

Deux processus de sanitatisation. L'action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse romande

Pauline Delage, Marta Roca i Escoda

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2018/3 Vol. 36 , PAGES 37 À 62
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

ISBN 9782742015603

DOI 10.1684/sss.2018.0118

Date de mise en ligne : 03/10/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2018-3-page-37?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Deux processus de sanitarisaton L'action publique contre les violences dans le couple dans deux cantons de Suisse romande

Pauline Delage*, Marta Roca i Escoda**

Résumé. Historiquement, et dans les politiques publiques internationales, la question des violences conjugales est entendue comme l'un des produits et l'un des leviers des rapports de genre et des inégalités entre femmes et hommes. Or, avec l'institutionnalisation du problème public, ce mode de formulation est l'objet de luttes définitionnelles entre les acteurs de l'action publique contre les violences. Cet article propose d'étudier les évolutions de la compréhension de la violence conjugale par le secteur médical et de la santé. En comparant deux cantons de la Suisse romande, Genève et Vaud, cet article traite de la construction des catégories de l'action publique et propose d'analyser comment des professionnel-le-s de la santé de chaque canton ont pu façonner, voire transformer, la définition de la violence conjugale.

Mots clés : *violences conjugales, santé publique, médicalisation, sanitarisaton, genre, Suisse*

* Pauline Delage, sociologue et politiste, chargée de recherche, CRESPPA-CSU, 59-61 rue Pouchet, 75849 Paris cedex 17, France ; ppauline.delage@gmail.com

** Marta Roca i Escoda, sociologue, Université de Lausanne, Quartier UNIL-Mouline, Bâtiment Géopolis, CH-1015 Lausanne, Suisse; marta.rocaescoda@unil.ch

Cette recherche a été financée par le Fonds National Suisse pour la recherche scientifique (FNS), « Émergence et reconfigurations d'un problème public. Les violences faites aux femmes en Suisse (1970-2012) » (N° FNS 100017_149480).

En Suisse, comme dans d'autres pays, le problème des violences dans le couple a fait son apparition dans la sphère publique suite aux dénonciations et revendications féministes qui ont émergé dès les années 1970. L'approche formulée par les féministes envisage ces violences comme une question de genre, produit d'inégalités structurelles entre les hommes et les femmes (Hammer, 1977 ; Weldon, 2002). Si elle s'était imposée, au cours de ces dernières décennies, cette perspective s'est articulée à d'autres approches notamment issues du domaine de la santé. En comparant deux cantons de la Suisse romande, Genève et Vaud, cet article traite des logiques multiples qui façonnent ce processus de changement de perspective et de perception du problème. Plus concrètement, nous proposons d'analyser la construction des catégories de l'action publique pour comprendre comment des professionnel-le-s de la santé ont pu façonner, voire transformer, la définition féministe de la violence dans le couple¹. Pour ce faire, notre analyse se concentre sur les médecins impliqués dans les dispositifs de prise en charge de cette forme de violence, et nous montrerons comment ceux-ci participent de la conception et de l'opérationnalisation des politiques publiques sanitaires.

L'intérêt d'étudier le contexte helvétique et de comparer deux cantons tient au caractère décentralisé de son système politique, à la complexité de ses institutions et à la pluralité des réseaux d'action publique (Kriesi, 1995), qui permet d'éclairer la variabilité des réponses apportées dans un même cadre national (Kriesi et Trechsel,

(1) La dénomination du problème change en fonction des contextes historiques et des acteurs de l'action publique ; elle soulève également des enjeux définitionnels que nous souhaitons traiter dans cet article. Si l'expression « femmes battues » domine dans les années 1970, elle a progressivement été abandonnée par les associations féministes et les pouvoirs publics au profit de « violences conjugales » pour éviter de centrer l'attention sur les violences physiques. Toutefois, à partir des années 2000, en Suisse romande, l'appellation « violences domestiques » s'impose et souligne des transformations du mode de traitement de ce problème. Nous utiliserons dans cet article « violences dans le couple » comme expression générique pour souligner la spécificité de ce type de violences par rapport à d'autres (comme celles commises envers les enfants ou les personnes âgées). Au cours du texte, utiliser « violences conjugales » ou « violences domestiques » permettra de renvoyer aux discours des acteurs cités et d'éclairer ainsi les changements institutionnels qui s'opèrent dans la période étudiée.

