familial et les couples, acteurs mêlés à l'incident violent, que sur les risques vitaux et les répercussions irréversibles de celui-ci sur les victimes et leur entourage. - Aucun soignant n'a exprimé la corrélation: entre la violence et la santé - Aucun soignant n'a parlé de la violence psychologique qui atteint aussi la femme dans son être et son honneur, l'exécutant dans un monde d'insécurité et de honte profonde. - A quel point cette réduction peut-elle être iatrogène ? Parce qu'elle empêche les soignants de deviner et d'être vigilants sur les aspects tacites et aux violences invisibles parce qu'elles empêchent l'urgentiste de cerner des éléments essentiels et de prévenir des risques vitaux.
<ul style="list-style-type: none"> - L'urgentiste (le soignant) doit prendre congé de lui-même afin de lui d'être prêt à accueillir et contenir la victime. Il doit prendre congé de ses jugements moraux, ses convictions idéologiques et socioculturelles³. - L'urgentiste doit offrir à la victime le cadre relationnel adéquat afin de lui permettre d'user pleinement de son droit de parler sans la crainte d'une quelconque stigmatisation ou d'une manifestation d'incrédulité. Un cadre dans lequel le soignant lui reconnaît sa souffrance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la part du mal que le soignant est en mesure d'infliger à sa victime quand il l'approche avec une représentation de la violence qui serait " ce que subi la femme c'est parce qu'elle a dû faire quelque chose ". <p>Alors qu'il est appelé à reconnaître l'origine violente des troubles de sa patiente, il doit éviter d'en représenter une seconde (origine).</p>

³ SAHLI Chéfia "ILTrauma psychologique reflet indiscret des maux de la tribu " page 59.61

<p>- Etre en première ligne d'intervention octroi à l'urgentiste un ultime moment de recueillir d'importantes informations d'observer des faits qui peuvent être très significatifs.</p> <p>A partir de ces éléments il collaborera, dans un esprit d'interdisciplinarité, avec les autres intervenants à placer les pierres angulaires d'une démarche thérapeutique et préventive efficace⁴.</p>	<p>- Plus de la moitié des soignants ont insisté sur les blessures physiques des victimes et relèguent les blessures morales tantôt au temps, tantôt à la famille et les proches de la victime. Sept soignants soulignent le fait que les soins physiques soient impératifs mais seuls, ils sont insuffisants mais sans ajouter de précisions. Cinq soignants évoquent la nécessité de la prise en charge psychosociale pour compléter les soins médicaux.</p> <p>A travers ces réponses nous constatons que la victime a très peu de chance pour trouver un cadre relationnel où elle peut s'exprimer et tenter de se reconstruire.</p> <p>Les points de vue des soignants viennent se dresser comme un écran opaque empêchant de reconnaître à la victime sa douleur, d'établir des constatations et de rendre compte des incohérences souvent tacites.</p> <p>- A propos de la dignité de la vie, 10 soignants sont pessimistes sinon fatalistes. Les 07 autres pensent qu'il s'agit d'une femme mariée, et surtout mère d'enfant. 05 pensent que la victime devrait y penser avant d'en arriver là.</p> <p>Encore une fois, l'implication individuelle iatrogène et la lecture socioculturelle du problème de la violence familiale resurgissent pour chasser, gravement, l'éthique du processus thérapeutique.</p> <p>Les deux assistants du service de médecine légale psychologues sont les seuls qui ont évoqué dans leurs réponses à la 8^{ème} question le caractère interdisciplinaire que requiert ce type d'intervention, la notion de réparations juridiques et la valeur humaine de leur dignité.</p>
<p>- L'un des principes fondamentaux de l'éthique médicale est la formation continue⁵.</p>	<p>- Autour des questions sur l'apport de l'expérience professionnelle et de la formation pour l'intervention</p>

⁴ Un engagement éthique des soignants dans cette perspective (approche interdisciplinaire) nous semble offrir de meilleures chances aux victimes de reprendre espoir, de renforcer et de réorganiser leur vie.

