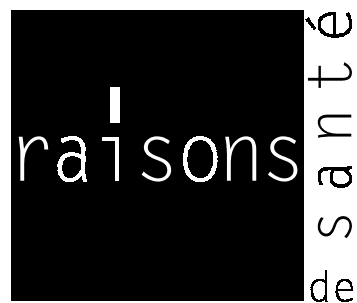


Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne



« C'EST ASSEZ »

Programme de détection et d'orientation
des adultes concernés par la violence
Origines et développements 2000-2004

Marie-Claude Hofner, Nataly Viens Python

Etude financée par :

Bureau de l'Egalité entre les Femmes et les Hommes (Vaud)
Centre Interdisciplinaire des Urgences du Centre Hospitalier
Universitaire Vaudois (Lausanne)
Fondation Leenaards
Fondation Charlotte Olivier
Loterie Romande (Vaud) et Organe romand de répartition

Remerciements :

A tous les professionnels de terrain, associés à ce projet qui par leur engagement et leur disponibilité ont apporté une contribution décisive à sa réalisation

Aux Fondations Leenards et Charlotte Olivier et à la Loterie Romande qui par leur soutien et leur confiance ont permis le développement de ce projet.

Citation suggérée :

Hofner M-C, Viens Python N. « C'est assez », Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence. Origine et développements 2000-2004. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 104).

Contact : Simone.Hubert@hospvd.ch

« Il est bon de tester divers programmes et d'utiliser les initiatives et idées des communautés locales.

La violence est un problème beaucoup trop pressant pour que l'on retarde des interventions de santé publique en attendant d'avoir acquis des connaissances parfaites ».

Rapport Mondial sur la violence et la santé, Genève OMS 2002.

TABLE DES MATIERES

1	La violence, un problème de santé publique ?	8
1.1	Quelques jalons historiques récents	8
1.2	Définitions et typologie	9
1.3	Données épidémiologiques suisses	10
1.4	Conséquences sanitaires et sociales	12
1.5	Possibilité d'intervention	13
2	Origine du projet	15
2.1	Résumé de l'étude « Violence conjugale dans le canton de Vaud »	15
2.2	Contexte politique et institutionnel de démarrage du projet	16
3	Initiation du projet	17
3.1	Aspects organisationnels	18
3.2	Travaux préparatoires	20
4	Développements en 2002-2004	22
4.1	Axe quantitatif	22
4.2	Axe qualitatif	26
4.3	Protocole d'intervention	28
4.4	Carte du réseau	31
4.5	Formation des professionnels	33
4.6	Permanence de soutien et d'orientation	36
5	Conclusions	39
5.1	Les opportunités et les difficultés	39
5.2	Plan de développement 2004-2007	40
5.3	Recherches à mener	41
6	Annexes	43
Annexe I	Membres du COPIL	44
Annexe II	Récapitulatif des lieux où se sont déroulés une ou plusieurs formations DOTIP, par public-cibles	46

AVERTISSEMENT

Ce document relate la conduite et le développement d'un programme interdisciplinaire de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence : le projet « C'est assez ».

Il n'a pas le dessein ni de présenter un modèle de développement d'un projet en santé publique, ni de faire le point sur les connaissances actuelles en matière de violence interpersonnelles chez l'adulte.

Son objectif est à la fois moins ambitieux et plus utilitaire : informer les professionnels sur les réponses données de 2000 à 2004 en termes de santé publique à la question de la violence interpersonnelle dans le canton de Vaud. Il décrit entre autres les nombreuses collaborations initiées dans le réseau local, sans lesquelles le projet n'aurait pas connu un tel développement.

Mais ce document n'est pas qu'une somme d'informations. C'est aussi l'histoire d'un apprentissage, celui qui accompagne tout projet, avec ses moments de choix et de bifurcations, de pesée des pour et des contre, de recherche de l'optimisation des ressources et de la minimisation des contraintes.

Sous cet aspect, ce rapport va plus loin que la simple relation d'une succession de décisions. Il en expose les motifs, en cherche la pertinence et les limites. Sans viser l'absolu normatif du « voilà comment il faut faire », il explique « voilà comment nous avons procédé et pourquoi ».

Son but est bien d'être une source de mémoire, donc d'inspiration et d'analyse, même critique, à l'usage de tous ceux qui travaillent dans le domaine de la violence interpersonnelle dans une perspective de santé publique.

RESUME

Ce document relate les étapes de développement d'un projet interdisciplinaire intégré de détection et d'orientation des adultes victimes de violence.

Cette contribution évoque le panorama des différentes données statistiques helvétiques qui, malgré leur hétérogénéité, indiquent clairement qu'en Suisse aussi la violence est un problème de santé publique. Qu'il s'agisse de la violence interpersonnelle en général, de la violence subie par les femmes dans le cadre conjugal ou de la maltraitance envers les personnes âgées ou les enfants, les chiffres suisses sont très semblables aux données des autres pays industrialisés. Le développement de politique de prévention correspond donc bien à un besoin.

S'inscrivant dans ce cadre général, les premières interrogations vaudoises sur l'une des facettes de ce phénomène ont été soulevées par le Bureau cantonal de l'égalité entre les femmes et les hommes, soucieux de la violence conjugale exercée contre les femmes. Simultanément, le milieu hospitalier concerné notait de son côté un accroissement des constats de coups et blessures. Face à cette nouvelle donne, les personnes susceptibles d'être parmi les premiers contacts des victimes (personnels soignants des services d'urgences médico-chirurgicales) semblaient disposer d'une formation largement insuffisante.

S'appuyant sur une bonne collaboration entre les deux institutions porteuses, les Hospices vaudois et le Département de l'économie publique, le projet a pu démarrer. Dans cette phase, le mandat confié à l'Unité de prévention portait sur quatre points : des recommandations de bonne pratique à l'intention du personnel médical ; l'élaboration d'une formation brève et de son matériel didactique à l'intention des urgentistes publics et privés ; la mise en place d'une formation pilote et de son évaluation, ainsi que la proposition de scénarios concernant la création d'une consultation multidisciplinaire. Des recherches complémentaires furent menées par le Bureau cantonal de l'égalité.

Le projet s'est doté d'un Comité de pilotage, chargé des questions stratégiques, d'une équipe de projet aux prises avec les aspects opérationnels et d'un Groupe de travail assurant sa mise en pratique. Ces instances interdisciplinaires réunissaient des représentants des départements concernés au premier chef (Justice, Police, Santé et Social) ainsi que des professions et spécialités médicales appelées à collaborer sur le terrain (médecins, infirmiers, urgences médico-chirurgicales, policlinique et psychiatre).

Souvenons-nous de l'origine double du projet : on en retrouve la trace dans le plan de travail, développé par la suite : un premier point concerne la récolte de données quantitatives sur l'ampleur du problème dans les services d'urgence, un deuxième concerne les connaissances et les compétences nécessaires à transmettre. Puis, au-delà de ce premier cercle, l'attention se porte sur les soins dispensés par les professionnels et l'identification dynamique du réseau en charge de l'aide aux victimes.

Les questions quantitatives ont été abordées d'une part à travers les constats de coups et blessures et d'autre part à l'aide d'une enquête de prévalence, débouchant sur une estimation de 3'000 adultes victimes de violence consultant le CIU en une année.

Après un minutieux travail d'écoute et de discussion avec les personnels concernés, l'aspect qualitatif de la démarche a permis de mieux cerner leurs besoins et de souligner l'importance des messages à adresser aux victimes dans les lieux de soins. Réflexions, discussions et analyse de la littérature débouchèrent ensuite sur la décision de ne pas élaborer des recommandations de pratiques cliniques mais un protocole d'intervention adapté aux spécificités des situations de violence et aux besoins de professionnels. Le DOTIP, puisque c'est son nom (acronyme de Dépister, Offrir, Traiter, Informer, Protéger) a ensuite été adapté pour d'autres publics et d'autres régions.

La connaissance des partenaires locaux passe, quant à elle, par l'établissement d'une liste critériée des institutions, qui se voient attribuer des indicateurs d'utilité (système POUCE). La collaboration avec et entre ces institutions a été favorisée par les rencontres de présentation de leur action. Un savoir informel a ainsi pu être formalisé et un capital relationnel développé entre les membres du réseau local.

Recourant à un instrument original, le « triptyque pédagogique », la formation dispensée va évidemment traiter de l'application du protocole DOTIP ; mais elle vise aussi à clarifier les représentations de la violence chez les participantes et participants, à utiliser adéquatement la communication pour dépister les situations à risque ou encore à identifier les soins appropriés à dispenser. La durée de la formation est adaptée au contexte pédagogique et au travail des équipes des services d'urgences.

Enfin, dernier élément du programme, la mise en place d'un projet pilote de permanence d'aide et d'orientation pour les adultes victimes de violence ou de maltraitance, a commencé par une injonction singulière : ne pas en rajouter. Il ne s'agissait pas d'adjoindre un sigle à un réseau déjà bien doté, mais de combler une lacune en matière d'accueil durant le week-end et de répondre aux besoins des services engagés en première ligne (urgences et/ou police). Occupée par des professionnels provenant des différentes institutions de la région, cette permanence a permis le développement d'un travail interdisciplinaire et la vérification de la nécessité de travailler en concertation et en réseau. De bons atouts pour poursuivre la collaboration dans un projet reconduit.

Enfin, les difficultés et les succès du projet sont abordés. Marqué par un enrichissement mutuel des deux préoccupations à l'origine du programme, celle du Bureau de l'égalité et celle du CIU, dirigé par un Comité de pilotage qui a rapidement trouvé sa méthode de travail et dont l'engagement n'a pas faibli, le projet a en outre bénéficié de vents favorables dans les médias et l'opinion publique.

Par contre, la dégradation des finances publiques a pesé de tout son poids sur le déroulement et le financement de cette action, qui n'a été possible que par le soutien de fonds extérieurs, notamment d'œuvres caritatives. De plus, compte tenu des caractéristiques du projet et de ses objectifs, de son caractère fondamentalement transversal, la recherche clinique et l'approche académique classique n'y ont pas trouvé pleinement leur compte.

Le projet devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2007 et stimuler d'ores et déjà des nouvelles thématiques de recherches.

1 LA VIOLENCE, UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE ?

1.1 QUELQUES JALONS HISTORIQUES RECENTS

Dans notre pays, la question de la violence en tant que problème de santé publique s'est tout d'abord concentrée sur la maltraitance envers les enfants. Cette préoccupation a émergé dans les années 1980 et a fait l'objet de nombreuses recherches et expériences de prévention. L'Avis du Conseil Fédéral (CF) du 27 juin 1995 signe la reconnaissance du problème au titre de question de politiques fédérale et cantonale. Les recommandations émises au sein de cet Avis du CF concernent les domaines du droit, de la santé, de l'action sociale, de l'économie, des médias, de l'éducation, des assurances et de la politique familiale¹.

En parallèle, la prise en considération progressive des conséquences pour les personnes des actes de violences a abouti à l'élaboration de la Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI) entrée en vigueur le premier janvier 1993. Le législateur accorde une place spécifique à la victime et précise les devoirs de la collectivité publique à son égard.²

La violence envers les femmes quant à elle, est devenue une question préoccupant les institutions dans le courant des années 1990. Un Programme National de Recherche (PNR 35 – 1993) a permis de récolter des informations précieuses sur la réalité suisse. En juin 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport sur la violence envers les femmes, la qualifie pour la première fois de problème de santé publique.

Enfin la violence interpersonnelle est nommée en tant que problème global de santé publique en Suisse en 2002. La Société suisse de santé publique (SSSP) fixe parmi ses objectifs une « *diminution d'au moins 25% de l'incidence des actes de violences domestique, sexuelle et organisée, leurs conséquences sur la santé et la mortalité qui en découlent* »³ dans le document « Buts pour la santé en Suisse ». Ces orientations reçoivent l'aval de la Société suisse de santé publique, de l'Office fédéral de la santé publique, de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et de la direction du projet fédéral Politique nationale suisse de la santé. La même année, la prévention de la « violence » est décrétée priorité de santé publique par l'OMS, qui met en évidence les conséquences graves de ce problème sur la santé des individus et des communautés dans son « Rapport mondial sur la violence et la santé »⁴.

L'analyse des raisons qui président à l'émergence d'un sujet en tant que problème de santé publique dépasse le cadre de ce document. Par contre, il est possible de documenter certaines conditions que le problème de santé doit remplir pour être reconnu comme tel : disposer d'une définition consensuelle, être fréquent, avoir des conséquences graves sur la santé, des répercussions économiques et sociales importantes et il doit exister des possibilités de prévention qui ne soient pas nuisibles et qui impliquent la collectivité. Des données sur ces différents points sont réunies ci-dessous.

¹ Bregnard D, Hofner M-C. « Avis du Conseil fédéral du 27 juin 1995 sur le Rapport Enfance Maltraitée en Suisse de juin 1992. Monitoring de l'application dans le canton de Vaud en 1999 », Unité de prévention IUMSP/PMU.24.03.2000.Lausanne.

² www.socialinfo.ch.

³ Société suisse de santé publique. Buts pour la santé en Suisse. OFSP, Projet politique nationale de santé, Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires. Promotion santé suisse, Locarno, 2002.

⁴ Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève : OMS, 2002.

1.2 DEFINITIONS ET TYPOLOGIE

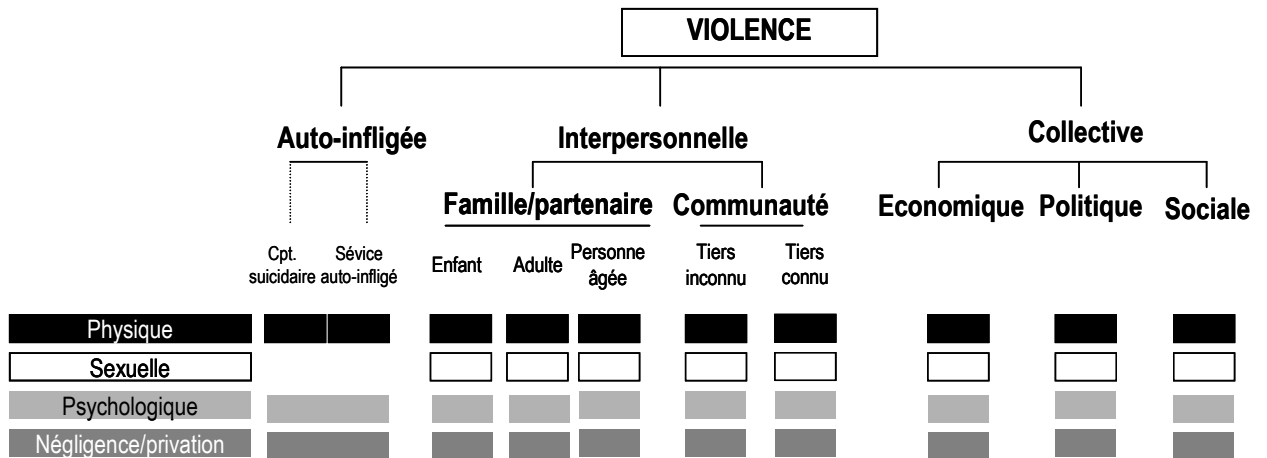
L'OMS définit la violence comme : « L'usage délibéré ou la menace de l'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mauvais développement ou une carence ».

Dans son rapport, l'OMS⁴ discute également des définitions et typologies les plus communément utilisées dans la littérature, qui stratifient la violence :

- par type : physique, psychologique, sexuelle, économique, négligence et carence d'apport, etc.
- par forme de violence : conjugale, domestique, publique, professionnelle, institutionnelle, organisée; etc.
- par tranche d'âge : période néonatale, petite enfance, enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes, personnes âgées; etc.

L'OMS propose une typologie qui offre une vision synthétique de ces différentes classifications et permet une bonne appréhension de la question en termes de santé publique.

Figure 1 : Typologie OMS



Cette typologie a été adoptée comme référence pour le programme « C'est assez ». En effet, elle permet de prendre en compte l'ensemble des formes de violence et des populations potentiellement concernées dans une vision globale, et considère la violence comme un continuum. Cette perspective de décloisonnement et d'interrelation des phénomènes a été privilégiée dans l'ensemble des développements du projet.

1.3 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUISES

Les données concernant la violence sont issues de sources diverses. Cela s'explique par l'aspect transversal de la problématique qui concerne les services de justice et de police, les services sociaux, les services de soins, les associations parapubliques, etc. Les données sont hétérogènes et souvent difficiles à comparer. En effet, les définitions de la violence et les stratifications retenues sont directement dépendantes de la discipline ou du secteur qui décide de réaliser des statistiques et des raisons pour lesquelles ces relevés sont effectués. Par exemple, le fait que les enquêtes portant sur la santé des Suisses à l'échelle nationale ne distinguent pas la violence physique et/ou psychologique de l'atteinte aux biens ou au patrimoine, pose un problème important pour l'estimation du problème d'un point de vue de santé publique.

1.3.1 Population générale

L'état de santé des Suisses de 2001 révèle que 8% des femmes et 10% des hommes interrogés ont subi au moins une forme de violence (physique, sexuelle ou psychologique) durant les 12 mois écoulés. La moitié des violences enregistrées est subie dans le cadre familial et infligé par des proches. L'ensemble de la population est exposé à la violence⁵.

L'enquête effectuée en 2002 au CIU du CHUV a montré une prévalence rapportée durant les 12 derniers mois de 11,4% des adultes admis aux urgences de médecine et de chirurgie (voir chapitre 3).

1.3.2 Mineurs et personnes âgées

La maltraitance touche tout particulièrement les enfants et les personnes âgées, qui forment une population spécialement vulnérable.