2008)². Ce contexte permet également de saisir l'action publique à une petite échelle, dans deux cantons proches et peuplés d'environ 490 000 habitants à Genève et 750 000 dans le canton de Vaud. Les acteurs investis dans la lutte contre les violences étant peu nombreux, on assiste à une forte personnalisation de l'action publique (Hassenteufel, 2008)³.

De la même façon, les rapports entre santé et violence sont envisagés et traités en prenant en compte des spécificités cantonales. On pourrait parler d'un problème « fluide » (Dourlens, 2009) pour lequel des approches coexistent et sont en concurrence dans l'espace public et institutionnel. En outre, ces approches ne sont pas statiques ; elles évoluent à travers le temps et des changements définitionnels ne sont pas sans conséquence en termes d'action publique.

Méthode

Nous avons adopté une approche historique et monographique de la définition conceptuelle par les acteurs, ainsi que de la problématisation et de la prise en charge dans les politiques publiques de la question des violences dans le couple dans ces deux cantons. À partir d'une approche microsociologique de l'action publique, centrée sur les lieux où elle se dessine et se négocie (Roca i Escoda, 2009 ; Berger, 2009), nous souhaitons analyser les origines et évolutions de la prise en charge des violences dans le couple, en soulignant les mobilisations et les actions, individuelles et collectives, à l'œuvre dans un tel processus (Gilbert et Henry, 2009 ; Cefai, 2001). Notre pari est donc de traiter l'action publique sans exclure le rôle des individus qui y participent et qui la façonnent (Cantelli *et al.*, 2009).

Notre approche ethnographique et sociohistorique a servi à retracer le cheminement de l'émergence, des configurations et des reconfigurations du problème des violences faites aux femmes en Suisse

(2) Le système sanitaire suisse est décentralisé. Ce sont les cantons qui ont la compétence en matière sanitaire et sociale.

(3) À ne pas confondre avec les études sur l'individualisation et la territorialisation de l'action publique, notamment, menées dans un contexte français très centralisé, pour analyser les conséquences d'une nouvelle dynamique de décentralisation (Ravon, 2008 et Berthet, 2010).

dans la période 1970 - 2012. Nous avons décrit les façons dont les acteurs ont compris les problèmes, car c'est cette compréhension (Cefaï et Terzi, 2012) qui, en aval, a conduit à configurer les contextes qui encadrent et nourrissent les actions politiques dans le domaine des violences faites aux femmes aujourd'hui. Plus spécifiquement, la thématique des « violences domestiques » est appréhendée en tant que « catégorie de l'action publique » (Zimmermann, 2003 : 241). Cette démarche implique d'identifier et de décrire des dynamiques de l'action publique tant cantonales que nationales (Delage *et al.*, à paraître).

Un travail d'analyse documentaire à partir des archives institutionnelles, associatives et militantes⁴ a permis de retracer l'histoire de la prise en charge, l'évolution dans le cadrage des violences conjugales. Pour saisir les prises de position explicites qui ont contribué à édifier la politique contre les violences faites aux femmes, nous avons mené une quarantaine d'entretiens approfondis avec des acteurs et actrices-clefs des mondes juridique, politique, associatif et notamment de la santé, qui ont su imposer leur vision et conception du problème.

Au niveau cantonal, la gestion du problème des violences domestiques n'est pas du ressort du département de la santé⁵ mais de celui de la sécurité et police (Genève) ou de l'Égalité (Vaud). Cependant, dès la fin des années 1990, dans les deux cantons, deux acteurs-clefs appartenant au domaine de la santé ont largement contribué à la redéfinition du problème. En nous centrant sur les actions de ces deux médecins, nous allons montrer comment deux logiques différentes du processus de sanitisation se sont installées et sont entrées en concurrence avec la perspective féministe sur la question des violences dans le couple.

L'histoire du traitement des violences dans le canton de Genève montre comment des acteurs de la santé et du secteur médico-social se

(4) Plus concrètement, nous avons dépouillé des archives institutionnelles (débat législatifs, rapports d'activité des instances concernées au niveau cantonal et fédéral), des archives militantes (associatives), et les associations-phares de la prise en charge du problème (Solidarité Femmes, Viol Secours, Vires, Malley Prairie, Centres LAVI).