⁵ “ *La formation médicale continue est un élément essentiel de la responsabilité éthique de chaque médecin* ”

<p>- Il est de la responsabilité du soignant de s'interroger sur le lien entre la qualité des soins qu'il prodigue à son patient et l'évolution de la recherche scientifique et thérapeutique dans le domaine de sa pratique professionnelle en particulier et de la médecine de façon générale.</p>	<p>auprès des victimes de violence, tous les soignants affirment l'importance de l'expérience professionnelle. La moitié (13) d'entre eux pensent que pour certains cas un personnel spécialisé est nécessaire. Par contre presque la moitié trouvent que la formation dans ce domaine n'est pas indispensable.</p>
<p>Il est aussi de sa responsabilité de s'interroger sur le lien entre les risques de pathologies iatrogènes et sa méconnaissance des nouvelles méthodes thérapeutiques.</p>	<p>15 soignants pensent que c'est essentiel de l'être (formé). Les médecins légistes et les psychologues sont du même avis. Ils précisent que pour une intervention efficace, former et sensibiliser le personnel et d'une extrême urgence.</p>

6.3. L'avis des responsables des services sur la violence et la prise en charge des victimes au CHU de Constantine

Les responsables des services des urgences et de réanimation médicales, des brûlés, de médecine légale et le service social, nous ont confirmés:

- 1- L'ampleur du problème de la violence à l'égard des femmes.
- 2- La considérable répercussion de ce phénomène sur la santé.
- 3- Le manque, voire l'inexistence de programme d'intervention interdisciplinaire.
- 4- La prise en charge médicale des victimes de violences est plus ou moins assurée au C.H.U. de Constantine.
- 5- Le contexte matériel où a lieu l'accueil et la rencontre avec les victimes de violence est très inapproprié.
- 6- La femme brûlée, battue ou menacée, dans un contexte de violence intrafamiliale, consultant au CHU ne bénéficie d'aucune prise en charge adaptée à son *statut de victime*
- 7- Des efforts immenses restent à fournir pour assurer une prise en charge *médico-psycho-socio-judiciaire* des victimes de violences.
- 8- Malgré les drames violents qui ont marqué l'Algérie, les personnels de leurs services respectifs n'ont jamais bénéficié de *formation continue* pour l'intervention auprès des victimes.

“ ... *Que penser en effet d'un médecin qui, par ignorance de nouvelles acquisitions médicales, ne ferait pas " bénéficiaire " son patient du maximum de ressources disponibles ?... Tout médecin doit s'attendre à être interrogé par le patient sa famille, la société et éventuellement la justice sur son comportement scientifique du fait de l'évolution non satisfaisante d'une affection d'un de ses malades* ” J.P. GRILLIAT “ L'impérieuse nécessité de la formation médicale continue ”, Médecin et Société.

- 9- La prise en charge psychosociale des femmes victimes de violences, admises pour intoxication volontaire aux services de réanimation et des urgences médicales, reste insuffisante à cause du nombre considérable des victimes.
- 10- La formation initiale du corps médical et para médical est lacunaire en matière *d'éthique*

CONCLUSION

Le problème de la prise en charge des victimes de violence en Algérie est devenu, depuis quelques années, l'objet de travaux cliniques et de recherche de la part des différents intervenants concernés.

Interpellés par la situation dramatique du pays, ces intervenants qui sont par ailleurs impliqués eux-mêmes sont devant d'immenses défis à relever notamment dans les secteurs de la santé, la justice, les affaires sociales, la protection civile, de la jeunesse de la sécurité, etc.

L'asymétrie entre les défis à relever et les moyens matériels et humains est importante. Une asymétrie qui ne peut pas être sans conséquences sur le résultat de la mission à accomplir. Cette mission est en elle-même très délicate : prendre en charge et accompagner la victime de violence sur les plans psycho-médico-socio-judiciaire.