Les premières données suisses systématiques concernant les mineurs datent de la fin des années 1980. De 1988 à 1992, un groupe de travail mandaté par le Département Fédéral de l'Intérieur a réalisé la première enquête d'envergure sur la maltraitance envers les enfants en Suisse. Cette enquête révélait par exemple que 25 % des parents interrogés disaient gifler régulièrement leurs enfants de moins de 2,5 ans⁶. Plus récemment, dans le canton de Genève, 33,8 % des filles et 10,9 % des garçons interrogés ont déclaré avoir subi au moins une expérience sexuelle abusive⁷. Dans le canton de Vaud, une enquête menée en 1999 a révélé qu'en seulement trois mois, 709 mineurs avaient eu un contact direct lié à une situation présente de « maltraitance » présumée ou avérée, avec au moins un professionnel du domaine⁸.

La nécessité de la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées, quant à elle, a fait l'objet d'une étude dans le canton de Vaud en 2002, mandatée par le Service de la santé publique⁹. De l'analyse de la littérature et des entretiens avec des informateurs clés, il ressort qu'en Suisse la

⁵ Weiss W, Calmonte R, Koller C. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1997. Office fédéral de la statistique (OFS), Neuchâtel: 2000.

Rapport sur la santé des femmes en Suisse. Des données pour agir. Fonds national de la recherche scientifique, Berne: 1996.

⁶ Enfance maltraitée en Suisse. Annexes du Rapport final du Groupe de travail Enfance maltraitée. Groupe de travail Enfance maltraitée. Département Fédéral de l'Intérieur. Chancellerie fédérale Berne juin 1992.

⁷ Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, et al: Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996;312:1326-29.

⁸ Hofner M-C, Ammann Y, Bregnard D. Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud. Résumé et recommandations. Lausanne : Institut de médecine sociale et préventive, 2001 (Raisons de santé, 60).

⁹ Viens Python N. Mandat pour une pré-étude concernant la maltraitance des personnes âgées. UP/IUMSP, Lausanne, mars 2002.

problématique est peu ou sous-documentée, que le sujet demeure largement tabou et que les professionnels de la santé ne sont pas formés en la matière. En dépit des difficultés à enregistrer un problème sous-déjà, les données épidémiologiques consultées indiquaient des taux allant de 4% à 10% de personnes âgées des pays occidentaux ayant vécu de la maltraitance. Par exemple, à Genève, la Policlinique de gériatrie des HUG (Hôpitaux universitaires de Genève) présente les résultats d'une étude menée sur 424 patients âgés où 10% ont été considérés comme maltraités et 32% ont été déclarés « à risque d'être maltraités »¹⁰. Compte tenu de l'évolution démographique suisse, un nombre important de personnes sont concernées et le phénomène devrait s'amplifier. Les principes directeurs issus de ce rapport portaient sur la sensibilisation et l'information des professionnels et du grand public, les stratégies pour le dépistage et le suivi et le développement d'actions coordonnées.

1.3.3 Statistiques OFF, OFS, LAVI

En moins de 10 ans (1994-2003) le nombre absolu de lésions corporelles intentionnelles enregistrées par l'Office fédéral de la police (OFF) a presque doublé (3612 à 6732 cas). De même, les infractions contre l'intégrité sexuelle (viol) ont presque doublé pour ce qui est des situations enregistrées à l'OFF (275 à 547 enregistrements) durant la même période¹¹.

Ces mêmes statistiques précisent, en termes d'analyse de la criminalité, qu'une infraction de type « lésion corporelle » est commise toutes les 78 minutes et qu'une « infraction contre l'intégrité sexuelle » est commise toutes les 135 minutes en Suisse.

Chez les jeunes, une enquête nationale parmi les recrues présente un résultat de 7,3 infractions par personne. Toutefois, les auteurs précisent que « la répartition de cette délinquance est hautement variable car, si l'on tient compte des agressions violentes, des actes de transgressions d'ordre sexuel, des infractions contre le patrimoine et des infractions à la loi sur la circulation routière, plus de la moitié des actes ont été commis par seulement 8% des recrues »¹².

Selon les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS), basées sur la statistique des condamnations de 2002, 7% des toutes les condamnations prononcées le sont pour motifs de violence.

Près de 24'000 personnes ont été suivies en 2003 en Suisse par les professionnels des « Centre LAVI » (Loi d'aide aux victimes d'infractions). Parmi les victimes ayant consulté en 2003, 73,7% sont des femmes. La moitié des violences enregistrées est subie dans le cadre familial et infligée par des proches¹³.

1.3.4 Violence conjugale

La déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes définit comme suit la violence conjugale : « Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes 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 »¹⁴.

¹⁰ Tribune médicale 5 juillet 2002.

¹¹ www.fedpol.ch Berne 2004, consulté en août 2004.

¹² Killias M., Haas H. « Expérience et acceptation de la violence : victimisation, délinquance et attitudes parmi les jeunes Suisses de 20 ans » PNR 40 « Violence au quotidien et crime organisé » projet 7 ; 2001.

¹³ www.statistik.admin.ch/findex.htm, données août 2004.

¹⁴ « Mesures en matière de prévention du crime et de justice pénale pour éliminer la violence contre les femmes ». Assemblée générale des Nations Unies. Résolution 48/104, 20 12 1993 et résolution 52/86, 12,1997.

Une étude quantitative publiée en 1997 sur un échantillon représentatif de 1'500 femmes vivant en Suisse¹⁵ a montré qu'une femme sur 5 était confrontée durant sa vie à de la violence dans sa relation de couple, sous forme de violence physique et/ou sexuelle. Quant à la violence psychologique, elle concerne 40,3% des femmes interrogées dans le cadre de cette étude. Si l'on pense aux nombreuses raisons qui incitent les personnes victimes de violence à garder leur situation secrète, voire même taboue, il est légitime de penser que ces chiffres sous-évaluent l'ampleur réelle du problème¹⁶.

1.4 CONSEQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES

Etre victime de violence ou de maltraitance constitue un risque direct pour la santé et parfois pour la vie. Vivre dans un contexte de violence peut entraîner des troubles de tous ordres : troubles du développement, dépression, suicide, troubles psychosomatiques, dépendances (alcool, drogues illégales, tabac, médicaments), troubles du sommeil et de l'alimentation, manque de compliance aux traitements, décompensation de maladies somatiques chroniques, complications durant la grossesse et l'accouchement, problèmes gynécologiques et maladies sexuellement transmissibles (VIH)¹⁷.

Par exemple, les violences domestiques sont la cause la plus fréquente des blessures non mortelles observées chez les femmes. Elles sont à l'origine de 22% de toutes les formes de blessures, de 9% des blessures graves et de 30% des homicides de femmes.¹⁸

L'Enquête suisse sur la santé¹⁹ de 1997 par exemple, montre une relation nette entre la fréquence des épisodes de violence et l'état de santé. Une estimation indique qu'environ 40'000 femmes en Suisse souffriraient de maux en relation avec la violence conjugale.

L'ensemble des personnes impliquées dans des relations violentes en souffre, y compris les auteurs. Les enfants sont souvent impliqués dans la violence à la maison. Ils assistent à au moins 40% des agressions commises par l'homme et, en particulier, à plus de la moitié des violences graves où la femme a eu peur pour sa propre vie.

Nombre de femmes tuées par leur partenaire le sont en présence de leurs enfants²⁰. Les enfants exposés chroniquement à un contexte de violence familiale présentent des troubles similaires à ceux des enfants maltraités ou négligés²¹.

¹⁵ Gillioz L, De Puy J, Ducret V. Domination et violence envers la femme dans le couple. Lausanne : Payot ; 1997.

¹⁶ Lachapelle H, Forest L. La violence conjugale – développer l'expertise infirmière. Québec : Presses de l'université du Québec ; 2000.

Rinfret-Raynor M, Cantin S. Violence conjugale – Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal. Boucherville Québec : Gaëtan Morin éditeur, 1994.

¹⁷ Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med* 1999;341(12):886-92.

¹⁸ Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med* 1999;341(25):1892-98.

¹⁹ Santé et comportement vis-à-vis de la santé en Suisse 1997. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2000.

²⁰ Romito P. Violence privée, complicités publiques. Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approche sociologique. Rennes 2002.

²¹ Fortin A, Trabelsi M, Dupuis F. Les enfants témoins de violence conjugale : analyse des facteurs de protection. Document synthèse, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) 2002.

Hotton T. Les effets de la violence familiale chez les enfants. *La Gazette (Gendarmerie Royale du Canada)* Vol. 66, no 1, 2004.

Etude FNSR, PRN 52 « Enfance, adolescence et relations intergénérationnelles dans une société en mutation » en cours.

Cette situation générale induit une surconsommation de soins et un recours élevé aux services de santé¹⁷. Selon l'OMS, 4% de la charge globale de morbidité peuvent être attribués à la violence intentionnelle, ceci aussi bien dans les pays développés que dans ceux en voie de développement²². En Suisse, une recherche menée à l'Université de Fribourg, publiée en 1998, a estimé le coût des violences subies à 133 millions de francs par an, pesant lourdement sur le système de santé. S'ajoutent à cela le coût des interventions de la police et de la justice, estimé à 187 millions de francs, et celui de l'aide sociale, s'élevant approximativement à 72 millions de francs²³.

Ces données demeurent partielles car de nombreuses situations de violence, en particulier envers les femmes ou les personnes âgées, ne sont pas annoncées comme telles.

Ainsi, étant donné l'ampleur du coût global (économique et social) de la violence, des mesures de prévention et de protection sont dans l'intérêt de la communauté.

1.5 POSSIBILITE D'INTERVENTION

L'intervention de santé publique en matière de prévention est en plein essor et l'on dispose encore d'assez peu de recul quant à l'efficacité ou à l'impact des réalisations entreprises. Cependant, comme le précise l'OMS, « *il est bon de tester divers programmes et d'utiliser les initiatives et idées des communautés locales. La violence est un problème beaucoup trop pressant pour que l'on retarde des interventions de santé publique en attendant d'avoir acquis des connaissances parfaites* »⁴.

L'OMS propose une classification des différentes possibilités d'intervention en quatre types d'approches :

1. **individuelles** : elles visent l'apprentissage de la gestion des différends et des conflits sans avoir recours à la violence. Cela est possible avec le développement de programmes éducatifs et de développement social. Dans le domaine thérapeutique, il s'agit de développer des programmes de conseils et de prise en charge des victimes, de prévention du suicide et de la dépression, de traitement des agresseurs, etc.
2. **relationnelles** : elles impliquent le développement d'actions permettant d'intervenir par le biais du réseau primaire des personnes vivant dans un contexte de violence
3. **communautaires** : elles nécessitent de sensibiliser la population, d'encourager les actions collectives, de mobiliser les différents acteurs sociaux. Des campagnes dans les médias, la formation des policiers, des professionnels de la santé et du social, la sensibilisation des employeurs, les interventions communautaires coordonnées qui associent de nombreux services, les programmes centrés sur des besoins ou des contextes particuliers (populations migrantes, écoles, hôpitaux, prisons, homes pour personnes âgées, etc.) sont autant de mesures à préconiser
4. **sociétales** : elles requièrent d'agir sur les facteurs culturels, sociaux et économiques, de prendre des mesures législatives et judiciaires, des mesures de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales, d'entreprendre des efforts spécifiques vers les populations vulnérables et marginalisées, etc.

²² op cit OMS 2002

²³ Godenzi AeYC. Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Université de Fribourg, éd. 2001.

Le projet « C'est assez » a concentré ses activités au **niveau communautaire** : développement de protocoles d'intervention et de carte du réseau d'aide, formation intensive et extensive des professionnels de la santé, du social et de la police, mise sur pied d'une permanence d'orientation, collaboration avec une ligne téléphonique d'écoute permanente : « La Main Tendue », campagne d'affichage, diffusion extensive des brochures du BEFH « Violences conjugales », conférences publiques, conférences de presse, passages dans les radios et TV locales, etc.

Notons que des mesures **sociétales** ont vu le jour aux niveaux cantonal et fédéral durant cette même période : interpellations des gouvernements cantonaux, campagne nationale de l'Institut suisse de prévention de la criminalité, modifications du Code Pénal, consultation et révision de la Loi sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI), campagne mondiale d'Amnesty International. Ces initiatives ont évidemment contribué à la visibilité de la problématique et à la sensibilisation du réseau et des partenaires.

Les différentes actions entreprises dans le cadre du projet feront l'objet d'une évaluation prévue dans la planification des activités 2004-2007.

2 ORIGINE DU PROJET

L'Unité de prévention (UP) bénéficiait d'une certaine expérience dans le domaine de la violence interpersonnelle. Elle avait mené de 1998 à 2000 une recherche importante dans le domaine de la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud. Les résultats de ces travaux ainsi que les recommandations issues de la consultation de l'ensemble des professionnels concernés durant l'automne 2000, ont d'ailleurs fait l'objet d'une publication⁸.

Suite à cette recherche, le Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH) du canton de Vaud, dont une des missions est le développement de mesures de lutte contre la violence faite aux femmes, a confié en août 2000 à l'UP un mandat de recherche sur la violence conjugale. Ce mandat qui devait permettre l'identification d'une série de mesures d'utilité immédiate, est à l'origine du projet « C'est assez ».

2.1 RESUME DE L'ETUDE

« VIOLENCE CONJUGALE DANS LE CANTON DE VAUD »

Afin d'identifier les besoins des professionnels et des services concernés par la violence conjugale dans le canton de Vaud, une quarantaine d'entretiens avec des informateurs clés ont été effectués durant le deuxième semestre 2000. A de rares exceptions près, tous ont dit être fréquemment confrontés à des cas de violence conjugale, souvent graves. La majorité des professionnels interrogés se sont jugés très démunis face à ces problèmes. Ils ont dit disposer de peu de moyens, ne pas savoir souvent quels conseils donner, où orienter les victimes et n'avoir reçu aucune formation à ce sujet durant leurs études.

Seuls les professionnels des services spécialisés²⁴ étaient au bénéfice d'une bonne formation dans le domaine et connaissaient les ressources disponibles dans le canton.

Les médecins en revanche, dans des situations d'urgence ou lors de consultations de routine, ne savaient pas où référer la patiente (hormis pour une mise à l'abri au Centre d'accueil Malley-Prairie CMP), ni comment lui apporter une écoute et des soins de bonne qualité.

Suite à cette première enquête, 13 recommandations d'ensemble assorties de 39 mesures concrètes de mise en œuvre ont été rédigées concernant la surveillance épidémiologique, les préventions primaire et secondaire, les domaines juridique et policier, le domaine médical, la prise en charge, la mise en réseau des partenaires, la formation des professionnels concernés et la recherche interdisciplinaire.

Parmi les mesures proposées, certaines paraissaient prioritaires, soit parce qu'elles constituaient un socle indispensable au développement d'une politique globale de prévention, soit parce qu'elles avaient un caractère d'urgence, compte tenu des prestations et services qu'il s'agissait d'offrir à la population du canton. Les mesures à prendre en priorité pour le BEFH étaient les suivantes :

1. *« Développer et implanter un concept de formation interdisciplinaire dans le domaine de la violence conjugale à l'intention de l'ensemble des professionnels concernés. »*
2. *Former les professionnels des services d'urgences médico-chirurgicales.*
3. *Créer une unité spécialisée de prise en charge et de soins aux victimes de violence.*

²⁴ Centre d'accueil Malley-Prairie (CMP), Centre de consultation LAVI (Loi sur l'aide aux victimes d'infractions), Violence et Famille, conseillers conjugaux du Centre Social Protestant (CSP), de Caritas et de ProFamilia.

4. *Ouvrir une « ligne verte » d'orientation et de conseil à l'usage des professionnels confrontés à des situations de violence conjugale et, plus généralement, de toute personne concernée directement ou indirectement par cette problématique (parents, amis, voisins, hommes violents, victimes, etc.).*
5. *Créer une structure de prise en charge psychosociale ambulatoire des hommes violents en situation de crise aiguë.*
6. *Créer une coalition cantonale de prévention et de lutte contre la violence conjugale ».*²⁵.

2.2 CONTEXTE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL DE DEMARRAGE DU PROJET

Lors d'une conférence de presse²⁶, la Conseillère d'Etat J. Maurer-Mayor a déclaré : « *Je suis prête à m'engager personnellement pour défendre les mesures prioritaires* »²⁷. Ce signal politique fut certainement un des éléments déterminants du démarrage de ce programme. Forte de ce soutien, la cheffe du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH), Mme N. Golay, a contacté l'Unité de prévention (UP) afin d'élaborer conjointement un plan de mise en oeuvre des axes prioritaires retenus par le Département de l'économie (DEC) et d'envisager des modalités de collaboration avec les partenaires locaux.

A la même période, le médecin responsable du Centre interdisciplinaire des urgences (CIU) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a proposé un projet de mise en place d'une consultation multidisciplinaire d'aide aux victimes de violence au CHUV. L'initiative du Prof. B. Yersin était motivée par l'augmentation chiffrée des Constats de coups et blessures (CCB) établis par son service et l'impression partagée par le personnel du CIU d'une augmentation des cas impliquant de la violence. Il relevait que les professionnels étaient dans l'incapacité d'offrir à ces patients des soins spécifiques et une orientation dans le réseau, par manque d'informations et de compétences en la matière. Le texte déplorait également l'absence de prévention de la récurrence et de dépistage des populations à risque de développement d'un syndrome de stress post-traumatique. Le Prof Yersin précisait que l'orientation de cette consultation devait être plutôt communautaire, la psychiatrie de liaison offrant déjà une prise en charge des cas psychiatriques.

L'UP ayant eu connaissance des deux initiatives, a organisé une rencontre BEFH - CIU afin de voir si une collaboration était possible. L'orientation des deux services face à la problématique était identique, les axes prioritaires se recoupaient, les modèles de développement étaient proches et une collaboration transversale souhaitée par tous les partenaires.

Cette convergence de vues, alliée au respect et à la confiance entre partenaires, allait permettre un développement coordonné exemplaire tout au long du projet. Cette collaboration interdépartementale DEC –Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), représente l'un des aspects novateurs ce projet.

L'UP a ainsi soutenu une réflexion et une action interdisciplinaires et interdépartementales, conformes à sa mission d'action préventive communautaire.