(5) En Suisse, des publications institutionnelles récentes montrent qu'au niveau fédéral les violences conjugales ne sont toujours pas perçues comme un problème de santé publique, impliquant l'élaboration d'un large programme de prévention (Renschler *et al.*, 2005a).

sont investis dans l'action publique contre les violences, sans pour autant les définir en tant que problème de santé publique mais comme une question médicale, tandis que le contexte vaudois atteste d'une institutionnalisation plus lente et orientée dans l'optique de la santé publique. Si le cas genevois illustre une approche clinique et médicale du problème, dans la mesure où il s'agit du « basculement d'enjeux sociaux et moraux dans le champ médical » (Collin et Jacob Suissa, 2007 : 27)⁶, dans le canton de Vaud, la violence est davantage formulée comme un problème de santé publique qui nécessite une intervention communautaire (Massé, 1999)⁷. Comme nous allons le montrer, ces modes de problématisation différenciés ont contribué à transformer le problème et à produire des approches divergentes.

Violences conjugales et santé : les conditions d'une rencontre dans les années 1990

Dans les deux cantons, l'institutionnalisation du problème des violences dans le couple a lieu à la fin des années 1990. Dans le cadre de cette prise en charge, deux médecins sont sollicités pour mettre en place des dispositifs de lutte contre la violence, en général, à Genève ; et contre les violences conjugales, en particulier, dans le canton de Vaud.

Une médecine des violences à Genève

Pédiatre formé à la fin des années 1970 et au début des années 1980, le docteur Halpérin est à l'initiative de la fondation d'une Consultation Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (CIMPV) à Genève, en 1997. En tant que responsable des urgences pédiatriques de l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG), le pédiatre Halpérin est réputé pour son travail au sein d'une équipe constituée de psychologues, de travailleurs et travailleuses sociaux et de légistes qui cherche à détecter la maltraitance sur les enfants et à

(6) Cette définition est relativement lâche et permet ici de distinguer l'approche développée en santé publique. Pour une critique de l'inflation d'usages de la notion de médicalisation, voir Luc Berlivet (2011).

(7) Approche qui situe les préoccupations liées à la santé davantage dans l'environnement et inclut les aspects psychologiques, sociaux et les éléments physiques dans la conception de la santé (Renschler et al., 2005a: 80).

accompagner les professionnel-le-s de la santé, en premier lieu les infirmières, à prendre en charge les situations repérées. À partir d'un échantillon de 1 000 enfants de 14 ans, il a également mené à Genève une enquête épidémiologique sur la maltraitance pour mieux connaître l'ampleur du phénomène (Halpérin *et al.*, 1997). En 1997, le Ministre en charge du département de l'action sociale et de la santé de l'État de Genève mandate le docteur Halpérin de l'HUG sur la construction d'un projet de prise en charge des violences⁸. Un article rédigé en 2002 par le docteur Halpérin met en exergue le principe au fondement de la création d'une médecine des violences : « La violence blesse, elle casse, elle affaiblit, elle rend malade. Bref, elle n'est pas bonne pour la santé » (Halpérin, 2002 : 207). Il s'agit donc de lutter contre la violence en général, celle-ci étant considérée un « facteur susceptible d'entraîner une morbidité très diversifiée » (ibid.) et qui se traduit par des lésions et des troubles psychiques. Le docteur Halpérin propose de créer une unité au sein du département de médecine communautaire, « non psychiatrique, non médico-légale, mais de médecine générale qui s'intitule médecine de la violence »⁹. La question ne doit pas être trop « marquée », elle doit être traitée d'un point de vue généraliste.