Plusieurs facteurs concourent à placer le débat sur le plan absolument éthique :

- 1- Quand cette asymétrie entre ce qui devrait être fait et ce qui est fait a pour terrain d'expression l'institution de santé, dont la mission est de soigner les maux.
- 2- Quand cette asymétrie transforme les agents de la santé, dont la mission est de prodiguer les soins, en source potentielle de pathologie iatrogène.
- 3- Quand la victime de violence qui se livre à l'institution et aux agents de la santé dans l'espoir d'une reconnaissance et d'une réparation repart avec une survictimation.

En effet, l'objet du débat éthique n'est ce pas l'asymétrie et le décalage.?

L'enquête que nous avons menée au CHU de Constantine en avril 1999 sur la prise en charge de la femme victime de violence familiale nous a permis de mettre à jour le décalage entre la spécificité de la demande et l'adaptation des réponses suivantes :

1. L'accueil
2. Les soins “ qui ne doivent pas être que techniques ”
3. L'écoute
4. La parole
5. L'attitude

Traumatisée, la victime de violence familiale quand elle ne court pas un risque vital, arrive dans un état d'effondrement et avec un très profond sentiment de mépris et d'indignation.

Elle est en attente essentielle d'accueil, de soins physiques, de reconnaissance de sa souffrance et de considération à la dignité de sa personne.

Or, l'on peut constater que la victime est accueillie dans un contexte matériel inadéquat par un personnel qui souvent ignore l'essentiel de ce dont elle est en droit d'attendre.

Certes, la formation initiale de ce personnel est lacunaire en matière d'éthique proprement dite. De plus, il n'a pas bénéficié de formation continue en matière de victimologie.

Malgré cela, il est encore à la portée de ce personnel de pouvoir offrir quelque chose à cette victime.

Il faudrait, d'abord, qu'il commence par ne pas lui nuire. Il peut éviter de faire d'elle une fois de plus une victime mais cette fois de ses stigmatisations, de ses opinions personnelles et de ses préjugés.

Il arrive que l'institution et les agents de la santé parviennent mal ou pas du tout à reconnaître le statut des victimes de la violence mais, éthique et responsabilité obligent, ils ne sont pas en droit de leur infliger une survictimation. Car entre deux maux, choisir le moindre est une question éthique.

Une évolution culturelle médicale et un changement de la notion même de soins (qui ne doit pas s'arrêter aux techniques) s'avèrent désormais essentiels.

Dans notre sujet, il est question de deux types de tabous : un premier tabou autour de la violence et un deuxième autour de la femme. Ces tabous, de plus conjugués, constituent le défi à relever par les professionnels de la santé et la société dans son ensemble.

Assurer une formation continue au personnel ne suffit pas à elle seule à faire face à ce défi. Un profond changement culturel et un laborieux travail d'éducation sont essentiels pour changer les mentalités.

ANNEXE A

Victimologie – Victime : définition, historique

ANNEXE B

Grille d'entretien avec les personnels et exemple de réponses

1. Est-ce que parmi les patientes que vous recevez dans votre service, il y a des femmes victimes de violences familiales ?

| *Oui, nous en recevons*

1. Sont-elles accompagnées par un ou plusieurs membres de leurs familles ?

| *Oui, souvent, surtout la nuit. Les membres présents sont souvent les auteurs de la violence.*

2. Sont-elles accompagnées par la police, la protection civile, le SAMU ou autre ?

| *Rarement sauf si cela se passe la nuit ou que la victime habite un quartier sensible.*

3. Vous arrive-t-il de noter une croissance du nombre de consultations et/ou d'hospitalisation des femmes victimes de violences familiales ?

| *Selon mon expérience, oui il y a recrudescence des hospitalisations*

4. Vous arrive-t-il de conclure "peu" après l'arrivée de la patiente qu'il s'agit d'une femme victime de violence familiale ? Comment ?

| *Oui, parfaitement. Nous avons deux principaux repères : physique (coups, blessures, bleus) ou expression neurovégétative. La plupart du temps dans l'objectif de rester dans le service et fuir le contexte problématique de la famille.*