²⁵ Hofner M-C, Siggen S. « Violence conjugale dans le canton de Vaud. Recherche préparatoire » Lausanne : UP/IUMSP, février 2001.

²⁶ Quotidien « 24h » du 8 mars 2001.

²⁷ « Le Courrier » du 8 mars 2001.

3 INITIATION DU PROJET

Le mandat de recherche et de développement, confié à l'Unité de prévention en été 2001, a été élaboré en collaboration étroite entre le Prof. Bertrand Yersin, médecin chef du CIU, Mme Nicole Golay, cheffe du BEFH et le Dr Marie-Claude Hofner, cheffe de clinique à l'UP.

Le mandat donné à l'UP porte sur quatre points :

- L'élaboration et la diffusion de « guidelines » à l'intention des médecins de premier recours (internistes, généralistes, gynécologues), des médecins et du personnel infirmier des urgences médico-chirurgicales
- L'élaboration d'un concept de formation brève à l'intention des professionnels des services d'urgences (privés et publiques) de Lausanne et du canton de Vaud ainsi que du matériel didactique nécessaire
- La mise sur pied d'au moins une formation pilote et de son évaluation
- L'élaboration de scénarios en vue de la création d'une consultation multidisciplinaire d'aide et d'orientation aux victimes de violence au CIU.

Des rencontres de coordination entre les équipes sont expressément prévues au sein même du contrat. Elles assureront une collaboration fonctionnelle et productive tout au long du projet.

Outre ces deux mandants, le projet a reçu, suite à une requête, le soutien financier de la Fondation Leenaards. Celle-ci a dans ses missions la prévention de la violence et de la maltraitance envers les personnes âgées. Ce soutien financier allait permettre d'intégrer cette problématique dans les préoccupations du projet.

En parallèle, le BEFH²⁸ a engagé une chargée de recherche, Mme S. Mosczytz, afin de mettre en œuvre une série d'autres mesures recommandées dans la recherche exploratoire, activités résumées ci-dessous :

Recherche/Evaluation

- Evaluation des besoins régionaux en matière de prise en charge des situations de violence conjugale, en collaboration avec le Service cantonal de prévoyance et d'aide sociales (SPAS) et le Centre d'accueil Malley-Prairie. Les résultats de cette enquête, menée en 2002 auprès des centres sociaux régionaux et des centres médico-sociaux du canton, ont abouti à la création d'un poste d'intervenant social itinérant, financé par le SPAS et la Fondation MalleyPrairie : une permanence ambulatoire hebdomadaire est tenue depuis juin 2003 dans les centres sociaux des régions pilotes du Nord et de l'Est vaudois, à Yverdon, Bex et Montreux.

Information/Formation à l'intention des professionnels

- Mise sur pied de journées cantonales de formation et d'information sur la violence conjugale, à l'intention des professionnels du social, de la petite enfance, de l'enseignement, de la santé, de la police, de la justice, etc.
- Edition d'un protocole d'intervention à l'intention des professionnels du social au sens large, non spécialisés dans la prise en charge de situations de violence conjugale, mais qui se trouvent ponctuellement ou régulièrement confrontés à ce type de situations (assistants sociaux, éducatrices de la petite enfance, psychologues, aumôniers, etc.).

²⁸ www.egalite.vd.ch.

Information aux personnes victimes

- Edition et large diffusion d'une brochure destinée aux personnes victimes de violence conjugale. Ce document définit la violence conjugale, explique son mécanisme, informe les femmes de leurs droits et des solutions permettant de sortir du cycle de la violence, et recense les structures d'aide existant dans le canton.

Aide/soutien aux personnes victimes

- Mise sur pied, en collaboration avec le Centre d'accueil Malley-Prairie, d'un groupe de soutien à l'intention des personnes victimes de violence au sein du couple. Le groupe, animé par deux professionnelles spécialisées, se réunit une fois par semaine à Lausanne.
- Mise sur pied, en collaboration avec la Main Tendue Vaud, d'une permanence téléphonique anonyme 24h/24 à l'intention des personnes touchées par la violence conjugale.

3.1 ASPECTS ORGANISATIONNELS

Les initiateurs du projet ont décidé d'un dispositif organisationnel sur trois niveaux : un Comité de pilotage (COPIL), une équipe de projet en binôme médecin-infirmier et un Groupe de travail (GT) réunissant les secteurs les plus directement concernés de la cité hospitalière : CIU, Polyclinique médicale universitaire (PMU) et Service de psychiatrie de liaison (SPL).

Dès août 2001, l'équipe de projet était constituée par le Dr M.-Cl. Hofner, cheffe de clinique à l'UP et Mme Nataly Viens Python, licenciée en Sciences infirmières. Ce choix reflétait la volonté d'un développement interdisciplinaire cohérent.

3.1.1 Comité de pilotage

Le Comité de pilotage (COPIL) a pour fonction de définir les grandes orientations du projet, de valider les axes de travail proposés par l'équipe de projet ainsi que les documents importants produits dans ce cadre. Il soutient le projet politiquement et financièrement et contribue à sa valorisation. Il doit réunir les principaux milieux concernés par la violence dans le canton de Vaud.

L'équipe de projet attend des membres du COPIL qu'ils soient des experts dans leur domaine ou leur discipline, des informateurs clés pour l'équipe de projet et le Groupe de travail (GT) et des promoteurs du projet dans leur milieu professionnel et dans la communauté.

Les personnes et institutions contactées en septembre 2001 pour participer au COPIL ont toutes répondu positivement. Tous les membres étaient présents lors de sa création le 9 octobre 2001 et ont estimé que les principaux protagonistes au niveau local étaient représentés.

Les attentes énoncées par chacun, en son nom propre ou au nom de l'institution représentée, sont entièrement retranscrites ci-dessous :

- « créer un outil de dépistage transférable à l'ensemble des professionnels concernés utilisant un langage commun interdisciplinaire »
- « développer un langage commun compris par l'ensemble des professionnels et des victimes, ainsi que des relais connus de tous dans le réseau »
- « une formation du personnel des urgences est essentielle, il faudrait aussi que la victime puisse choisir un homme ou une femme pour parler de sa "victimisation" »

- « une procédure élaborée en commun devrait exister afin de simplifier le relais entre l'établissement d'un CCB et le centre LAVI »
- « il s'agit d'être attentif au fait que la violence est présente dans toutes les couches sociales et que le dépassement des préjugés est une question centrale »
- « œuvrer pour un protocole commun entre les disciplines afin d'éviter que les victimes ne soient confrontées à des réponses différentes lorsqu'elles consultent les professionnels de chaque secteur (soins, social, juridique, police) »
- « faire connaître et expliquer les mesures judiciaires, connaître ce qui est fait dans les cas de violence »
- « faire le lien avec la réforme de l'Ordre judiciaire vaudois »
- « collaborer avec la psychiatrie, qui est un partenaire important, mais toutes les situations ne sont pas à « psychiatriser », seules les victimes les plus vulnérables doivent être suivies par la psychiatrie »
- « améliorer le dépistage et la prise en charge chez les médecins installés qui ne sont pas formés dans ce domaine. Il faudrait organiser au moins un « Jeudi de la Vaudoise » sur ce thème et utiliser leurs médias pour les informer »
- « sensibilisation et formation de la police de proximité et de Police secours (117). Les policiers agissent en « pompiers » mais il faudrait que des relais existent pour le suivi après l'intervention en urgence sur les lieux et ce 24h sur 24 »
- « Le Copil doit avoir une discussion au sujet de la "judiciarisation" de la violence conjugale »
- « améliorer la qualité de la prise en charge à la maternité, avoir d'autres moyens d'intervenir que le signalement à la Justice de Paix. Ce n'est pas le dépistage qui pose problème dans la période péri-natale mais bien la prise en charge. Il n'existe pas de protocole disponible à la maternité pour ce problème, tel qu'il en existe actuellement pour la toxicomanie et les problèmes d'alcool. »
- « le Foyer Malley-Prairie est en surcharge chronique, entre autres parce qu'il est pratiquement impossible de trouver un logement pour les femmes qui pourraient quitter le Foyer, vu la difficulté de trouver des logements à Lausanne en ce moment »
- « connaître la situation à l'échelle cantonale et pas seulement du grand Lausanne, faire une estimation de l'ampleur du problème dans les services d'urgences du CHUV, les permanences et les hôpitaux de zone »²⁹.

De 2002 à 2004 la constitution du COPIL s'est modifiée et élargie. Une liste complète des membres se trouve dans l'annexe II.

3.1.2 Groupe de travail (GT)

Le Groupe de travail est en priorité le lien entre le terrain et l'équipe de projet. Ses membres enrichissent la réflexion d'une vision clinique et informent leurs services des développements du projet. Ils participent à l'élaboration en rapportant les besoins, demandes et questions spécifiques issus des services hospitaliers et des institutions du réseau, ils soutiennent le développement du projet en collaborant directement aux travaux. Ceci permet la mise en valeur de compétences à divers niveaux, mais nécessite l'établissement d'un vocabulaire commun. Le GT permet à l'équipe de projet d'établir un calendrier de développement en phase avec les réalités des services et du réseau.

²⁹ Viens Python N, Hofner M-C. Notes de séance COPIL – consultation violence. 9 octobre 2001.

L'engagement des collègues au sein du GT est confirmé par leur hiérarchie, ils ne sont néanmoins pas déchargés de tâches cliniques. Il s'agit donc de trouver un moyen de profiter de l'expertise de chacun, tout en respectant une « disponibilité mesurée ». La solution pratique à ce problème fut la création de sous-groupes ad hoc, dont les tâches étaient définies en GT de même que la date de présentation et de discussion des résultats. Les travaux des sous-groupes ont toujours été accompagnés par au moins un membre de l'équipe de projet.³⁰

Le GT apportera une aide décisive, tant du point de vue de l'élaboration théorique que du travail de terrain tout au long du projet. Le GT sera également un lieu de débats et d'échanges informels, de spéculations, de créativité. Il permettra de s'expliquer, de pratiquer des ajustements entre les différents partenaires lors de problèmes ou de tensions dans les services ou dans le réseau. Le souci de chacun des membres d'améliorer, selon ses possibilités, la prise en charge des personnes victimes de violence, a largement contribué à la qualité et à l'ampleur du travail fourni durant le projet.

Des membres du GT apporteront une contribution importante au projet par des travaux effectués dans le cadre de leur formation continue³¹.

Les personnes ci-dessous ont formé le premier Groupe de travail :

V. Menoud, infirmière et N. Zbinden, ICUS au CIU

M. Schoch, infirmière et P. Bodenman, médecin à la PMU

M. Valenzuela, infirmière et M.-L. Crettenand, infirmière au SPLC

Des représentants des institutions suivantes ont rejoint le Groupe de travail dès janvier 2003 :

Police municipale : Mmes A. Morel, S. Meylan et M. Testuz

Police cantonale : MM M. Riesen et P.O. Gaudard

Centre d'accueil Malley-Prairie (CMP) : Mme B. Staedler

Fondation Violence et famille : M. C. Anglada

Institut universitaire de médecine légale (IUML) : Drs N. Romain et B. Horisberger

Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes de Lausanne (BEFH) : Mme S. Mosczytz

Institut de santé au travail (IST) : Dr L. Wasem.

3.2 TRAVAUX PREPARATOIRES

En introduction, l'équipe de projet a élaboré trois cartes heuristiques³² autour des thèmes suivants : formations des professionnels, RPC et scénarios pour une consultation. Ce travail lui a permis de distinguer les questions centrales et périphériques, d'identifier les liens entre les domaines à développer et les hypothèses à tester en priorité.

³⁰ A titre d'exemple, voici les thèmes des trois premiers sous-groupes : Groupe 1 : Recommandations de pratiques cliniques (RPC) Groupe 2 : formations. Groupe 3 : structures possibles d'une consultation d'aide aux victimes au sein du CIU.

³¹ Menoud V. Travail de mémoire « Prise en charge des victimes de violence au centre interdisciplinaire des urgences ». Formation en soins d'urgences ; août 2002.
Bodenmann P. Mémoire sur « Institutions extra-hospitalières lausannoises d'aide aux victimes de violence dans le cadre de migrations : communication...indispensable ?! » Cours interdisciplinaire d'initiation des cadres au management ; mars 2002.

³² Méthode de recherche fondée sur l'approche progressive d'un problème donné en schématisant les liens entre des mots clés.

Puis une revue de la littérature systématique a été menée dans les bases de données en ligne, Medline et Cochrane, et dans les centres locaux de documentation³³, selon une liste de mots clés³⁴. La collection des articles référencés (plus de 500 articles, ouvrages, monographies) est cataloguée sur le logiciel Reference Manager, ainsi que le résultat d'une revue des sites internet.

Des entretiens avec des experts et des informateurs clés ont été menés, centrés sur les modèles d'intervention, les documents et les formations existant dans leurs institutions. Ces rencontres ont permis d'actualiser les informations et les données récoltées lors de la recherche exploratoire, de rencontrer les principaux acteurs et de leur présenter le projet.

Les membres de l'équipe ont suivi chacune une formation différente durant cette période, afin d'élargir la vision de la problématique : formation dans le domaine de la violence conjugale³⁵ et formation de base au débriefing³⁶.

L'ensemble de ces travaux a permis de vérifier que les éléments nécessaires à la réalisation du mandat n'existaient pas ou, s'ils existaient, qu'ils n'étaient pas transposables tels quels dans la réalité locale.

La nécessité de développer des moyens spécifiques et adaptés au contexte local a ainsi été vérifiée avant la mise en œuvre des travaux proprement dits.

³³ Centre de documentation en santé publique de Lausanne, bibliothèques de l'IUMSP, de l'Institut Romand des Sciences et des pratiques de la santé et du Social, de l'École La Source, BDFM.

³⁴ Violence – violence domestique – dépistage et violence – violence et Union Européenne - violence et professionnels de la santé – maltraitance personnes âgées – aide aux victimes – protocoles – soins d'urgences et violences - prévention – guidelines - domestic violence – screening – elder abuse – primary care and violence – education.

³⁵ Viens Python N. Formation « Violence conjugale, le rôle des professionnels de la santé ». Institut de l'Humanitaire, Paris (initiative Daphné de la Commission européenne).

³⁶ Hofner M-C. Formation et perfectionnement au débriefing psychologique, session d'étude du Centre International de Sciences Criminelles et Pénales, septembre 2001, Dydime, Turquie.

4 DEVELOPPEMENTS EN 2002-2004

A partir des missions du mandat, des attentes exprimées par le COPIL et des informations récoltées durant les travaux préliminaires, l'équipe de projet a élaboré un plan d'action et fixé les grandes lignes de sa méthode de travail.

En octobre 2001, ces éléments sont présentés, discutés et validés par le COPIL.

Le plan de travail comporte quatre axes :

- I. Récolte de données quantitatives : quelle est l'ampleur réelle du problème dans nos services d'urgences ?
- II. Récolte de données qualitatives : quelles sont les connaissances et les compétences nécessaires pour l'aide aux victimes dans un service d'urgences ?
- III. Amélioration des soins dispensés par les professionnels : élaboration d'un protocole et d'une formation visant une application systématique et extensive de ce protocole.
- IV. Identification des services, organismes partenaires locaux, impliqués dans l'aide aux victimes et des liens qu'ils entretiennent.

La perspective choisie est celle de la santé publique et communautaire. De ce fait, les grandes orientations du projet devront être examinées à la lumière des principes "canoniques" de l'intervention en santé publique, soit :

- le problème est-il fréquent ?
- les conséquences sur la santé sont-elles importantes et graves ?
- l'impact socio-économique est-il lourd ?
- l'intervention est-elle possible et n'est-elle pas nuisible ?
- la communauté est-elle partie prenante de l'intervention ?

Les approches bio-médicale, psychiatrique, sociologique, psychosociale, féministe, socioculturelle, anthropologique, de genre, par type de violence, de même que la victimologie sont également examinées.

La méthode de travail se veut interdisciplinaire et pragmatique. Elle entend confronter les théories existantes à l'expérience clinique et discuter les outils à la lumière de l'intervention de terrain. Elle a comme ambition d'associer le plus possible les acteurs du terrain aux développements afin que les solutions proposées permettent d'améliorer la qualité des soins en répondant le mieux possible aux besoins des professionnels en contact avec des patients confrontés à la violence/maltraitance.

4.1 AXE QUANTITATIF

La littérature montre que les services d'urgences médico-chirurgicales, et dans une moindre mesure gynécologiques et psychiatriques, sont très fréquemment confrontés au problème de la violence. Ils le sont par des patients qui réclament des soins à la suite d'actes de violence, déclarés ou non-déclarés comme tels, et de personnes qui consultent pour l'établissement d'un Constat de coups et blessures (CCB). De plus, sur l'ensemble des patients qui sont vus aux urgences, certains vivent dans un contexte de violence ce qui influence leur état de santé et leur demande de soins. Par

exemple, 19 à 25% des femmes qui consultent un service d'urgences, tous motifs confondus, sont victimes de violence conjugale³⁷.

Afin d'estimer l'ampleur du problème et le nombre de personnes potentiellement concernées par une consultation au CIU, deux enquêtes quantitatives ont été menées. Disposer de données quantitatives permet d'une part d'esquisser la dimension d'une consultation et d'autre part pourrait, selon les résultats, fonder l'allocation de nouvelles ressources, éléments déterminants dans une période de restrictions budgétaires.

4.1.1 Enquête CCB

Les Constats de coups et blessures (CCB), établis par le médecin sur demande du patient, fournissent une trace matérielle des faits constatés chez la personne qui consulte aux urgences. Ils sont conservés dans le dossier médical et peuvent être mis à disposition des instances judiciaires lorsqu'une procédure est engagée.

Une enquête portant sur l'analyse de la totalité des CCB établis au CIU durant l'année 2001 a été réalisée. Cette analyse a été effectuée de manière rétrospective à partir des informations rédigées sur le CCB et des données administratives saisies lors de l'admission. Cette étude descriptive a permis d'identifier les caractéristiques des personnes qui sollicitent un CCB et de recenser les types de violence subies par ces patients.