Avec l'établissement de la CIMPV¹⁰ à Genève, la violence, en général, et, à ce titre, la violence dans le couple en particulier, sont pensées comme une question de médecine générale. Le projet de la CIMPV consistait à introduire une dimension sociale et pluridisciplinaire dans une unité de médecine interne (Dramsteter 2007 : 14). Cette perspective qui s'apparente davantage à un modèle médical qu'à une approche de santé publique s'attaque en premier lieu à une pathologie qui peut découler d'agents pathogènes divers (Renschler *et al.*, 2005a). Dans le cas du traitement de la violence qu'offre le centre, il s'agit alors de réparer un individu. C'est souvent après avoir été dirigés par les services des urgences médico-chirurgicales et psychiatriques que les patient-e-s se rendent à la CIMPV pour recevoir un soutien, un suivi thérapeutique à court et moyen termes, une

(8) Plus concrètement, le docteur Halpérin invite à réfléchir sur ce projet Hans Stalder, professeur en médecine communautaire, et Timothy Harding, professeur en médecine légale (Darmsteter, 2007).

(9) Entretien avec le docteur Halpérin.

(10) Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence. Ce dispositif, créé en 1997, deviendra une unité spécifique consacrée aux violences en 2011.

orientation psycho-socio-juridique, ainsi que pour établir un constat médico-légal. Ces services cherchent, selon les termes de leur fondateur, à « s'attaquer à la violence, sous toutes ses facettes : victime, auteur, témoin, victime indirecte »¹¹. Revendiquant une approche « interdisciplinaire » des violences, l'équipe est constituée de médecins, de travailleurs sociaux et de psychiatres : « focalisée sur la problématique violente », la prise en charge consiste à « soutenir le patient ou son entourage et à évaluer les facettes de cette problématique en les contextualisant et en anticipant, pour mieux prévenir les risques de récurrence » (Halpérin, 2002 : 208). Ainsi des soins spécifiques, fondés sur des savoirs professionnels variés, ont été élaborés pour répondre à une situation que tous les patients de ce service ont vécue de façons différentes : la violence. C'est dans ce cadre que le traitement de la violence dans le couple a trouvé sa place à l'hôpital de Genève. Cette approche prétend intégrer médecine communautaire et médecine interne et souligne le fait que la question de la violence doit être traitée en combinant une action médicale, psychologique et sociale. Toutefois, nous verrons que, dans la pratique, la perspective sociale est marginalisée par une psychologisation de la violence¹².

La violence conjugale comme problème de santé publique dans le canton de Vaud

Quelques années après la création du CIMPV à Genève, dans le canton de Vaud, le Bureau de l'égalité entre femmes et hommes, soutenu par la Ministre qui dirige le département de l'économie, mandate en 1999 l'Unité de Prévention de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive (IUMPS) du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) pour mener une étude sur la violence conjugale, financée pendant six mois par l'État. Le docteur Hofner, spécialisée en santé publique, réputée pour avoir mené également une enquête sur la maltraitance infantile (Hofner *et al.*, 2001), est chargée de travailler sur cette question. L'enquête est mise en œuvre par deux femmes, l'une étant médecin, formée dans les années 1960 et militante de gauche, et l'autre, infirmière, qui a suivi une formation universitaire en santé publique au Québec.

(11) Entretien avec le docteur Halpérin.

(12) Ce glissement a été récemment montré par les travaux de Cavalin (2016) pour le contexte français et les directives internationales.

Pour le docteur Hofner, l'une des premières étapes de l'enquête a consisté à s'assurer que la violence conjugale est bien un problème de santé publique, qu'elle envisage, en tant que technicienne et qu'experte, comme un « savoir et un savoir-faire, une méthode et un état d'esprit » (Dozon et Fassin, 2001 : 8). En faisant un état de la littérature existante, l'équipe consacre les premiers mois de la recherche à vérifier que les différents indicateurs révèlent bel et bien un problème de santé publique. La dimension de santé publique doit être établie à travers une comptabilité populationnelle : fréquence, gravité, conséquences pour la collectivité ; elle implique aussi que des outils de la prévention soient mobilisables et applicables. Comme le docteur Hofner le souligne dans un entretien, son étude a servi à montrer que ces dimensions sont bien présentes dans le phénomène de la violence domestique : « Alors je me suis plongée dans la littérature : j'ai essayé de voir si on avait par exemple des effets de prévalence, et oui on en avait, la prévalence était élevée. Si vous prenez la prévalence du diabète, ou même celle du cancer, le cancer touche une personne sur trois en Suisse et la violence conjugale, la violence de couple physique ou sexuelle, c'est une femme sur cinq... (...) On a 11 % de personnes qui disent avoir subi de la violence durant les 12 derniers mois, donc vous avez une prévalence de 11-12 % et puis le diabète, c'est 3 %. Donc la prévalence de la violence, c'est 4 fois plus que le diabète... » (Entretien avec le docteur Hofner)