5. Selon vous qu'est-ce qu'une violence familiale ?

| *C'est l'agression physique*

6. Jugez-vous essentiel de réserver à cette patiente une attention particulière ? Pourquoi ?

| *Oui, parce qu'avant tout, il s'agit d'une femme blessée*

7. Pensez-vous que la femme victime de violence familiale a besoin de plus qu'un soin somatique et/ou psychologique ?

| *Oui certainement*

• Pensez-vous à une autre réparation et laquelle ?

| *La victime est blessée dans sa dignité et dans son honneur. En plus de la réparation physique, elle a besoin d'une personne pour l'aider à passer ces étapes.*

- Qui doit s'en charger ?

| Les plus proches ; d'autres se confient à nous

8. Pensez-vous qu'au sein du service, il y a une prise de conscience de l'importance que doivent accorder les soignants à la dignité de la femme victime de violence familiale ?

| *Pas tout à fait car il y en a qui pensent que la femme a fait quelque chose pour mériter ce qu'il lui arrive.*

9. Est-ce que votre expérience professionnelle vous aide dans la prise en charge d'une femme victime de violence familiale ?

| *Oui tout à fait.*

- L'estimez-vous suffisante ?

| *Non*

- Pourquoi ?

| *Parce qu'il y a des femmes qui sont difficiles à aborder sur le plan personnel*

10. Pensez-vous qu'il est essentiel d'être initié ou formé aux problèmes psychologiques des victimes ?

| *Oui c'est très important*

Pourquoi ?

| *Parce que nous n'avons pas été formés dans la prise en charge de problèmes psychologiques.*

ANNEXE C

UNESCO : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

ANNEXE D

OMS : Sélection de documents relatifs aux droits de l'homme, de traités internationaux et de déclarations de l'ONU

ANNEXE E

OMS – Statistiques sur la violence dans la famille à l'égard de femmes

Index des tableaux

Tableau n°1 : Nombre d'enfants victimes de violence en Algérie entre 87-88 et 97-98.....	13
Tableau n°2 : Nombre de types de violence sur enfants en Algérie entre 98-88 et 98-99.....	13
Tableau n°3 : Evolution des lésions trouvées sur les cadavres en Algérie entre 1991 et 1994.....	14
Tableau n°4 : Nombre de femmes dans les assemblées politiques en Algérie	21
Tableau n°4 : Nombre d'infractions de majeurs et de mineurs en Algérie.....	22
Tableau n°5 : Nombre de services et de lits par département.....	31
Tableau n°6 : Echantillon du service des urgences médicales.....	36
Tableau n°7 : Echantillon du service de réanimation médicale.....	37
Tableau n°8 : Echantillon du Bureau d'aide et d'orientation Psychothérapeutique	37
Tableau n°9 : Echantillon du service de médecine légale	38
Tableau n°10 : Echantillon du service des brûlés.....	38
Tableau n°11 : Conditions matérielles de rencontre avec la victime.....	40
Tableau n°12 : Conditions humaines de rencontre avec la victime.....	41