Au total, 408 CCB ont été établis en 2001 pour 31'968 patients admis au CIU durant cette même période, soit une prévalence de 1,3%³⁸. Les résultats montrent une sur-représentation des hommes jeunes, souvent sans profession et d'origine étrangère, ainsi qu'une sous-représentation des classes d'âge supérieures à 50 ans. Le plus souvent, les hommes requièrent un CCB à la suite de violence publique alors que les femmes (majoritairement d'âge moyen) le font à la suite de violence privée. Dans la très grande majorité des cas, pour les deux genres, les lésions sont infligées par des coups ou un objet contondant et touchent principalement le visage et le tronc. Cependant ces résultats sont à prendre avec précaution, dans la mesure où la population étudiée est celle des patients sollicitant spontanément un CCB, elle ne représente donc pas le collectif global des patients victimes de violence admis au CIU durant une année.

4.1.2 Enquête PVS

En complément à l'étude des CCB, un dépistage systématique a été effectué du 1^{er} au 31 mars 2002, au CIU, avec les objectifs suivants :

- dénombrer, parmi la population adulte (> 16 ans) qui consulte au CIU, les personnes positives au test de dépistage développé pour cette enquête, issu du Partner violence screen (PVS) ;³⁹ ;

³⁷ Voir : Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Eng J Med* 1999;341(12):886-92. - Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Int Med* 2002;162(10):1157-63. - Coker AL, Bethea L, Smith PH, Fadden MK, Brandt HM. Missed opportunities: intimate partner violence in family practice settings. *Prev Med* 2002;34(4):445-54. - Roberts GL, Lawrence JM, O'Toole BI, Raphael B. Domestic violence in the Emergency Department: 2. Detection by doctors and nurses. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19(1):12-15. - Bates L, Hancock L, Peterkin D. "A little encouragement": health services and domestic violence. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2001;14(2-3):49-56. - Goldberg WG, Tomlanovich MC. Domestic violence victims in the emergency department. New findings. *JAMA* 1984;251(24):3259-64.

³⁸ Mathez C, Viens Python N, Hofner M-C, Yersin, B. Caractéristiques d'une série consécutive de 408 constats de coups et blessures dans un service d'urgences, 2002.

³⁹ Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997;277(17):1357-61.

- affirmer ou infirmer l'hypothèse suivante : le nombre de personnes qui sont victimes de violences domestique et publique est plus élevé que le nombre de constats de coups et blessures enregistrés sur la même période ;
- estimer le nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'une consultation d'aide aux victimes de violence et dès lors la pertinence de sa mise sur pied.

Les critères d'exclusion étaient : score NACA > 4, incompréhension du français, incapacité à donner son consentement, impossibilité de questionner la personne en dehors de la présence des accompagnants ou de la famille⁴⁰.

Le questionnaire a été utilisé par les infirmières lors de l'installation des patients pour la consultation, après s'être assuré de leur consentement. A noter que lors du choix du PVS comme questionnaire de référence, aucun autre outil n'avait été validé dans un service d'urgences.

La durée totale de l'étude permettait de disposer d'un échantillon convenable au calcul de la prévalence et de maintenir une bonne compliance des professionnels appelés à remplir le questionnaire, en plus de leurs tâches de routine.

Les informations socio-démographiques ont été récoltées à partir des données administratives enregistrées lors de l'admission du patient.

Le questionnaire permettait de récolter des données sur le type de violence (physique et/ou psychologique) subie, l'auteur, le contexte (domestique, publique, professionnel, institutionnel), si la violence était le motif de la consultation et si la personne souhaitait en parler avec le médecin.

Le taux de participation a été de 77,2% (1'602 patients) avec un taux de refus de seulement 1,3%. 183 patients ont rapporté de la violence au cours des douze derniers mois, donnant une prévalence de 11,4%. Une minorité d'entre eux consultaient explicitement pour des motifs de violence, mais un CCB n'a pas été établi pour tous. Ainsi, le nombre de CCB ne reflète pas le nombre de patients consultant le CIU pour des raisons de violence récente et encore moins le nombre de patients vivant dans des contextes de violence. Dans la population testée, aucune différence significative n'a été observée pour le sexe ou la nationalité. La violence publique s'est révélée plus fréquente chez les hommes âgés de 16 à 34 ans. La violence domestique est la plus élevée chez les femmes de 35 à 54 ans. L'enquête montre en outre que 42% des personnes interrogées ont fait état de violence psychologique, 18% de violence physique et 40% des deux types de violence. Le haut taux de participation obtenu lors de cette enquête, tient en partie à l'implication des équipes soignantes. Celles-ci ont eu l'occasion de discuter en détail les buts et la méthode avec l'équipe de recherche, des résultats intermédiaires ont été communiqués chaque fin de semaine aux professionnels, au moyen d'affichettes collées dans des endroits stratégiques (toilettes et cafétéria des services) afin de se distinguer au sein du flot des informations recouvrant les murs des locaux de soins. Les membres de l'équipe de recherche ont fait pratiquement quotidiennement de brèves visites dans le service afin de répondre aux questions des soignants et du personnel administratif et de rappeler l'importance de l'enquête.

A partir de cette enquête, on peut estimer à 3'000 par année le nombre d'adultes victimes de violence qui consultent le CIU. Le problème n'est donc pas marginal en termes de patients concernés et le nombre de CCB ne représente en quelque sorte que la partie visible de l'iceberg⁴¹.

⁴⁰ Viens Python N, Menoud V, Hofner M-C. « Méthodologie de recherche : mesure de la prévalence de la violence rapportée par les patients consultant un service d'urgences ». En soumission.

⁴¹ Hofner M-C, Viens Python N, Gervasoni J-P, Martin E, Graz B, Yersin B. Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department, results of a prospective study with the PVS questionnaire. EMJ accepté pour publication, juin 2004.

Figure 2 : Poster PVS Congrès Urgences Paris 2003

Prévalence des victimes de violence dans un service d'urgence

CHUV- CIU

Hofner MC, Viens Python N, Zbinden N, Menoud V, Yersin B Centre Interdisciplinaire des Urgences (CIU) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), 1001 Lausanne; Suisse
 Adresse de correspondance: MC Hofner IU MSP/UP Rue du Bugnon 21 CH-1005 Lausanne email: marie-claude.hofner@hospdv.ch

Quelle proportion de patients des urgences ont subi des violences durant les 12 derniers mois ?

Méthode

Population tous les patients adultes ≥ 16 ans qui consultent pour une urgence médicale ou chirurgicale le Centre Interdisciplinaire des Urgences du CHUV (Lausanne - Suisse) durant le mois de mars 2002

■ **Critères d'exclusion** risque vital immédiat (score NACA >4), mauvaise compréhension du français, refus ou incapacité d'isoler des accompagnants, incapacité de discernement

■ **Procédure** les patients sont avertis lors de l'enregistrement administratif, l'infirmière qui prend les contrôles s'assure du consentement oral, fait passer le questionnaire « **modified PVS** »

■ **PVS+** = au moins une réponse positive à l'une des deux questions suivantes

- a) avez-vous été frappé par quelqu'un, avez-vous reçu des coups de poing, de pied ou d'autres coups durant l'année écoulée, yc durant les dernières 24h ?
- b) avez-vous été menacé ou contraint pas quelqu'un durant l'année écoulée, yc durant les dernières 24h ?

Type de violence rapportée par âge et sexe n=183

Catégories âge	Type de violence	Hommes	Proportion des hommes	Femmes	Proportion des femmes	n PVS+	Proportion des PVS+
16-34	Violence publique	37	61,7%	23	38,3%	60	63,2%
	Violence domestique	4	17,4%	19	82,6%	23	24,2%
	Violence professionnelle	6	66,7%	3	33,3%	9	9,5%
	Autre	2	66,7%	1	33,3%	3	3,2%
	Total	49	51,6%	46	48,4%	95	100,0%
35-54	Violence publique	19	67,9%	9	32,1%	28	52,8%
	Violence domestique	6	40,0%	9	60,0%	15	28,3%
	Violence professionnelle	5	62,5%	3	37,5%	8	15,1%
	Autre	1	50,0%	1	50,0%	2	3,8%
	Total	31	58,5%	22	41,5%	53	100,0%
>55	Violence publique	11	50,0%	11	50,0%	22	62,9%
	Violence domestique	2	25,0%	6	75,0%	8	22,9%
	Violence professionnelle	2	100,0%	0	0,0%	2	5,7%
	Autre	1	33,3%	2	66,7%	3	8,6%
	Total	16	45,7%	19	54,3%	35	100,0%

Résultats

■ **Taux de participation 77.2%**
 2454 patients enregistrés
 1894 questionnaires complétés
 270 non éligibles, 22 refus

■ **Prévalence violence rapportée 11,4%**
 n=183 PVS+ dont
 42% seulement psychologique
 18% seulement physique
 40% physique et psychologique

■ **Prévalence constats de coups et blessures (CCB) 1%** n=25
 CCB établis durant la même période

Discussion

■ Prévalence significativement plus élevée pour les 16 à 34 ans, taux le plus élevé pour les personnes séparées. Les hommes sont plus concernés par la violence publique et les femmes par la violence domestique, pas de différence significative pour le sexe et la nationalité.

■ Données partielles car les urgences de gynécologie sont exclues de l'enquête, questionnaire seulement disponible en français et impossibilité de distinguer une violence unique d'un contexte de violences répétées

Caractéristiques des patients rapportant de la violence n=183


Variables	Prévalence de PVS *	Intervalle de confiance 95%	
Sexe	Homme	12.1%	9.8-14.4
	Femme	10.8%	8.7-12.9
Catégories d'âge	16-34 ans	19.6%	16.0-23.2
	35-54 ans	13.1%	9.9-16.3
	≥ 55 ans	5.1%	3.5-6.7
Etat civil	Célibataire	18.8%	15.3-22.3
	Divorcé	10.1%	5.7-14.5
	Marié	7.8%	5.8-9.8
	Séparé	28.2%	11.1-41.3
	Veuf	3.8%	1.2-6.4
Nationalité	Suisse	10.2%	8.3-12.1
	Pays limitrophes	11.3%	7.1-15.5
	Pays non limitrophes	14.7%	11.0-18.4
Unité d'admission	Médecine	7.8%	5.8-9.8
	Chirurgie	14.3%	12.0-16.6
Jour d'admission	Lundi - jeudi	10.2%	8.2-12.2
	Vendredi - dimanche	13.0%	10.5-15.5
	Heures d'admission	8 à 16	9.0%
	16 à 24	11.0%	8.5-13.7
	0 à 8	20.7%	15.5-25.9

Perspectives

- Ce test de dépistage rapide, facile à appliquer et bien accepté devrait être utilisé dans d'autres enquêtes afin de permettre des comparaisons entre contextes de soins, types de clientèle, pays, régions, etc.
- Les conséquences de la violence sur l'état de santé, ressenti par le patient et observé par le professionnel, mériteraient des recherches complémentaires.

Conclusions

- Une personne sur dix, qui consulte les urgences a subi de la violence durant les 12 derniers mois
- Forte implication de l'équipe soignante malgré la charge de travail et les résistances évoquées dans la littérature à investiguer un domaine « sensible »
- Grande acceptabilité de la part des patients (taux de refus 1%)

Programme interdisciplinaire intégré de détection et de prise en charge des victimes de violence 

4.2 AXE QUALITATIF

Les recherches qualitatives effectuées dans le cadre de ce programme, ont eu pour objectif essentiel d'identifier les connaissances et compétences nécessaires pour l'aide aux victimes dans un service d'urgences. Celles-ci ont été identifiées par une étude systématique de la littérature⁴², des entretiens avec des spécialistes et l'analyse d'un certain nombre de cas recensés dans le service.

4.2.1 Avis d'experts

Au début du programme, des visites à la Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV) à Genève ont permis de connaître le fonctionnement de ce service spécialisé et de bénéficier des acquis de cette équipe. Le Dr D. Halpérin a présenté les activités de la CIMPV ainsi que l'organisation de la consultation. A titre d'exemple, en 2003 les personnes qui consultaient à la CIMPV étaient référées soit par les services internes (47% par le secteur ambulatoire et 13% par les unités d'hospitalisation⁴³ des HUG), soit par une institution du réseau (24%). Des 483 patients accueillis, 87,6% s'étaient présentés comme victimes, 5,5% comme agresseurs et 6,9% comme autres (témoin ou fluctuant : tantôt victime, tantôt agresseur). Des formations, effectuées en commun avec des professionnels de la CIMPV et de l'équipe de projet, ont permis d'étayer les discussions et d'enrichir les pratiques respectives. La collaboration demeure régulière entre les deux équipes.

De nombreux échanges avec la direction et l'équipe du Centre d'accueil Malley-Prairie (CMP) ont permis de préciser les besoins en matière d'aide aux femmes victimes de violence domestique. En particulier, les messages à leur adresser dans les lieux de soins afin de les aider à oser solliciter un entretien auprès des professionnels du CMP ont été élaborés conjointement. Les échanges avec le Groupe d'intervision⁴⁴ violence et maltraitance ont favorisé l'identification des éléments permettant un meilleur travail en réseau. Ces échanges ont également permis l'émergence d'un vocabulaire commun au milieu médical et social.

Au sein de la cité hospitalière lausannoise, des entretiens avec différents professionnels ont mis en évidence le manque de personnes ressources en matière d'aide aux victimes de violence. Par exemple, l'infirmier de liaison du CITB, M. Y. Dorogi, rencontré en 2001, précisait être surtout sollicité par les équipes pour du débriefing. Selon lui, l'infirmier de liaison était une ressource pour les équipes et non pas pour le suivi de patients. Cette rencontre plaidait en faveur de la formation d'intervenants de première ligne capables d'aborder cette problématique.

4.2.2 Analyse de cas

Des séances de travail, en GT et avec les équipes soignantes, ont permis l'enregistrement et l'analyse de nombreuses situations de patients. Ces vignettes cliniques ont été le support pour déterminer les soins requis pour ces patients et l'identification des ressources nécessaires à un suivi spécifique. Le site Internet réservé aux professionnels de la santé, développé suite à l'étude conduite en France en 2001 dans le cadre du programme européen Daphné, a servi de référence lors de l'analyse de situations cliniques avec les professionnels du terrain.

Une enquête a été réalisée par Madame V. Menoud, infirmière du CIU⁴⁵, auprès d'un échantillon de personnel infirmier ayant participé à l'étude quantitative (enquête PVS). Les soignants interrogés se

⁴² Voir chapitre 3.2.

⁴³ Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (CIMPV). Rapport d'activité 2003. Département de médecine communautaire, Genève : HUG, 2004.

⁴⁴ Groupe de professionnels issus d'un certain nombre d'institutions locales concernées par la violence et la maltraitance, se réunissant régulièrement afin de se former, de partager leurs expériences et d'échanger sur des situations communes.

⁴⁵ Op. cit Menoud V. août 2002.

sont dit particulièrement étonnés du fait que la violence ne connaissait pas de frontières d'âge, de sexe ou de classe et que dans toutes les situations rencontrées, la violence verbale avait toujours précédé la violence physique. Ils ont relevé que les personnes qui consultent en urgence le font suite à une violence physique ou alors pour un problème somatique qui en est peut-être la conséquence.

Lors de ces entretiens, les professionnels ont eu l'occasion d'énoncer leurs besoins et souhaits :

- disposer de locaux adaptés et isolés afin d'assurer plus de confidentialité
- développer des techniques d'entretien et de dépistage
- connaître les procédures judiciaires de base et les droits des victimes de violence
- mieux connaître les organismes extra-hospitaliers déjà existants dans la région.

Il est intéressant de noter l'intérêt qu'a suscité l'enquête PVS auprès des collaborateurs des urgences. Le sentiment d'une recrudescence de la violence durant cette dernière année et la prise de conscience par les soignants que le service des urgences fait partie d'un réseau de soins et qu'il doit fonctionner en lien avec d'autres organismes, ont certainement contribué à susciter cet intérêt.

4.2.3 Contextes spécifiques

Suite à ces travaux, une analyse plus approfondie de certains contextes spécifiques s'est révélée nécessaire et a été possible grâce à de nombreuses collaborations.

La maltraitance envers les personnes âgées a fait l'objet d'une étude de besoins pour le canton de Vaud⁴⁶ et a débouché sur le développement du programme « Premalpa », concept spécifique de sensibilisation et de formation interprofessionnelle.⁴⁷ Une formation pilote a été dispensée et évaluée en novembre 2003. En 2004, une adaptation jurassienne a vu le jour et deux sessions organisées.

L'élaboration dans le champ de la maltraitance envers les enfants s'est poursuivie, notamment par la production d'un concept de formation interdisciplinaire original de « référents locaux ». Ce programme élaboré en 2001, a été évalué en 2003 et s'est poursuivi depuis dans le canton du Jura⁴⁸. D'autre part, une évaluation du dispositif de prévention et de prise en charge en matière de maltraitance envers les enfants, a été menée dans le canton de Fribourg, à l'image de ce qui avait été réalisé précédemment pour le canton de Vaud⁴⁹.

La lecture interdisciplinaire de la problématique a été enrichie par une recherche menée par l'équipe de projet, en collaboration avec la Faculté des sciences sociales et politiques de l'UNIL. Cette étude porte sur les rénovations architecturales menées au CMP, particulièrement sur les modèles théoriques qui ont présidé à ces rénovations et sur l'influence des nouveaux aménagements sur les relations sociales tant des bénéficiaires que du personnel. Il est particulièrement intéressant de noter que les maîtres d'œuvre, l'architecte et les professionnels du CMP partageaient un référent théorique de type systémique, qui a permis d'intégrer les avis des utilisatrices et des professionnels afin de répondre au mieux à leurs besoins lors des choix architecturaux.⁵⁰

Enfin, l'analyse de plus de 300 programmes de l'Union européenne en matière de violence, effectuée dans le cadre d'une formation inter-universitaire de santé publique, a enrichi le projet

⁴⁶ Viens Python N, Paccaud F. Mandat pour une pré-étude concernant la maltraitance des personnes âgées. UP/IUMSP, Lausanne, mars 2002.