Formée à la santé publique, la médecin, tout comme sa collaboratrice, connaissent peu le problème dans un premier temps et s'appuient sur des définitions préalables, issues de leur formation, pour pouvoir l'analyser. Des maladies qui font l'objet de programmes de santé publique constituent des références pour savoir si le problème de la violence conjugale peut entrer dans le cadre de cette approche. Le champ de la santé publique est d'ailleurs déjà bien développé en Suisse. En effet, dès la fin des années 1980, une nouvelle santé publique (Peterson et Lupton, 1996) s'instaure en Suisse sous l'influence de l'épidémie du VIH/sida (Roca i Escoda, 2010 ; Hausser, 1992) contre laquelle le docteur Hofner est depuis longtemps investie. La prévention est l'un des éléments clefs de cette politique (Renschler *et al.*, 2005a). La responsabilisation des citoyens et la participation de la communauté, autrement dit, l'approche communautaire, sont devenues les perspectives centrales de la « nouvelle santé publique » (Renschler *et al.*, 2005b). Promue notamment par l'OMS dès l'apparition du VIH/sida, cette conception de la santé articule des aspects psychologiques et sociaux avec des éléments physiques (Stillwaggon, 2006).

Après cette première phase, l'orientation du travail du docteur Hofner en santé publique se confirme. La recherche continue au-delà

de la période de mandat et s'oriente vers un état des lieux des acteurs et des dispositifs existants contre la violence et doit aboutir à la formulation de recommandations. Plutôt que la seule mise en place d'un nouveau lieu de prise en charge ou une enquête quantitative (Hofner et Siggen, 2001 : 6), six mesures sont retenues et donnent lieu au « programme de détection, d'orientation et de prise en charge des victimes de violence regroupant les différents partenaires »¹³, baptisé « C'est assez », qui est d'abord régi par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) puis par le Centre universitaire romand de médecine légale.

En développant une approche globale et communautaire, le docteur Hofner devient la figure principale de la lutte contre la violence conjugale dans le canton de Vaud. Ce qui peut être envisagé comme l'« état d'esprit » de la santé publique est explicitement écrit dans le livre des deux pionnières : « Les deux termes essentiels de cette définition (celle de l'OMS de 1952) sont « santé » et « action collective ». La santé publique s'occupe de la santé des individus, non pas dans une perspective individuelle comme le font les disciplines du soin singulier (médecine, soins infirmiers, etc.) mais dans celle de chaque individu en tant que membre d'une collectivité. » (Hofner et Viens Python, 2014 : 10).

Si la notion de santé publique est polysémique et difficile à saisir (Fassin et Hauray, 2010), elle est envisagée comme une technique qui permet d'appréhender la violence non pas comme un phénomène sectoriel mais bien global (Herzlich et Pierret, 1984). Contrairement au paradigme médical, l'approche communautaire de la santé publique est davantage centrée sur la prévention et la prise en charge par et dans la communauté ; elle repose sur une vision holistique de l'état de santé des individus, qui est influencé par l'environnement au sens large, comprenant le monde physique, psychique mais aussi culturel et social, et dont les causes sont complexes et enchevêtrées.

Familiarisation aux violences et contexte international : les conditions de la rencontre

Dans les deux cantons, des conditions sociohistoriques communes favorisent la transformation ou la mise en place de dispositifs contre la violence conjugale dans les années 1990. C'est tout d'abord l'intervention de médecins, des acteurs disposant de capitaux symboliques élevés, ayant travaillé sur un problème connexe à savoir