Bibliographie

- [Aït-Zay 96] : “ *L'agression sanctionnée* ”, Journée d'études “ Violence et société ” Institut National de Santé Publique, Alger, octobre 1996
- [Belloum 98] : “ *La violence sociale* ”, Actes du séminaire “ Violence et Santé Publique ”, OMS-UNESCO-MSP, Constantine 1998.
- [Bertrand.98] L .Subilia ,D.S Halpérin ,R.La Harpe, M.Reymond, D.Beirens, L. Loutan : “ *Victimes de violence : L'importance du constat médical pour le praticien* ”, PRAXIS, pp. 417-420, 1998.
- [Boudrâa 98] : “ *Maltraitance Infantile* ”, Acte du séminaire violence et santé publique, pp. 8-9, OMS-UNESCO-MSP, Constantine, 1998.
- [Boutaghane 98] : “ *La violence institutionnelle à l'égard des personnes âgées.* ”, Actes du séminaire “ Violence et Santé Publique ”, OMS-UNESCO-MSP, Constantine 1998.
- [Brunswic H 95] , M.Pierson: “ Médecins, Médecine et Société - Introduction à l'Ethique Médicale ”, Ed. Nathan, Paris, 1995.
- [MJ 99] : “ Code Pénal ”, Ed. ONTE, Alger 1999.
- [Crocq L 85] : “ *Les névroses traumatiques doivent d'être reconnues et indemnisées* ”, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXIIIe, Session- Besançon, juin, 1985.
- [Déclaration,93]. “ *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes* ”, NewYork, Nations Unies, 23 février1994,(Résolution No. A/RES/48/104).
- [Descamps 99] : “ *Les définitions de l'Ethique* ”, Séminaire DEA Ethique Médicale et Biologique - Necker, Paris, novembre 1999
- [Halpérin 97] : “ *Maltraitance, violence, souffrance* ”, Séminaire OMS “ Violence et Santé Publique – Orientation Thérapeutique”, Journée de formation continue de l'Association Genevoise des Assistantes de Médecin, novembre 1997.
- [Hamonet C 98] : “ *Antropologie de la violence* ”, Actes du Séminaire “ Violence et Santé Publique ”, OMS-UNESCO-MSP, Constantine 1998
- [Hervé 99] : “ *Les définitions de l'Ethique* ”, Séminaire DEA Ethique Médicale et Biologique, Necker, Paris, novembre 1999
- [Hervé C. 99] G. Moutel: “ *La médecine, la relation médecin-patient et le soin* ”, Séminaire DEA Ethique Médicale et Biologique, Necker, Paris, novembre 1999

- [Lahrech, 96] : “ *Agresseurs et agressés, la violence des chiffres* ”, Actes de la Journée Scientifique “ Violence, Quelle réparation possible ”, Alger, juin 1996, pp. 46-49
- [Lahrech, 96] : “ *Prise en charge des femmes victimes de viols sexuels* ”, Violence et société, INSP 1996, p41.
- [Lopez G 98] A.Sabouraud-Séguin: “ *Psychothérapie des victimes* ”, Ed. Dunod, Paris 1998, pp. 306-321
- [Margairaz 98.] D.S Halpérin, H.R.Wicky : “ *Dépistage et prise en charge des victimes de violence* ”, M&H Consultation médico-légale, 56 : 742.5, 1998
- [Margairaz.Ch 98] L .Subilia ,D.S Halpérin, D Bertrand, R.La Harpe “ *Le constat médical : Un outil méconnu* ”, Institut Universitaire de Médecine Légle de Genève, Séminaire “ Santé publique et prise en charge des victimes de violence ”, Constantine, décembre 1998.
- [Medjahed F 1996] : “ *Viol, le tabou* ”, Actes de la journée scientifique “ Violence – Quelles réparations possibles ? ”, Alger, 1996
- [Mehdi 96] : “ *Viol : point de vue de médecin légiste* ”, Violence et société, INSP, 1996, pp. 18-22.
- [OMS 97] : “ *La violence à l'égard des femmes* ”, juillet 1997
- [Peter 95] : “ *Violences familiales – Quelle analyse ?* ”, 1995
- [Reviron 95] : “ *Médecins, Médecine et Société - Introduction à l'Ethique Médicale* ”, Ed. Nathan, Paris, 1995.
- [Sadlier 98] : “ *Psychothérapie des victimes* ”, Ed. Dunod, Paris 1998, pp. 32-38
- [Shepherd 95] : “ *Should doctors be more proactive as advocates for victims of violence?* ” B.M.J. 1995, 311 : 1617-21
- [Ténachi F 98] : “ *Etude de la corrélation entre la violence et les tentatives d'autolyse* ”, Séminaire “ Violence et Santé Publique ”, Constantine, décembre 1998.
- [UNICEF 99] “ *Analyse de la situation de l'enfant et de la femme en Algérie.*”. Alger. Juillet 1999. PP 02 80.