⁴⁷ Viens Python N, Hofner M-C. Formation « Premalpa ». Prévention de la maltraitance chez la personne âgée. Fondation Charlotte Olivier, Fribourg 2004.

⁴⁸ Colom P, Hofner M-C. Le référent premier maillon d'une démarche concertée. Fondation Charlotte Olivier, Fribourg, 2001. Rapport d'évaluation: www.fcho.ch.

⁴⁹ Viens-Python N, Colom P, Hofner M-C. Monitoring cantonal de l'Avis fédéral du 27 juin 1995 issu du rapport « Enfance maltraitée en Suisse » dans le canton de Fribourg. Fondation Charlotte Olivier, Fribourg, 2003.

⁵⁰ Poncet H. La matière habitée : Etude autour de la réfection d'une institution sociale. Mémoire de diplôme Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, septembre 2004.

d'une perspective internationale⁵¹. Cette étude a confirmé que la problématique de l'aide aux victimes est une préoccupation dans l'ensemble des pays européens. Un grand besoin d'échanges à propos de l'aide aux victimes, de monitoring et de formation ressort de cette analyse, tout particulièrement en ce qui concerne les femmes migrantes et les femmes âgées.

Ainsi, l'étude de cas cliniques, de la littérature, de protocoles, les données issues de l'enquête auprès des professionnels des urgences et les rencontres avec les experts ont fourni un panorama vaste et très diversifié de la problématique et des besoins des professionnels.

Deux priorités sont ainsi apparues, en cohérence avec les données de la littérature :

- équiper l'ensemble des professionnels de première ligne de compétences de base en termes de dépistage et d'intervention
- développer des outils dans une perspective de santé publique, prenant en considération les divers types de violences interpersonnelles.

4.3 PROTOCOLE D'INTERVENTION

Etant donné la nature du problème de santé, le GT a décidé d'abandonner le projet de développer des Recommandations de pratiques cliniques (RPC) selon la méthode éprouvée de la médecine basée sur les preuves.

En effet, la vérification de l'authenticité et de la gravité de la violence subie ne relève pas exclusivement du domaine médical. C'est une enquête de police, diligentée par un juge, qui va évaluer ces paramètres. La validation des données et des résultats de l'intervention est partiellement extérieure au champ médical, rendant la mesure de l'efficacité de l'intervention complexe.

Par exemple, la mesure de l'efficacité d'une intervention de détection, de soutien et d'orientation sur l'état de santé d'une patiente vivant dans un contexte de violence, serait indispensable à l'élaboration de RPC. Or c'est à l'évidence un travail de longue haleine nécessitant un réseau interdisciplinaire coordonné et un suivi minutieux. Ces conditions n'étaient pas réunies dans le cadre de ce projet.

Mais ces « difficultés méthodologiques » ne doivent pas freiner les efforts qui tendent à mieux équiper les soignants dans la prise en charge de ce problème. Ils doivent entre autre être formés à détecter les patients vivant dans un contexte de violence, à leur signifier clairement, avec bienveillance et sans préjugés, leur droit à ne pas être maltraités, à les soutenir dans leurs efforts de changement, à les orienter dans le réseau et, si nécessaire, à assurer leur sécurité⁵².

C'est la raison pour laquelle l'équipe de projet et le GT ont opté pour l'élaboration d'un protocole original et adapté à la réalité locale, en lieu et place de RPC.

4.3.1 Le DOTIP

Des protocoles hospitaliers de dépistage et d'intervention issus d'équipes nord-américaines et européennes, ont été consultés et discutés en GT. Certains modèles contenaient des outils d'ordre médico-légal (arrêt de travail, constat de blessures, rapport médico-légal), d'autres portaient sur les compétences à développer pour l'écoute des personnes victimes et certains sur des techniques de dépistage. La majorité des documents consultés concernaient la violence conjugale ou domestique. Après étude et discussion des principaux protocoles de dépistage et d'intervention, un premier

⁵¹ Viens Python N. L'Union Européenne et l'aide médico-sociale immédiate aux adultes victimes de violence : bonnes pratiques transférables en Suisse. Mémoire de diplôme inter-universitaire de santé publique, mention Politique Européenne, Lausanne-Nancy 2004.

⁵² Lachs MS. Screening for Family Violence: What's an Evidence-Based Doctor to do? *Annals of internal medicine*, 2004;140(5);399-400.

projet est développé et soumis à l'appréciation du COPIL. Une version définitive, validée, est mise en circulation en juin 2002.


Le protocole vise une action interdisciplinaire concertée au sein des services d'urgences. Les professionnels y sont encouragés à appliquer systématiquement la procédure « **DOTIP** » pour **D**étecter/Dépister les personnes victimes, **O**ffrir un message clair de soutien et d'information, **T**raiter selon le besoin par des soins immédiats (y.c. effectuer un CCB), **I**nformer des droits et des ressources du réseau, **P**rotéger la personne victime en assurant un plan de sécurité à la sortie du service.

Le document comporte également quelques données épidémiologiques et une liste de facteurs de risque et de signaux d'alerte¹⁷. Il illustre au moyen d'exemples les résistances habituelles à investiguer le domaine et recense les principaux articles de lois s'appliquant dans ces contextes et est enrichi de vignettes cliniques issues de l'expérience des membres du GT.

La troisième édition de mars 2004 intègre les modifications du Code pénal en matière de violences conjugales⁵³.

⁵³ Hofner M-C, Viens Python N. Violence envers les adultes : protocole de dépistage et d'orientation à l'intention des professionnels des urgences, Lausanne mars 2004, 4^{ème} édition.

Figure 3 : Poster DOTIP Congrès Urgences Paris 2003



Protocole de dépistage et d'intervention auprès des adultes victimes de violence ou de maltraitance consultant un service d'urgences

Viens Python N, Hofner MC, Zbinden N, Menoud V, Yersin B. Centre Interdisciplinaire des Urgences (CIU) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.
Adresse de correspondance: N Viens Python, IUMSP/UP Bugnon 21 CH-1005 Lausanne E-mail: nataly.viens-python@hospvd.ch

PATIENTS VICTIMES DE VIOLENCE AUX URGENCES
...ON NE TROUVE QUE CE QUE L'ON CHERCHE

Je n'y pense pas parce que ... «ça n'arrive pas chez les médecins et les avocats » «ça n'arrive pas chez nous, nous ne sommes pas dans une série TV »	Je n'entreprends rien parce que ... « je n'ai pas le temps » « je risque d'intervenir dans la sphère privée »	Je trouve que ce n'est pas si grave parce que ... « il l'a agressée parce qu'il avait bu et qu'elle l'avait poussé à bout » « c'est déjà beau que les enfants s'occupent de leur vieux père incontinent »	Le patient ne veut pas que j'intervienne, d'ailleurs il m'a dit ... « ça sera encore pire après et que va-t-il arriver aux enfants? » « je suis vieux et de toutes manières je dépends d'eux »
---	---	---	--

PATIENTS VICTIMES DE VIOLENCE AUX URGENCES
...MEME CHEZ NOUS EN SUISSE

Notre réalité:
A Lausanne (CIU/CHUV) 11,4 % des adultes qui consultent déclarent avoir été victimes de violence/maltraitance au cours des 12 derniers mois.
Pour la même période, 1.1 % des personnes qui consultent ont demandé un constat de coups et blessures.

La littérature:

- Les médecins ne détectent qu'une partie des victimes de violence (1/20)
- Les femmes victimes de violence consultent plus fréquemment les services d'urgence
- La violence, non reconnue et non traitée, est associée à une morbidité médicale et psychiatrique grave.
- Plusieurs articles recommandent que tous les professionnels de la santé demandent aux patientes si elles ont subi de la violence domestique (Ramsay et al, BMJ 2002).

PATIENTS VICTIMES DE VIOLENCE AUX URGENCES
...COMMENT CHANGER LA PRATIQUE

Une étude exploratoire a mis en évidence des carences dans le domaine de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de s victimes de violence, entre autres, dans les services d'urgences.

Un groupe de travail interdisciplinaire médecins et infirmiers d es urgences, de la policlinique universitaire et de la psychiatrie de liaison, a développé un **protocole** de dépistage et d'intervention.

Une **formation** brève (45 min) systématiquement de dépistage et l'intervention de tous les médecins et infirmiers des urgences, est offerte

Une **carte des ressources** localisant les institutions qui peuvent assurer le suivi après les urgences, est à disposition des professionnels.

Le protocole de dépistage et d'intervention pour médecins et infirmiers : pensez DOTIP!

- D** **Dépister** une violence ou une maltraitance possible
*Penser au **dépistage systématique**, toute personne peut subir une situation de violence !*
- O** **Offrir** un message clair de soutien.
*La violence est **interdite** par la loi ! La personne n'est pas seule et le service peut offrir une aide face à ce problème. Elle doit sentir que vous êtes capable de l'entendre si elle ose en parler*
- T** **Traiter** blessures et douleurs, faire un CCB, organiser le suivi
*Faire des **liens** entre les symptômes et l'histoire de la personne, violences subies actuelles ou passées. Effectuer un Constat de Coups et Blessures (CCB)*
- I** **Inform**er la personne de ses droits et des ressources du réseau
***Donner** la liste des **adresses** du réseau d'aide lors de violence/maltraitance **Expliquer** ses droits en termes **clairs** à la personne*
- P** **Protéger** en assurant la sécurité immédiate de la personne
*La personne peut-elle quitter le service sans **danger** ? Doit-elle être mise sous protection immédiate (centre d'hébergement) ou être référée à un service spécialisé ?*

4.3.2 Les déclinaisons du DOTIP

En 2002, après avoir assisté à une présentation du DOTIP lors d'une formation continue des médecins, le Dr J. Martin, médecin cantonal vaudois, interpelle en ces termes la Société vaudoise de médecine (SVM) : « *Même si une bonne centaine de praticiens de la SVM étaient présents le 26 septembre, il reste que le corps médical en général est insuffisamment sensibilisé à ce problème. A l'évidence, des mesures d'anamnèse et de dialogue orientées feraient découvrir plus de ces situations, qui appellent une prise en charge pluridisciplinaire. Le domaine médical seul n'est guère efficace* ». A sa demande, l'équipe de projet rédige un protocole DOTIP adapté à la pratique au cabinet médical. Cette version⁵⁴ est relue et validée par les membres de l'Unité de Médecine Générale (UMG) du Département de médecine et santé communautaires (DUMSC) de la Faculté de médecine de Lausanne. Elle est envoyée personnellement à l'ensemble des médecins installés en pratique privée dans le canton de Vaud, accompagnée d'une lettre du médecin cantonal en mars 2003 qui précise : « *Il s'agit là d'un problème de santé publique dont chaque praticien doit se soucier afin d'y donner la suite appropriée. Il s'agit de prendre soin aussi bien que faire se peut de la situation concrète, mais aussi le cas échéant, de recommander de s'adresser à d'autres instances, voire de la faire soi-même (en se faisant délier du secret médical par le patient de préférence ou par le Conseil de santé si nécessaire- il n'est pas nécessaire de se faire délier pour les mineurs, la loi faisant devoir aux professionnels de signaler ces cas de mauvais traitements)* »⁵⁵.

Le médecin cantonal du canton du Jura, le Dr J.-L. Baierlé, et le Bureau de l'égalité de ce canton vont solliciter l'équipe pour effectuer une adaptation du protocole DOTIP à l'usage des services hospitaliers jurassiens et des médecins installés en pratique privée dans le canton. Cette adaptation⁵⁶ est publiée en janvier 2004 et servira de base à une série de formations effectuées par l'équipe de projet dans les hôpitaux de Porrentruy, Saignelégier et Delémont à l'intention des médecins installés du canton et du personnel soignant des hôpitaux (médecins, infirmiers et assistants sociaux).

Le BEFH, de son côté, élabore un protocole DOTIP spécifique à la violence conjugale qui vise un public plus large. Il s'adresse « *aux professionnel-le-s du canton de Vaud confronté-e-s à des personnes victimes de violence conjugale. Il peut également être utile à quiconque souhaite venir en aide à une personne de son entourage vivant ce type de violence* »⁵⁷. Le contenu de ce protocole, très détaillé, est exclusivement consacré à la violence conjugale conformément à la mission du BEFH.

4.4 CARTE DU RESEAU

Pour proposer au bon moment une orientation pertinente, le personnel soignant doit connaître les partenaires du réseau local, leurs prestations, leurs coordonnées et être capable de sélectionner de manière fiable l'offre la plus adéquate. Le plus souvent, le professionnel oriente le patient vers les quelques institutions phares d'une région ou en fonction de son carnet d'adresses personnel. Les ressources ne sont donc que rarement exploitées de manière systématique, entraînant une surcharge chronique des institutions les plus connues. Afin de mettre à disposition des professionnels

⁵⁴ Hofner M-C, Viens Python N. Violence envers les adultes : protocole de dépistage et d'orientation à l'intention des médecins, © IUMSP/UP Lausanne mars 2003.

⁵⁵ Lettre du Dr Jean Martin au corps médical vaudois, Lausanne 10 avril 2003.

⁵⁶ Violence et maltraitance envers les adultes – protocole de dépistage et d'intervention – document d'information à l'usage des professionnel-le-s de la santé de la République et Canton du Jura. Hofner M-C, Viens Python N. Adaptation des protocoles élaborés pour le Centre interdisciplinaire des urgences du CHUV et les médecins du canton de Vaud. © IUMSP Lausanne janvier 2004.

⁵⁷ Gigandet M. Moczyt S. Violence conjugale : dépistage, soutien, orientation des personnes victimes. BEFH, Lausanne décembre 2003.

l'ensemble des ressources existantes dans le réseau lausannois sous une forme rapide et facile à consulter, une carte du réseau a été développée⁵⁸.

A partir des annuaires existants⁵⁹, 56 institutions présentant un lien présumé avec la problématique ont été contactées et interrogées via un informateur clé. Les questions posées portaient sur les éléments suivants : fréquence de la problématique et statistiques éventuelles, type de violence (conjugale, institutionnelle, inhérente au statut), profil de la population qui consulte, répartition Suisses/étrangers (migrants, sans-papiers, autres); offre spécifique sur place ; partenaires privilégiés dans les secteurs social, médical et juridique ; fonctionnalité du réseau ; besoins, difficultés et type de formation des professionnels employés.

Sur la base de ces entretiens, 55 institutions ont été retenues et regroupées en six domaines : soins - social - juridique - migration - seuil bas - personnes âgées. Afin de faciliter la recherche rapide de la ressource qui répond le mieux au besoin du patient orienté par le professionnel des urgences, cinq indicateurs d'utilité⁶⁰ ont été développés. Cet ensemble d'indicateurs est résumé dans l'acronyme POUCE (Tableau 1). Des modalités ont été attribuées à chaque indicateur pour chaque institution. Ces informations, complétées de l'adresse et du no de téléphone, ont été validées par le responsable de l'institution avant d'être éditées.

L'élaboration de cette carte a mis en évidence le nombre élevé de ressources, leur densité dans la région lausannoise, la variété et la spécificité des missions. Le niveau de spécialisation de l'offre de certaines d'entre elles est très élevé. Cependant des lacunes dans l'offre sont évidentes, tout spécialement quant à la disponibilité horaire.

Afin de concrétiser ce réseau autrement qu'au moyen d'un document, les 55 institutions ont toutes été invitées à participer à des rencontres en septembre 2002 et 2003. Plus de 40 d'entre elles ont envoyé des délégués à ces réunions. A cette occasion, chacun a été prié de présenter son travail, ses besoins et ses attentes vis à vis des services d'urgences, des autres partenaires et du projet.

Pour certains professionnels, travaillant dans le même domaine depuis fort longtemps, ce fut parfois la première occasion de faire connaissance. Ces rencontres ont été l'occasion d'échanges intenses et stimulants. Elles ont mis en lumière l'engagement des professionnels du terrain mais aussi leur isolement et leur besoin de collaboration. Elles ont également favorisé le dialogue entre professionnels oeuvrant auprès de clientèles très différentes et mis en lumière la complexité des situations où le statut social, la marginalité, la précarité, les dépendances rendent l'intervention encore plus délicate.

Depuis la première publication, quatre mises à jour de la carte du réseau ont été faites (adjonction de deux institutions selon la même méthode). Plus de 800 exemplaires ont été distribués gratuitement lors de formations ou à la demande de professionnels et d'institutions diverses. Un sondage effectué auprès des utilisateurs de la carte du réseau a révélé, entre autres, que les employés d'administrations (secrétariat, réception, accueil) appréciaient particulièrement cet outil.

⁵⁸ Hofner M-C, Viens Python N, Bodenman P, Schoch M. Carte du réseau d'aide en cas de violence et de maltraitance envers les adultes. Présentation des institutions, associations et organismes selon les indicateurs d'utilité développés par la méthode POUCE. Lausanne et sa région. Unité de Prévention/IUMSP. Lausanne octobre 2003 (4e éd). 5 édition en cours d'édition. Annexe : bulletin de commande.

⁵⁹ Sources utilisées
« Familles de la région lausannoise, informations, adresses utiles » éd. 2000,
SOCIORAMA éd. 2001,
Base de données informatisées du service de liaison de la PMU Lausanne, M. Schoch, 2001
op. cit. Hofner M.Cl., Siggen S. février 2001
« Violence conjugale : que faire ? » Brochure CMP, centre LAVI et BEFH Vaud, 2^{ème} ed. 2002
« Guide de santé pour la Suisse » éd. 2002.

⁶⁰ Hofner M-C, Viens Python N, Yersin B, Bodenmann P, Schoch M, Golay N. Ressources locales en matière de prise en charge des patients adultes victimes de violence et de maltraitance : une méthode de présentation et de diffusion. Revue Médicale de la Suisse Romande 2002 ;122 :649-52.