(13) Plan stratégique 2011-2015, p. 2

la maltraitance des enfants, qui va contribuer à rendre légitime la question des violences. En 1995, le Conseil fédéral émet un Avis sur le Rapport Enfance maltraitée en Suisse, publié trois ans auparavant, qui se traduit par des recommandations aux cantons. Comme le montre l'enquête de Franz Schultheis sur la maltraitance envers les enfants (Schultheis *et al.*, 2007), c'est en effet au début des années 1980 que la question des enfants victimes apparaît dans le canton de Genève ; et le problème de la maltraitance se situe au cœur de l'activité de l'Office de Protection de la Jeunesse grâce à l'intervention de professionnel-le-s de la médecine sociale dans les années 1990. Au niveau international, la charte de la Convention internationale des droits de l'enfant apparaît en 1989 et est ratifiée par la Suisse en 1997. Un contexte similaire dans lequel une attention croissante a été portée aux maltraitements infantiles a favorisé l'émergence de ce problème dans le canton de Vaud. Outre un travail d'enquête déjà mentionné, c'est en tant que pédiatre et en dirigeant l'équipe de détection et d'accompagnement des enfants victimes que le docteur Halpérin a « rencontré des familles violentes »¹⁴ et qu'il a observé la prégnance de la violence psychologique dans la famille. Parallèlement, en 1998, l'IUMSP est mandaté par le Service de protection de la jeunesse (SPJ) et le Service de la santé publique (SSP) du canton de Vaud pour répondre aux recommandations fédérales de 1995 consistant à mesurer la maltraitance et à évaluer les pratiques des professionnel-le-s. De 1998 à 2000, le docteur Hofner travaille ainsi sur la question de la violence infantile et mène une enquête dans le canton de Vaud (Hofner *et al.*, 2001).

Ces expériences de travail dans le domaine de la maltraitance ont « familiarisé », pour reprendre l'expression du médecin genevois, les deux médecins à l'étude et au traitement d'une forme de violence commise à l'encontre de victimes particulièrement vulnérables. Cette familiarisation s'opère selon deux modalités – pratique et cognitive – qui agissent avec plus ou moins de saillance en fonction du rôle de chacun des deux médecins vis-à-vis de la population soignée ou observée. La conversion thématique des deux médecins procède par élargissement de la focale – en passant de la violence envers les enfants à la violence en général dans le cas genevois –, ou la déplace – en passant de la maltraitance à la violence conjugale dans le cas vaudois. Mais elle ne se traduit pas nécessairement par l'adoption de la perspective féministe caractérisée par une approche structurelle des

(14) Selon ses propres mots.

rapports de genre, autrement dit, par la question des rapports de domination femmes-hommes¹⁵.

Outre l'apparition du problème de la maltraitance dans le champ de la médecine sociale et dans l'espace public, les problèmes de violence d'une part, de violence conjugale d'autre part, font également l'objet de dispositifs et d'enquêtes mis en œuvre par des instances internationales qui rendent ces problèmes légitimes aux yeux des acteurs de la santé. La déclaration de l'OMS de 1996 qui affirme le fait que la violence est un problème de santé publique majeur se traduit par la publication en 2002 du *Rapport mondial sur la violence et la santé* (OMS, 2002, 2005). Dans les cas vaudois et genevois, la référence à l'OMS et aux modèles proposés sert à affirmer l'importance du lien entre violence et santé et la nécessité de développer des programmes de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Des références symboliques cantonales, nationales et internationales assoient l'idée selon laquelle la question de la violence peut être entendue et formulée comme un problème de santé.

Des affinités électives avec une approche antiféministe à Genève

Dans chaque canton, les professionnel-le-s de la santé qui traitent ainsi des violences dans le couple par des biais différents s'insèrent dans des configurations de l'action publique elles-mêmes différenciées¹⁶. À Genève, des politiques publiques ont été impulsées par l'alliance du monde associatif issu des mouvements féministes et des institutions en charge de l'égalité femmes-hommes. C'est dans les années 1970 que les « femmes battues » commencent à être accueillies et hébergées dans une structure qui leur est spécifiquement consacrée. Créé en 1977 par des militantes féministes, SOS Femmes en Détresse, propose une ligne d'écoute et un hébergement d'urgence pour les femmes victimes. La structure, rebaptisée Solidarité Femmes, s'institutionnalise progressivement et devient une instance phare du traitement des violences dans le couple. Une autre association féministe marque le champ de l'action contre les

(15) Pour une approche féministe des violences conjugales, voir notamment Romito (1997), Kelly (1987) et Hamner (1977).

(16) Pour le cas suisse, plusieurs études monographiques montrent des particularités tant au niveau du concept général de santé publique qu'au niveau plus spécifique de la prise en charge organisationnelle (Renschler *et al.*, 2005a).

violences faites aux femmes : en 1985, Viol-Secours est formé dans la continuité des mobilisations du MLF pour soutenir les victimes de violences sexuelles et faire reconnaître le problème dans l'arène juridique.

À l'instar de nombreux autres pays, et notamment de la France voisine (Weldon, 2002), des associations féministes qui sont « propriétaires » du problème de la violence conjugale, ont été soutenues par les « fémocrates », des actrices agissant au sein des institutions étatiques en faveur des droits des femmes (Delage, 2014).

Le Service de Promotion de l'Égalité entre Hommes et Femmes est mis en place en 1987, de façon relativement précoce par rapport aux autres cantons, comme celui de Vaud – dans lequel la même institution est créée quatre ans plus tard. Jusqu'alors dominante, l'approche féministe et centrée sur les femmes tend à perdre de son monopole à partir de 1994, lorsque deux psychologues, très influencés par la psychanalyse, ouvrent une association d'accompagnement psychothérapeutique pour les hommes auteurs de violence (VIRES). Se centrer sur les auteurs plutôt que sur les victimes n'est pas la seule rupture que proposent les deux psychologues. Ce changement pratique s'accompagne d'un changement théorique dans la manière d'aborder la violence conjugale. À l'origine de la création de VIRES se trouve le « refus de la stigmatisation simpliste « homme bourreau et femme victime » » (Bourgoz, 1997 : 5). Contrairement aux deux autres associations féministes, VIRES, dans un premier temps, n'est pas financé par les pouvoirs publics puisqu'il obtient ses premiers financements publics, issus du Département de Police, Justice et Sécurité en 2001. Mais ceci n'empêche pas l'association de gagner du terrain dans le domaine des violences domestiques et de contribuer à transformer, dès avant 2001, la manière de comprendre et de définir le problème à Genève.

Le délégué aux violences domestiques, chargé de la coordination des actions de lutte contre les violences domestiques dans le canton de Genève¹⁷, a par exemple été formé dans cette association, et est également le fils de l'un des deux fondateurs. Il a par ailleurs été formé

(17) En effet, avec la Loi sur les Violences Domestiques votée en 2006, un Bureau du délégué aux violences domestiques, détaché du Service pour la Promotion de l'égalité entre homme et femme, a été créé en 2007. Cette dissociation institutionnelle a toutefois été remise en cause en 2014, lorsque le délégué aux violences domestiques a été rattaché au Bureau pour la Promotion de l'égalité entre homme et femme.

et a travaillé pendant plus de six ans au CIMPV¹⁸. Le mouvement de sanitatisation renforçant une approche médicale des violences qu'incarne la mise en place du CIMPV a permis de renforcer la remise en cause de l'approche associative dominante à l'époque, marquée par un mode de compréhension féministe de la violence. Mais comme le souligne Conrad, en citant plusieurs études de cas, le processus de médicalisation est complexe et spécifique à chaque situation (Conrad, 1992)¹⁹.

La CIMPV et VIRES sont liés, tant par les acteurs qui les constituent que du point de vue théorique. D'une part, le ministre de la Santé a encouragé la fondation de VIRES, tout comme celle de la CIMPV ; et le docteur Halpérin a rapidement collaboré avec VIRES tout comme plusieurs salariés de l'association ont travaillé au sein de la CIMPV. Jusqu'alors ancrée dans l'espace de la cause des femmes (Bereni et Revillard, 2012), un espace féminisé et tourné vers l'accompagnement des femmes et la promotion de leurs droits, l'action publique contre la violence conjugale se voit transformée sous l'impulsion principalement d'hommes, qui mobilisent un triptyque de compétences politiques, médicales et psychologiques, en ciblant davantage les hommes, en tant qu'auteurs et victimes de violences, notamment domestiques.

D'autre part, et peut-être pour différentes raisons, tant VIRES que le fondateur du service CIMPV procèdent à une symétrisation de la violence. Le docteur Halpérin, par souci démocratique et universaliste, affirme en effet que la consultation doit être « ouverte à tous » et ne pas « stigmatiser[r] les gens quel que soit leur rôle » dans la violence. Les auteurs, victimes et témoins des violences sont donc requalifiés en termes médicaux : ils sont des patient·e·s. Aussi l'approche médicale qui sous-tend la nécessité de prendre soin de « tous » participe-t-elle à opérer un élargissement de la focale d'action.