Tableau 1 : les cinq indicateurs d'utilités et leurs modalités

P	Prévalence des actions, activités auprès des personnes victimes de violence
P0	pas d'action spécifique
P+	petite partie de l'activité
P++	traite de problèmes de violence et d'autres problèmes
P+++	traite principalement des problèmes de violence
O	Offres de l'institution ou de l'association ou du service
C	consultation, entretiens
H	hébergement
D	documentation, appui aux professionnels, formation
U	Urgence, service disponible
24h	24 heures 7 jours sur 7
SRV	sans rendez-vous, mais pas 24h/24
ARV	avec rendez-vous
C	Clientèle accueillie
F	femmes
Enf	enfants
H	hommes
E	« Exemplarité » une intervention intégrée implique de couvrir les 3 domaines
SS	soins
SL	social
JE	juridique

4.5 FORMATION DES PROFESSIONNELS

4.5.1 Identification des besoins

Les besoins de formation des professionnels de santé sont identifiés à partir de trois pôles bien distincts : le problème de santé auquel il s'agit d'apporter une réponse, la communauté qui y est confrontée et les professionnels appelés à s'en occuper. Un modèle⁶¹ permettant d'analyser, d'organiser et de fixer des priorités à ces besoins a été développé dans le cadre du présent projet. La méthode est celle de la recherche de consensus au sein d'un groupe d'experts. La procédure utilisée est la suivante :

- Phase I chaque expert fait individuellement et par écrit l'inventaire des besoins de chaque pôle du triptyque
- Phase II pour chaque pôle, une recherche de consensus est menée au sein du groupe d'experts au moyen d'une technique de type « groupe nominal »
- Phase III une synthèse, élaborée à partir des idées retenues, est proposée au groupe d'experts pour validation.

⁶¹ Hofner M-C, Viens Python N. « Le triptyque pédagogique : un outil d'identification des besoins en santé communautaire », à paraître.

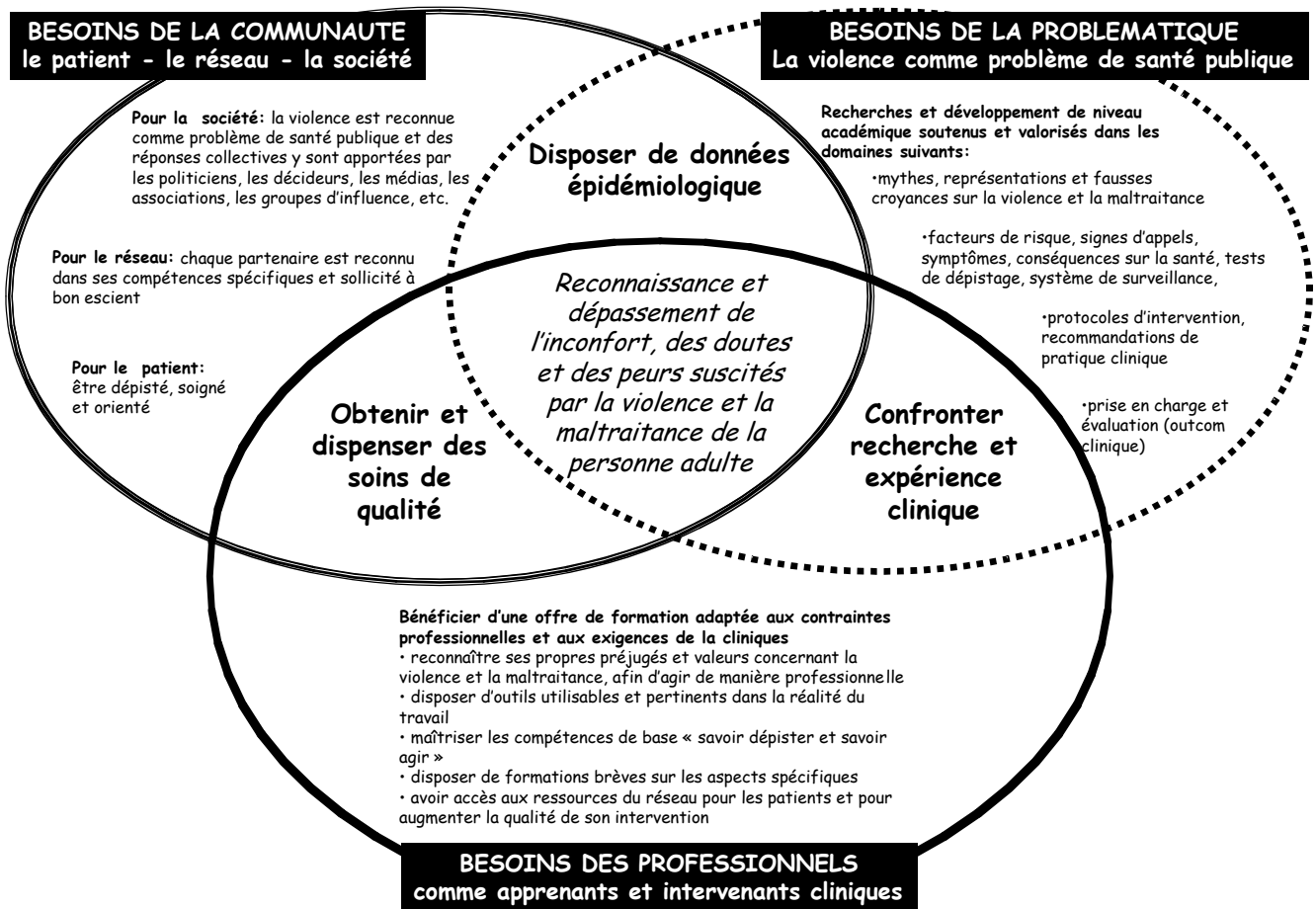
Certains groupes nominaux sont propres à l'ensemble auquel ils appartiennent, certains sont à l'intersection de deux ensembles et certains à l'intersection des trois.

Les objectifs éducationnels sont alors dérivés des besoins identifiés par ordre de priorité : besoins se trouvant à l'intersection des trois ensembles, puis ceux à l'intersection de deux ensembles, puis ceux appartenant à un ensemble.

Le public-cible, le contexte de la formation et le temps à disposition vont en partie définir les objectifs éducationnels à traiter en priorité, ceux sur lesquels mettre l'emphase. Mais le ou les éléments qui se trouvent à l'intersection des trois ensemble doit/doivent obligatoirement être abordé(s) dans toutes les formations.

Les résultats du travail sur le triptyque mené par l'équipe de projet ont été complétés et validés par les membres du GT. Les données principales sont résumées dans la figure ci-dessous.

Figure 4 : Le triptyque pédagogique



4.5.2 Buts et objectifs

La formation avait initialement pour but de permettre aux professionnels des urgences d'acquérir des connaissances et des compétences en matière de violence et de maltraitance afin d'améliorer la qualité des soins. Elle entendait également offrir un lieu et du temps pour discuter de situations cliniques en relation avec la violence et d'identifier des solutions alternatives en matière de prise en charge. Ces buts ont été déclinés dans les objectifs de formation ci-dessous :

- identifier ses propres mythes, représentations, préjugés, croyances en matière de violence et de maltraitance
- nommer les signes, symptômes et conséquences de la violence et de la maltraitance
- développer des outils de communication pour dépister les situations à risque ou de violence avérée, actuelles ou anciennes
- définir les soins appropriés à dispenser à une personne touchée par la violence ou la maltraitance
- identifier les ressources du réseau pour le suivi des personnes victimes en fonction des réseaux d'aide suivants : soins - social – migration – juridique – personnes âgées – seuil bas
- estimer la fréquence et la gravité du problème en fonction de données épidémiologiques locales et internationales
- confronter les résultats de la recherche avec son expérience clinique
- appliquer les cinq étapes du protocole DOTIP.

4.5.3 Moyens

La forme choisie est une formation brève de 45 min. Ce format est privilégié étant donné la difficulté à réunir les équipes des services d'urgences, le peu de temps disponible et le nombre important de formations dispensées dans ce type de service (mise à jour périodique des procédures et protocoles de prise en charge en urgence). Cette formule reflète également l'objectif général de la formation : équiper le plus grand nombre de professionnels de compétences de base en matière de dépistage et d'orientation, et non pas former des experts de la prise en charge des victimes.

La formation est disponible soit pour un corps professionnel, soit pour une équipe interdisciplinaire. Elle est réalisable sans aucun soutien visuel pour l'enseignant, afin de pouvoir être effectuée dans n'importe quel lieu (cafétéria, bureau des médecins, desk infirmier, desk du personnel administratif, salle de réunion, etc.). La carte du réseau d'aide et le protocole DOTIP sont distribués durant la formation, fournissant du même coup un support visuel à chaque participant. Le protocole DOTIP n'est d'ailleurs distribué qu'assorti d'une formation, étant conçu comme un outil didactique et non pas comme un manuel.

Les moyens nécessaires à la mise sur pied d'une formation étant très minimalistes et l'équipe de projet flexible du point de vue horaire, un grand nombre de formations ont ainsi pu avoir lieu.

Le modèle de formation a été légèrement adapté afin de correspondre à d'autres contextes, au fur et à mesure des demandes de formations qui ont émergé durant le projet.

4.5.4 Contenus

En menant des formations à l'intention de publics extrêmement variés, certains messages sont apparus comme essentiels à développer, quels que soient les professions représentées et les contextes d'exercice de la profession, tout particulièrement :

- Il s'agit d'ajouter la violence à sa « palette diagnostic », indépendamment de ses préjugés et représentations, tant il est vrai que l'on ne trouve ce que l'on cherche.
- Y penser toujours et être à l'écoute, c'est permettre à la personne de se confier au bon moment pour elle.
- La violence est inacceptable, quelles que soient les circonstances. Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises victimes, de personnes qui ont mérité d'être soumises à de la violence et d'autres non !
- S'occuper de l'ensemble des personnes exposées à la violence, des auteurs et de toutes les victimes, sans porter de jugement et être attentifs aux enfants exposés indirectement.
- L'ensemble des professionnels doit diffuser un message cohérent. La répétition par des sources différentes et significatives du même message est un des principaux facteurs aidant à sortir d'une situation de violence⁶².
- Ne jamais agir seul, on ne peut pas faire à la place des gens ni faire à la place des autres professionnels.

La prise de conscience de ses propres préjugés et représentations est un préalable incontournable à l'application de règles de bonne pratique. C'est pourquoi, la formulation et la discussion de ces représentations tiennent une place centrale dans ces formations.

La formation prévue initialement pour les soignants des services d'urgences s'est développée et adaptée à d'autres publics-cibles et d'autres contextes de travail durant le projet grâce, entre autres, aux initiatives du BEFH, de la police, des partenaires du réseau, etc. Ainsi, la problématique a pris de la visibilité, notamment par la multiplication des formations dispensées à de nombreux publics, aux niveaux local, régional et international. L'annexe III récapitule les corps professionnels et les contextes touchés par les formations DOTIP de 2001 à 2004.

4.6 PERMANENCE DE SOUTIEN ET D'ORIENTATION

L'importance du problème de la violence dans les services d'urgences et la nécessité d'améliorer la qualité de la prise en charge des victimes ayant été confirmées par les développements du projet, il a été décidé d'entreprendre la phase pilote d'une permanence d'aide et d'orientation pour les adultes victimes de violence ou de maltraitance.

Dès les premières réflexions sur un projet de consultation, il n'a jamais été question d'une nouvelle structure hospitalo-universitaire de type « consultation spécialisée ». En effet, la densité et la diversité des services et compétences découvertes dans le réseau local ne justifiaient pas la création d'une structure supplémentaire, une option de toute manière inenvisageable, vu l'état des finances cantonales. Ainsi des besoins, des ressources et des contraintes est né un modèle d'intervention original : une permanence assurée au sein de l'hôpital par du personnel hospitalier et extra-hospitalier, issu des institutions mises en réseau par le projet. Par une utilisation optimale des ressources, ce modèle devrait permettre, d'offrir une aide de qualité aux victimes consultant le CIU, de favoriser le travail en réseau et de développer un niveau de compétences commun à ces professionnels. De plus, il répondait à un besoin fortement exprimé par la police : disposer d'une structure de relais pour les victimes, faisant suite à leur intervention en urgence.

Ce modèle a été appuyé par les avis d'experts en matière d'aide aux victimes de violence, qui préconisent un niveau minimum de compétences, « *niveau que doivent posséder tous ceux et toutes celles qui fournissent des soins de santé. Il comprend les connaissances élémentaires, la capacité de repérer les cas et d'évaluer les*

⁶² Rinfret-Raynor M, Cantin S. Violence conjugale – Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal. Boucherville Québec : Gaëtan Morin éditeur, 1994.

besoins et les services à faire intervenir, l'aptitude à exprimer un intérêt attentif et, enfin l'aptitude à offrir soutien et orientation »⁶³.

Les principes organisateurs de la phase pilote sont :

- D'un point de vue de santé publique, la prévention des violences interpersonnelles implique une réponse spécifique aux besoins des victimes et des agresseurs
- La permanence, durant la phase pilote du moins, souhaite apporter d'abord une réponse spécifique aux besoins des victimes. Parallèlement, la problématique des auteurs et les réponses à développer font l'objet de travaux et d'études sur toute la durée du programme
- Le dispositif de la phase pilote est conçu de manière à assurer un maximum de sécurité tant aux victimes qu'aux professionnels assurant la permanence
- La permanence est sollicitée si, et seulement si les offres existantes d'accueil et d'orientation en urgence (CMP et le SPL Urgences-crise) ne correspondent pas aux besoins et attentes de la victime selon l'appréciation des professionnels du CIU et de la police.

La mission de la permanence « C'est assez » est d'offrir un accueil et une orientation aux adultes victimes de violence ou de maltraitance, suite à l'intervention des professionnels du CIU et/ou de la police. Elle fonctionne du vendredi à 18h au lundi matin à 8h, horaire ainsi défini car les services spécialisés en la matière ne sont pas ouverts le samedi et le dimanche et en aucun cas durant la nuit. Cette permanence est actuellement en phase pilote d'une année (décembre 2003 à décembre 2004). Les répondants qui assurent cette permanence sont des professionnels issus d'institutions de la région qui ont une expérience professionnelle avec les adultes ayant subi de la violence/maltraitance. Ils ont suivi une formation spécifique et, sur appel des urgences ou de la police, se rendent au local de la Permanence pour l'intervention auprès de la personne référée. Les professionnels du CIU ou de la police, en accord avec la victime de violence ou de maltraitance, peuvent appeler le no de la permanence du vendredi 18h au lundi 8h, pour autant que la situation ne relève ni du SPLC, ni de la permanence du CMP, ni de la permanence d'AVP-police. Les professionnels du CIU ou de la police accompagnent la victime à la PMU. La salle d'attente fait face à la réception de la PMU/CIU et permet à la personne d'attendre en toute sécurité l'arrivée du répondant. Un protocole d'évaluation accompagne cette période pilote de même qu'une offre de formation complémentaire.

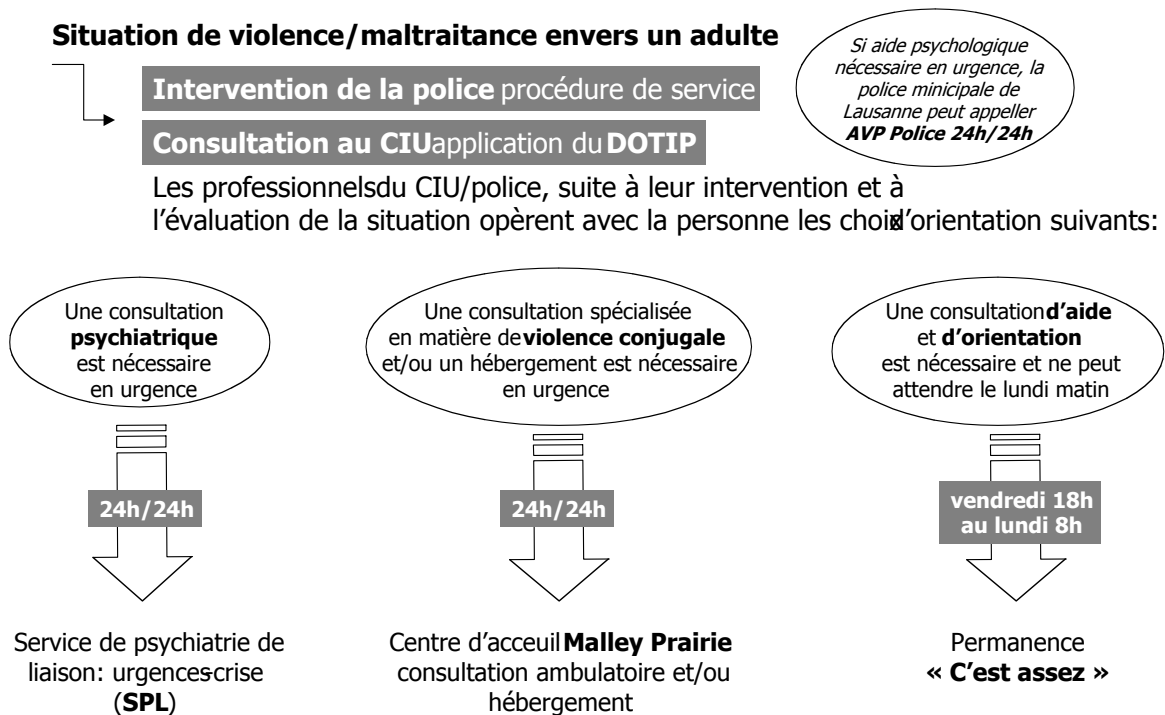
Ces activités ont engendré dans les milieux concernés une attention plus soutenue à la problématique et révélé du même coup les besoins des personnes concernées par la violence. De plus, une première ligne de professionnels s'est constituée munie de nouvelles compétences et souhaitant les activer. Quelles que soient les décisions prises à l'issue de la phase pilote, ce travail communautaire d'information réciproque et de formation dans le domaine de la violence, aura permis de :

- mettre en pratique les préalables à un travail interdisciplinaire, à savoir : se rencontrer, mieux connaître le travail de l'autre et développer un langage commun au sujet de la violence
- vérifier la pertinence d'une action concertée et la nécessité de travailler en réseau
- préparer un terrain propice au développement d'un nouveau projet réalisé en collaboration.

63 Campbell cité par Gillioz L, Gramoni R, Margairaz C, Fry, C. Voir et agir Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes. Genève : Med Hyg, éd. 2003.

Figure 5 : Adultes victimes de violence, que faire en urgence ?

Algorithme d'intervention en cas de violence/maltraitance chez l'adulte



Le professionnel assurant la permanence « C'est assez » offre un suivi d'intervention qui implique :

- d'assurer un accueil et une écoute attentive
- de signifier clairement que la violence est interdite, quelles que soient les circonstances
- d'informer la personne de ses droits, devoirs et obligations
- de recenser avec elle ses besoins prioritaires et ses ressources disponibles dans l'immédiat
- d'établir un plan de protection et un projet pour les prochaines 24 - 48h
- d'identifier avec la personne l'institution la mieux à même de lui venir en aide dans les prochains jours (carte du réseau)
- de compléter et remettre la carte de suivi « C'est assez » contenant les coordonnées de l'institution à contacter (à signer et dater).

Après le départ de la personne, il rédige un bref rapport de synthèse de l'intervention selon le modèle préétabli à l'intention de l'équipe de projet « C'est assez ».

5 CONCLUSIONS

5.1 LES OPPORTUNITES ET LES DIFFICULTES

Un certain nombre de circonstances ont contribué au bon développement de ce projet et renforcé son efficacité et son impact en termes de partenariats, de visibilité et de couverture.

En premier lieu, deux partenaires d'importance pour la problématique (BEFH et CIU) se sont alliés pour lancer ce projet. Leurs besoins et leur volonté d'agir se sont exprimés à la même période et ils sont rapidement tombés d'accord sur les orientations à donner au projet. Les champs d'action de l'un et de l'autre étaient complémentaires : l'équipe de projet disposait d'une expertise disponible dans le domaine pour assurer ce développement et le BEFH ne s'est pas seulement contenté de financer le projet, il a mené en étroite collaboration avec l'équipe de projet, toute une série de tâches orientées spécifiquement sur la prévention de la violence conjugale. Il a ainsi édité une brochure très largement diffusée dans les milieux intéressés, organisé un grand nombre de formations, élaboré un protocole spécifique, mené la campagne « Violence conjugale : vous pouvez en parler », mis sur pied un groupe de parole pour les femmes concernées, etc. Les deux projets se sont ainsi potentialisés, soutenus et fécondés.

La composition du COPIL a également été un facteur important. Dans ce groupe se sont retrouvés des responsables de services, d'institutions, de professions concernées au premier titre par le problème. Le haut niveau d'expertise et l'engagement de la grande majorité des membres ainsi que leur volonté d'aboutir, a contribué à une bonne dynamique du projet. Une bonne partie des personnes impliquées avaient de plus déjà travaillé ensemble et se connaissaient personnellement. Le projet a permis à d'autres de participer à des activités communes (formations interdisciplinaires, conférences, intervention dans les médias, groupe de travail, etc.). Tout ceci a favorisé les discussions et les travaux au sein du COPIL et a certainement permis au projet d'avancer plus rapidement.

L'équipe de projet, formée d'un médecin et d'une infirmière spécialisés en santé publique et communautaire, a développé rapidement une identité de vues quant au sens du projet et à la stratégie à développer. La complémentarité des compétences, le climat de confiance et la possibilité d'échanger régulièrement sur les pratiques observées ont enrichi le travail. De plus, l'équipe n'étant pas constituée de spécialistes de la prise en charge des victimes de violences, elle ne se trouvait pas en compétition avec les services ou les offres existants sur le terrain.

Les institutions spécialisées ont fait preuve d'un grand dynamisme durant cette période. Le CMP a mandaté une étude de besoin sur le canton, suivie de la mise sur pied d'un service d'aide et d'orientation itinérant. Violence et Famille, institution spécialisée dans la prise en charge des hommes violents, s'est développé et a pu ainsi mieux se faire connaître, organiser des formations et développer ses services. Les institutions et les professionnels du réseau local se sont en majorité montrés ouverts, prêts à collaborer, demandeurs d'informations, de matériel, de formations, d'interventions dans les services, etc. Le dynamisme et la réceptivité des partenaires ont permis de créer des liens et d'assurer une bonne couverture à l'ensemble des initiatives.

Par ailleurs, en 2001, la Conférence des chefs de départements de justice et police (CCDJP) a approuvé le choix du thème d'une campagne de prévention portant sur la violence domestique. La mise en œuvre en a été confiée au Centre suisse de prévention de la criminalité (CSPC) de Neuchâtel. Initialement prévu durant les années 2002-2003, ce programme a été prolongé jusqu'en 2004. Il débouchera sur des cours de sensibilisation devant toucher le personnel des polices municipales et cantonales de tous les cantons suisses. L'équipe de projet a été associée à cette

initiative dès la conception du programme national en participant au groupe de travail campagne et formation. Une bonne cohérence des messages a de ce fait pu être maintenue par la présence des uns et des autres au sein des groupes de projets. Les membres de l'équipe de projet ont formé les policiers référents des cantons romands et du Tessin et une partie des policiers de la gendarmerie vaudoise. Cette opportunité a permis d'entretenir des contacts étroits et suivis avec un des milieux professionnels les plus directement concernés par la violence.

Une série d'initiatives politiques et « sociétales » a donné de l'ampleur au programme en le situant d'emblée dans un mouvement d'ensemble relayé par les médias. Les trois années étudiées ici ont vu l'entrée en vigueur d'une modification du Code pénal en matière de violence conjugale (suites de l'initiative von Felten), une modification du Code civil (en voie d'acceptation), le dépôt d'un postulat au Grand Conseil vaudois (O. Jaegger), la campagne « STOP à la violence domestique » du CSPC qui couvre la totalité des postes de police municipaux et cantonaux suisses, la campagne mondiale d'Amnesty International de lutte contre la violence faite aux femmes (soutenue par Mme la Conseillère Fédérale M Calmy Rey).

Du point de vue médiatique, le décès de l'actrice Marie Trintignant en été 2003, frappée à mort par son compagnon, a placé la violence conjugale en première ligne éditoriale des radios, télévisions et journaux francophones durant plusieurs semaines. Si cette affaire a donné au projet une certaine visibilité médiatique, elle a surtout permis à l'équipe de revenir sur les stéréotypes encore si présents dans la population et chez les professionnels. La violence conjugale, à l'évidence, pouvait concerner des personnalités « riches et célèbres » et n'était pas l'apanage des populations marginalisées, dépendantes, migrantes, peu instruites et mal socialisées.

Le projet a également connu des difficultés importantes, tout particulièrement quant à son financement. En effet, les services publics impliqués (DEC et Hospices) n'ont pas pu assurer un soutien conséquent du projet étant donné les difficultés financières de l'Etat de Vaud durant ces années. La survie du projet a été possible grâce à des fonds privés (Fondation Leenards, Fondation Charlotte Olivier et Loterie Romande), avec les incertitudes et les difficultés de planification que ce mode de financement implique.

Il est également nécessaire de souligner les difficultés qu'implique dans un milieu académique le développement d'un projet interdisciplinaire et interprofessionnel, commun à deux départements, donc extrêmement transversal. Si les professionnels directement confrontés aux problèmes ainsi que les services de première ligne bénéficient à l'évidence de ce type de développement, il est par contre beaucoup plus difficile de soutenir une recherche clinique de modèle classique dans un pareil contexte. Cette situation crée pour les professionnels engagés dans ce type de démarche des tensions à la limite du tolérable, entre d'une part la nécessité de faire avancer un projet mobilisateur et jugé utile par la communauté et d'autre part de développer une ligne de recherche académique permettant aux protagonistes de se maintenir en place dans un hôpital universitaire. Aucune réponse satisfaisante n'a été apportée jusqu'ici à cette question.

5.2 PLAN DE DEVELOPPEMENT 2004-2007

A l'issue des 3 premières années du programme, un nouveau plan de développement pour le programme « C'est Assez » a été élaboré et validé par le COPIL en octobre 2003. La possibilité d'identifier des perspectives à moyen terme pour ce projet a été rendue possible par la reconnaissance à titre de priorité stratégique des Hospices-CHUV (Optic) 2004-2007⁶⁴.

⁶⁴ Plan stratégique Hospices-CHUV 2004-2007. <http://hcom.hospvd.ch:8303/pstrat>

Ce plan est la résultante des travaux développés et regroupe les besoins et attentes des partenaires sur 7 axes :

- Monitoring (épidémiologie – statistiques)
- Permanence « C'est assez »
- Partenariat réseau
- Formation
- Recherche
- Coalition cantonale
- Evaluation.

La déclinaison de ces axes en actions implique le développement de mesures concrètes de prévention et d'actions en matière d'aide aux personnes confrontées à la violence.

Le programme vise autant l'action auprès des victimes que des auteurs et reprend dans ses axes de développement une série de recommandations issues du rapport exploratoire de 2001²⁵. Dans ce domaine, une collaboration s'est instaurée fin 2003 avec l'équipe de projet « Violence et psychiatre » composée des Drs B. Gravier et L. Lustenberger. Cette équipe a pour objectif de recenser les besoins et les ressources pour la prise en charge des auteurs de violence et d'étudier la possibilité de créer une équipe ressource pluridisciplinaire. La coordination de ces travaux dès le début de la recherche, avec l'équipe de projet « C'est assez », permettra certainement une utilisation efficiente des ressources et une bonne exploitation des données accumulées par chaque partenaire.

Le plan de développement prévoit la définition des mesures de viabilisation du projet, tant au sein des Hospices que dans d'autres services ou institutions. Ces mesures devront être développées en collaboration avec l'ensemble des partenaires et acteurs du réseau.

Une bonne intégration des travaux relatifs à chaque axe ainsi que la poursuite d'une collaboration intense entre la recherche, la clinique et les expériences de terrain devraient faciliter l'émergence de réponses validées scientifiquement et adaptées aux besoins et ressources locales.

5.3 RECHERCHES A MENER

Vivre dans un contexte de violence, subir de la violence, a des conséquences indéniables sur la santé. Les professionnels de la santé ont donc une responsabilité en matière de détection et de soins aux personnes exposées, quels que soient le type de violence et le contexte dans lequel elle est subie (à la maison, au travail, dans les lieux publics, etc.). Mais ne faudrait-il pas distinguer radicalement les conséquences de la violence sur l'état de santé physique, psychologique et social, du phénomène de la violence ? La violence pour elle-même, est-elle vraiment un problème de santé ou n'a-t-on pas tendance, en ce début de XXI^e siècle, à qualifier de problème de santé publique les questions qui ne trouvent plus de grille de lecture dans des domaines désinvestis ou disqualifiés par la communauté, tels la politique, la morale, la religion ?

Ainsi le problème de la violence est entré dans le champ de préoccupations de la médecine, non plus seulement par les soins somatiques et psychiques aux victimes, mais aussi dans des domaines aussi divers que la santé publique, la prévention, la recherche en neurosciences, la psychopharmacologie, la médecine légale, l'éthique, etc.

Sans vouloir trouver des réponses à l'ensemble des questions, il peut s'avérer intéressant de s'interroger déjà sur la segmentation actuelle du concept dans son acception médico-sociale. En effet, les typologies proposées sont multiples et se révèlent parfois peu fonctionnelles dans le cadre de la recherche, de l'activité médicale ou de la formation.

Nous trouvons ainsi des catégories conceptuelles :

- par types de violence : physique, psychologique, sexuelle, économique, négligence, carence d'apport, etc.
- par protagonistes : victimologie versus prise en charge des auteurs
- par contexte : domestique, public, conjugal, communautaire, professionnel, etc.
- par tranche d'âge : période périnatale, petite enfance, enfance, adolescents et jeunes adultes, adultes, personnes âgées, très grand âge
- par genre : violence des hommes envers les femmes, violence des femmes envers les hommes, des hommes envers les hommes, etc.

Ces concepts ne sont pas que des modèles abstraits. Ils ont des répercussions sur les structures mises en place pour prévenir, orienter, soigner, combattre le phénomène (structures médicales, psychiatriques, sociales, judiciaires, pénitentiaires, bas seuil, migrants, guidance infantile, femmes, personnes âgées, ambulatoire, résidentielle, etc.).

De plus, cette segmentation du problème de la violence prédispose à une limitation du champ d'investigation et d'intervention, qui peut s'avérer dangereusement réductrice. Pour le moins, elle limite les possibilités de lecture systémique des problèmes et de fécondation réciproque des disciplines et domaines.

Ainsi ces conceptions forgent non seulement le référentiel de l'intervenant socio-sanitaire, mais également les conditions de sa pratique et mériteraient d'être mieux comprises.

L'examen de l'histoire sociale récente (30 dernières années) de l'évolution de ces conceptions et catégories permettrait d'éclairer les raisons des choix de telle ou telle typologie, de la mise sur pied de tel ou tel type de structure, de propositions éventuellement écartées. Il permettrait de comprendre ces choix et de découvrir d'éventuelles autres pistes. Une analyse précise des processus à l'œuvre ces dernières années (points de vue historique, sociologique, éducatif, professionnel, etc.) ayant abouti aux modèles actuels, devrait permettre d'identifier les erreurs, échecs, résistances, et facteurs favorisants.

Ces données devraient aboutir à des propositions mises en perspectives et éventuellement originales, ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent.

En effet, pour le moment les mesures et structures de prévention et d'intervention proposées le sont en référence soit à ce qui existe pour d'autres problématiques, soit ce qui existe dans d'autres pays. Des données issues d'une recherche interdisciplinaire effectuée sur la réalité locale pourraient alors orienter des développements ayant plus de chance de succès à l'avenir.

6 ANNEXES

ANNEXE I MEMBRES DU COPIL

Présidente

Mme la Conseillère d'Etat J. Maurer-Mayor, Cheffe du Département de l'Economie (DEC)

Vice-Président

M. le Prof B. Yersin, Médecin-chef du CIU-CHUV

Membres

Dr D. Peter, Médecin-chef du Service de psychiatrie de liaison Urgences-Crise (SPL)-CHUV

Mme N. Golay, Cheffe du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH)

Mme S. Mihoubi-Culand, Directrice du Centre d'accueil Malley-Prairie (CMP)

Mme I. Dudan, Assistante sociale de la maternité-CHUV

M. le Commandant P. Moser, Etat-major, Police cantonale vaudoise

M. B. Decrauzat, Secrétaire général, Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (DSAS)

Mme le Juge F. Dessaux, Juge d'instruction cantonale vaudoise (substitut)

Dr M. Junod, Médecin, représentant du Groupement des Médecins Généralistes Vaudois (GMGV)

M. P. Jaquier, Directeur du Centre de consultation LAVI

M. P. Beetschen, Chef de projet responsable à la Fondation Leenaards

Invités permanents

Dr M.-Cl. Hofner, responsable de projet

N. Viens Python, chargée de recherche

Modifications en 2003

Intègrent le COPIL :

M. le Prof. P. Mangin, Directeur de l'Institut universitaire de médecine légale (IUML), en raison de l'importance croissante de la médecine légale dans la prise en charge médicale de la violence.

M. E. Toriel, Secrétaire général du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), en remplacement de M. B. Decrauzat

M. Y. Rossier, Administrateur représentant de la Direction générale des Hospices, impliqué dans la gestion financière du projet, est invité permanent au COPIL.

Quitte le COPIL :

M. P. Beetschen démissionne étant donné son changement d'activité professionnelle. La Fondation Leenaards n'est dès lors plus représentée au COPIL depuis fin 2003.

Modifications en 2004

Intègrent le COPIL :

Dr. S. Renteria, Médecin associé du département de gynécologie-obstétrique/CHUV, en remplacement de Mme I. Dudand.

Mme C. Schaub, Cheffe de service de la prévoyance et de l'action sociale (SPAS), dans la mesure où son service a la responsabilité d'une grande partie des institutions sociales concernées par la violence et en particulier du Centre LAVI.

M. C. Anglada, Coordinateur Violence et Famille de la Fondation Jeunesse et Familles, au titre de représentant de l'unique institution locale s'occupant de la prise en charge non-médicale des auteurs de violence conjugale.

ANNEXE II RECAPITULATIF DES LIEUX OU SE SONT DEROULES UNE OU PLUSIEURS FORMATIONS DOTIP, PAR PUBLIC-CIBLES

Corps professionnel	Publics-cible
Médecins et infirmiers	CIU – formations brèves dans pour les couloirs de médecine et de chirurgie
	Membres du Groupe de travail du projet
	Psychiatrie de liaison du CHUV
	CIMPV - HUG Genève
	Formation continue romande en médecine d'urgence et de catastrophes
	Permanence Vidy-med
	PMU - Lausanne
	Psychiatrie Cery
	Hôpitaux du Jura (Delémont, Porrentruy, Saignelégier)
	Atelier lors du congrès international Urgences Paris
Médecins hospitaliers	PMU, formation médicale continue
	Service de gynécologie –obstétrique du CHUV, formation continue
	Dpt. de médecine interne du CHUV, colloque de formation post-graduée
	CIU- service de médecine, formation continue
Etudiants en médecine	Faculté de médecine de Lausanne, 4 ^{ème} année, cours de gynécologie
Médecins installés	Société Vaudoise de Médecine (Lausanne)
	Société scientifique de médecine générale de Belgique (Lièges)
	Société jurassienne de médecine (Delémont, Porrentruy, Glovelier)
Infirmiers	CIU – colloque mensuel
	PMU – colloque infirmier
	Service d'ORL du CHUV
	DSI – ICUS - ICS
	Atelier de formation du congrès mondial francophone de soins infirmiers
	Hôpital de zone de Morges
Sages-femmes - puéricultrices	Formations organisées par le BEFH pour l'ensemble du canton de Vaud
Aumôniers	Colloque de formation continue des aumôniers du CHUV et formation des aumôniers du canton de Vaud
HES santé-social	Journée de formation sur la violence domestique
Ambulanciers	Formation professionnelle de l'Ecole romande de Bois Cerf

Corps professionnel	Publics-cible
Policiers	Policiers multiplicateurs des cantons romands et du Tessin, campagne nationale « Stop à la violence domestiques » Institut suisse de prévention de la criminalité, Neuchâtel
	Policiers vaudois : cadres de la police cantonale et des polices municipales (yc Lausanne)
	Ecole d'aspirants de la Police municipale de Lausanne
Ensemble des professionnels d'un réseau /d'une institution	Professionnels des institutions du réseau de Lausanne et environ. 53 institutions des domaines suivants : soins, social, juridique, migrants, personnes âgées, seuil bas (Lausanne)
	Professionnels du réseau jurassien en matière de violence/maltraitance (Delémont, Saignelégier, Porrentruy)
	Partenaires du réseau violence domestique de la ville de La Chaux de Fonds : (police municipale, centre Lavi, Office des mineurs, Solidarité Femmes, Centre social)
	Colloque de formation continue du Centre Social Protestant de Lausanne
	Plate-forme romande Femmes-Dépendances Rel'ier
Professionnels spécialisés dans le domaine de l'aide aux victimes	Groupe interdisciplinaire enfance et violence familiale : Faire le Pas, CMP, ViFa, Tel Me, Familles solidaires, ProFa. Colloque de formation continue du CMP
Médiateurs culturels	Formation violence domestique Appartenance
Ecoutants bénévoles	Répondants de la Main Tendue

Liste des parutions

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M.* Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 30.-
- N° 5 *Egglı Y, Yalcin T, Basterrechea L.* Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 6 *Egglı Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T.* Tableaux de bord et de suivi conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 7 *Nguyen N, Egglı Y, Ruchet T, Schenker L.* Prévision budgétaire . Instructions, méthode et manuel d'utilisation. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 20.-
- N° 8 Manuel du Programme « Qualité » des Hospices. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 15.-
- N° 9 *Meystre-Agostoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F.* Dépistage du cancer du sein par mammographie : évolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 12.-
- N° 10 *Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbios Piot I, Michaud P-A.* Santé des jeunes en rupture d'apprentissage : une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 11 *Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P-A.* Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 12 *Berthoud A, Michaud P-A.* Accompagnement et prévention des ruptures d'apprentissage : une recherche menée dans les cantons romands. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-

- N° 13 *Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F.* L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels : version abrégée. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 12.-
- N° 14 *Ferron C, Michaud PA, Dubois-Arber F, Chollet-Bornand A, Scheder P-A.* Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 15 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccand F, Calame A.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 2). Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 16 Les professions de la santé. Guide des formations. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 20.-
- N° 17 *Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B.* La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 18 *Dubois-Arber F, Haour-Knipe M.* Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 19 *Vader JP, Porchet F, Larequi-Lauber T, Burnand B.* Indications à la laminectomie : adéquation et nécessité. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20a *Huisoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20b *Huisoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996 : version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 21 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation des effets induits de l'Opération Nez rouge. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 22 *Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B.* Evaluation des Aktionsprogrammes "Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997". Evaluation of the "Women's Health: HIV Prevention Programme 1994-1997". Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 23 *Livio F, Buclin T, Yersin B, Maghraoui A, Burnand B, Biollaz J.* Hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux : recensement prospectif dans un service d'urgences médicales. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 35.-
- N° 24 *Narring F, Michaud PA.* Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 25 *Cassis I, Burnand B, Decrey H, Jacquet B, Bertona M, Pécond A, Paccand F.* La consultation des 50 ans : prévention et promotion de la santé en entreprise. IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 26 *Peer L, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation de la mise en œuvre du programme Interface : Rapport final. IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 27 *Bouzzourène K, Burnand B, Gallant S, Ricciardi P, Richard JL, Sudre P, Iten A.* Evaluation de la qualité de vie chez les personnes infectées par le VIH. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 28 *Richard JL, Bouzzourène K, Gallant S, Ricciardi P, Sudre P, Iten A, Burnand*

- B. Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 29 *Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 30 *Beroud C, Eggli Y, Fossati M, Perret A.* Satisfaction du personnel des Hospices cantonaux en 1996. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 31 *Beroud C, Eggli Y, Perret A.* Satisfaction des patients du CHUV en 1996-1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 32 *Blanc JY, Chavaç N, Dubois A, Pegda JE, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation du programme vaudois d'hospitalisation à domicile (HAD) : Rapport sur la première année d'activité. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 33 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 4 ans dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 3). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 34 *Meystre-Agustoni G, Cornuz J.* Carrières de fumeurs : facteurs entravant ou facilitant l'abandon de la cigarette. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 35 *Castillo V, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Bogousslavsky J.* Revue des hospitalisations du service de neurologie du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 36 *Hascoet C, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Hauri S, Gillet M.* Revue des hospitalisations du service de chirurgie générale du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 37a *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 37b *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Les aspects sanitaires du travail de la police auprès des consommateurs de drogues. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 38 *Geense R, Huissoud T, Gervasoni J-P.* Evaluation du bus de l'Association « Fleur de Pavé » : structure d'accueil pour femmes prostituées. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 39 *Santos-Eggimann B, Dubois A, Chavaç Cirilli N, Blanc J-Y, Peer L, Najda A.* Evaluation médicale du programme vaudois d'hospitalisation à domicile : rapport final. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 22.-
- N° 40 *Hausser D.* Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses : analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 41 *Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Kessler D, avec la collaboration de Delbos Piot I.* 'Médiateurs' et prévention du VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 17.-
- N° 42 *Kellerbals C, Gervasoni J-P.* Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de Mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Drogue (ProMeDro). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 43 *Zobel F, Gervasoni J-P, Jeannin A.* Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales) dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Lausanne : IUMSP,

1999. CHF 15.-
- N° 44 *Marty-Tschumi E.* Etude sur le suicide en Valais. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 45 *Thomas R, Dubois-Arber F.* Evaluation du programme HSH de l'Aide Suisse contre le sida : 2ème phase : 1998-1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 46 *Geense R, Kellerhals C.* Evaluation de l'impact de l'Opération Nez rouge pendant la Fête des vigneronns 1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 47 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T, Bachmann N, Cloetta B, Chamot E, Bauer G, Faisst K.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Document de synthèse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 48 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Meystre-Agustoni G.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Etude 1 : évaluation de la conception et de la mise en œuvre de la stratégie au niveau national (évaluation globale). Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 49 *Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T.* Evaluation des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes, Phase I, 1999. Studie 2: Inventar der vorhandenen Datenquellen und Indikatoren. Basel: ISPM der Universität Basel, 2000. CHF 18.-
- N° 50 *Bachmann N, Haerter A, Cloetta B.* Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase I, 1999. Studie 3: Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung der vier Krebsbekämpfungsprogramme. Bern : ISPM der Universität Bern, 2000. CHF 20.-
- N° 51 *Treina L, Burmand B, Paccaud F.* Analyse économique du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique par hormonothérapie substitutive chez la femme. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 52 *Célis-Gennart M, Vannotti M.* L'expérience intersubjective de la maladie chronique. Ces maladies qui tiennent une famille en haleine Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 25.-
- N° 53 *Jeannin A, Schmid M, Huynh Do P.* Mise en œuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2000. Etat des activités en 1999 dans les différents domaines sous les angles de la couverture et de la durabilité. Lausanne : IUMSP, 2000, CHF 20.-
- N° 54 *Raynault MF, Paccaud F.* Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse. Travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 55 *Meystre-Agustoni G, Wietlisbach V, Paccaud F.* Renforcer la prévention des maladies et la promotion de la santé dans l'entreprise : évaluation des besoins et de l'intérêt des collaborateurs pour le renforcement de la politique sanitaire développée par l'entreprise Nestlé sur son site de Vevey-Bergère. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 56 *Peer L, Santos-Eggimann B.* En collaboration avec : Cotting J, Droz R, Hutmacher A, Long N, Müller-Nix C, Vibert M. Parents d'enfants hospitalisés dans une unité de soins intensifs : une étude exploratoire de leur vécu. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 57 *Moreau-Gruet F, Coda P, Gervasoni JP.* Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission sexuelle du VIH. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 58 *Polikowski M, Lauffer R, Renard D, Santos-Eggimann B.* Etendue des prestations de l'assurance-maladie sociale : le catalogue des

- prestations est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité ? Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 48.-
- N° 59 *Thomas R, Haour-Knipe M, Huynh Do P, Dubois-Arber F.* Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 60 *Hofner M-C, Ammann Y, Bregnard D.* Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud. Résumé et recommandations. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 10.-
- N° 61 *Cathieni F, Di Florio V, Picard-Kossowsky M, Perneger T, Burnand B.* Projet qualité hôpitaux universitaires de Genève - Hospices cantonaux. Evaluation comparative de quatre questionnaires de satisfaction des patients hospitalisés. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 20.-
- N° 62 *Samitca S, Geense R, Huisoud T, Morency P, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne : Le Passage et le Point d'eau. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 15.-
- N° 63 *Huisoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis-dit-Neveu V, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud : deuxième phase d'évaluation 1998-2000. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 25.-
- N° 64 *Renard D, Chérif C, Santos-Eggimann B.* Organisation des soins palliatifs dans le canton de Vaud : rapport au Service de la santé publique du canton de Vaud et à la Direction du Service des hospices cantonaux. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 32.-
- N° 65 *Cornuz J, Seematter-Bagnoud L, Sidoti Pinto C.* Bilan de santé à 50 ans. Formation des médecins praticiens en prévention clinique. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 12.-
- N° 66 *Spencer B, So-Barazetti B, Glardon M-J, avec la collaboration de Scott S.* Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 35.-
- N° 67 *Marguerat I, Halfon P, Stoll B, Lambert H, von Overbeck J, Alberti M, Burnand B.* Qualité des soins ambulatoires : opinion des patients infectés par le VIH. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 35.-
- N° 68 *Cornuz J, Abelin Th, El Febri V, Gafner C, Gutzwiller F, Hirsch A, Rielle J-Ch, Zellweger J-P.* Désaccoutumance au tabac : recommandations d'un panel d'experts. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 10.-
- N° 69 *Cornuz J, Auguste R, Wietlisbach V, Paccaud F.* Tobacco use and attitudes towards a smoke-free policy : a survey in the World Health Organization in Geneva. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 10.-
- N° 70 *Faisst K, Ricka-Heidelberger R.* Mammographie-Screening in der Schweiz: Eine retrospektive Analyse zur Umsetzung. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 15.-
- N° 71 *Cochand P, Singy P.* Développement identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande. Lausanne : DUPA, 2001. CHF 10.-
- N° 72 *Meystre-Agostoni G, Dubois-Arber F, Morency P, Cochand P, Telenti A.* Les thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) du point de vue du patient. Lausanne : IUMSP, 2001. CHF 15.-
- N° 73 *Klaue K, Moreno C, Rua M.* Evaluation d'un Espace de Prévention dans le cadre du Festival de Jazz de Montreux 2001 : La Scène Bleue. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 15.-
- N° 74 *Cornuz J, Etienne S, Giorgis B, Burkhalter H.* Prévention en pratique

- médicale ambulatoire. Un guide de prévention et de promotion de la santé chez les patients de 50 ans consultant un médecin de premier recours. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 10.-
- N° 75 *Cortolezzi C, Mubim D.* L'éducation sexuelle dans le canton de Vaud (1969-2001) : un exemple d'intégration des risques dans une vision positive de la sexualité. Lausanne : IUHMSP, 2002. CHF 30.-
- N° 76 *Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F.* Drogues illégales et santé publique, stratégie de la Confédération : étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4ème phase 1999-2003. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 15.-
- N° 77 *Kellerhals C, Thomas R, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F.* Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales : monitoring 1999-2000. Etude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro 4ème phase 1999-2003. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 15.-
- N° 78 *Kübler D, Neuenschwander P, Papadopoulos Y, unter Mitarbeit von Sartori C und Stamm S.* Aidspolitik in der Schweiz: Welche Normalisierung? Normalisierungsszenarien und neue Partnerschaften in der HIV / Aidsprävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen. Lausanne: IUMSP, 2002. CHF 20.-
- N° 79 *Zobel F, Arnaud S.* Un système d'alerte pour les drogues illégales : développement de scénarios. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 12.-
- N° 80 *Meystre-Agustoni G, Geense R, Dubois-Arber F, avec la collaboration de Gervasoni J-P, Huisoud T, So B.* Prévention de l'abus de l'alcool en Valais : suggestions pour la suite de la campagne 'Combien?'. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 20.-
- N° 81 *Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F.* Avec la collaboration de Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, Moreau-Gruet F. Programme national VIH/SIDA 1999-2003 : état et dynamique de la mise en œuvre à fin 2001. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 22.-
- N° 82 *Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B, Zobel F, Morency P.* Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie. L'appréciation des responsables des programmes. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 22.-
- N° 83 *Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France). Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 18.-
- N° 84a *Ernst M-L, Spencer B, avec la collaboration de Hauser-Schönbächler G. et Thomas R.* Prévention de la toxicomanie auprès des jeunes : le rôle de la police, des tribunaux et des juges de mineurs. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 15.-
- N° 84b *Ernst M-L, Spencer B, unter Mitarbeit von Gerhard Hauser-Schönbächler G. und Thomas R.* Suchtprävention bei Jugendlichen : Die Rolle der Polizei und der Jugendgerichte. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 15.-
- N° 85 *Klaue K, Spencer B, Balthasar, avec la collaboration de Barbara So-Barazetti.* Santé sexuelle et reproductive en Suisse. Lausanne: IUMSP, 2002. CHF 35.-
- N° 86 *Huisoud T, Benninghoff F, Samitca S, Geense R, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le Canton de Vaud et évaluation des projets financés par le Canton de Vaud: troisième période d'évaluation 2000-2002. Cahier 1. Lausanne : IUMSP, 2002.

- CHF 20.-
- N° 87 *Huisoud T, Benninghoff F, Samitca S, Geense R, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le Canton de Vaud et évaluation des projets financés par le Canton de Vaud: troisième période d'évaluation 2000-2002. Cahier 2 : données par structure. Lausanne : IUMSP, 2002. CHF 25.-
- N° 88 *Klaue K, Michaud P-A.* Le médecin scolaire en questions : quel devrait être son rôle dans les dispositifs de santé scolaire ? Lausanne . IUMSP, 2003. CHF 15.-
- N° 89 *Dubois-Arber F, Ackermann-Liebrich U, Cloetta B, Faisst K, Chamo E. et al. Bastard B, Bisegger C, Bringolf B, Cardia-Vonèche L, Chenou I, Dellenbach M, Farley C, Gervasoni J-P, Klaue K, Meystre-Agustoni G, Quinto C, Reiner C, Ricka-Heidelberger R, Seifert B, Specht R, Tanda I, Zeyen Bernasconi P.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase II - 2002 : document de synthèse. Lausanne : IUMSP, 2003. CHF 16.-
- N° 90a *Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, Benninghoff F, Klaue K, Paccaud F.* Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse : septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne : IUMSP, 2003. CHF 25.-
- N° 90b *Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, Benninghoff F, Klaue K, Paccaud F.* Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz : Kurzfassung des siebten Syntheseberichts 1999-2003. Lausanne: IUMSP, 2003.
A paraître
- N° 91 *Lucas E, Martin Y, Cuttelod S, Buclin T.* Prescription médicamenteuse dans les EMS vaudois : IUMSP 2004
- N° 92 *Michaud PA, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Narring F.* Santé et styles de vie des adolescents âgés de 15 à 20 ans en Suisse (2002). Smash-2002 : Swiss multicenter adolescent study on health, 2002 et 2ème enquête. Lausanne : IUMSP, 2003.
- N° 93 *Samitca S, Huisoud T, Dubois-Arber F.* Evaluation du projet de l'OMSV 'Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées'. Lausanne : IUMSP, 2003
- N° 94 *Balthasar H, Jeannin A, Benninghoff F, Spencer B.* Demandes d'interruption volontaire de grossesse dans le canton de Vaud : Analyse des données 2002. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 95a *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud P.A.* Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 95a* *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud P.A.* Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). Résumé. SMASH 2002. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 95b *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud P.A.* Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 95b* *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V,*

- Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud P.A.* Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). Kurzfassung. SMASH 2002. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 95c *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud P.A.* Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 95c* *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud P.A.* Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). Riassunto. SMASH 2002. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 96 *Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A* avec la participation de *Thomas R.* Evaluation de la mise en œuvre du programme VIH/SIDA de 1999 à 2003: L'utilisation des offres de prévention et du matériel. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 97 *Klaue K.* Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. Jeunes: revue de littérature. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 98 *Meystre-Agustoni G.* Populations particulières et prévention du VIH/SIDA. Les travailleurs du sexe: revue de littérature. Lausanne: IUMSP, 2004
- N° 99 *Balthasar H.* Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. Les jeunes homosexuels et bisexuels masculins: revue de littérature. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 100 *Huissoud T, Solai S, Dubois-Arber F.* Evaluation du projet UNISSET. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 101 *Zobel F., Ramstein T, Arnaud S.* Les interventions publiques nationales en matière d'abus de substances et de dépendances. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 102 *Solai S, Benninghoff F, Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection "Quai 9" à Genève. Deuxième phase 2003. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 103 *Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F.* Evaluation de Quai 9 «Espace d'accueil et d'injection» à Genève. Période 12/2001-12/2002. Lausanne : IUMSP, 2003.
- N° 104 *Hofner M-C, Viens Python N.* « C'est assez », Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence. Origine et développements 2000-2004. Lausanne : IUMSP 2004.