Pour les professionnel·le·s de santé, il s'agit de traiter les « symptômes » de tou.te.s et de prendre en compte leur souffrance et celle de l'« entité couple », qualifiée d'« auteur-victime en souffrance » (Girard *et al.*, 2004 : 477). En outre, le discours des professionnel·le·s

(18) Cette nouvelle nomination fâche les groupes féministes, comme l'atteste un article d'un journal genevois intitulé « Une nomination à l'Etat fâche les féministes », *Le Courrier*, 23 novembre 2006.

(19) Pour une critique de la médicalisation grandissante de la société voir Aiach (1998). Pour le contexte suisse, voir aussi Panese et Barras (2008).

de la CIMPV semble très empreint d'une volonté affichée de rompre avec un certain binarisme, victime/auteur, issu de la formulation féministe du problème public. Dans un article, ces professionnel-le-s revendiquent une « perspective de la complexité » élaborée à partir d'« une clinique du réel » afin d'aller notamment au-delà des théories qualifiées de « sociales militantes comme le féministe » (Ibid : 474). Si les féministes entendent la violence dans le couple comme le produit de rapports sociaux inégalitaires, ce mode de compréhension ne serait pas opérationnel puisque, comme l'a expliqué un directeur de la CIMPV en employant un vocabulaire issu de la psychologie systémique, les violences dites bilatérales, symétriques et réciproques, sont bien plus fréquentes que les violences complémentaires, qui relèvent du contrôle de l'un sur l'autre²⁰. Ainsi la « complexité » fondée sur le « réel » s'opposerait-elle à une vision manichéenne et idéologique, ancrée dans la mobilisation politique qui ne pourrait répondre aux nombreux enjeux que pose le monde social. De la même manière, dans certaines prises de parole publiques, VIREs se montre très critique de la vision féministe des violences conjugales. Cette position qualifie de « démarche victimiste » ou de « pouvoir victimaire » (Châtelain, 2004 : 105), la perspective féministe de la violence conjugale. Cette dernière s'inscrirait dans deux logiques. Une logique victimaire qui part d'un seul postulat : les femmes sont victimes des hommes. Une logique d'amalgame qui opère en déplaçant la focale du couple à d'autres types de relations : les rapports d'inégalité – i.e. de domination – entre hommes et femmes s'appliqueraient de façon linéaire au couple. La perspective critique du féminisme renverse ainsi le sujet et l'objet du problème des violences. Il ne s'agit plus d'appréhender les femmes comme les seules victimes de la violence, mais aussi les hommes agresseurs comme étant eux aussi victimes (de leur enfance, de leur violence).

L'insistance sur la complexité de la violence conjugale s'appuie donc sur une conception issue de la psychologie systémique, très présente en Suisse romande, qui permet non seulement de brouiller les catégories de victimes et auteurs en forgeant celle de victimes-agresseurs mais aussi de réaffirmer la notion de coresponsabilité. Dans plusieurs articles et conférences publiques, la notion de coresponsabilité, bannie par les mouvements de lutte contre la violence conjugale, a été redéployée avec certaines précautions théoriques. Dans un texte (Rey Hanson *et al.*, 2009), les deux logiques sur lesquelles repose

(20) Parmi les exemples d'usage de la systémique, voir notamment, Perrone et Nannini (1995) ainsi que Anderson et Goolishian (1998).

l'intervention dans le cadre d'entretiens de couple sont présentées. Le premier niveau, consistant à envisager l'auteur comme « seule responsable des violences agies », « définit dans une perspective de causalité linéaire une personne victime et une personne auteure des violences ». De plus : « Le deuxième niveau logique s'intéresse au processus relationnel et pose une coresponsabilité des partenaires dans la relation, dans laquelle s'exercent, souvent de manière redondante, les comportements violents. Cette coresponsabilité relationnelle ne rend pas la personne victime coresponsable des actes de violence qu'elle subit, et cela quels que soient les comportements qu'elle pourrait exercer » (*Ibid.* : 450).

La personne victime est considérée comme responsable de sa protection. Lorsque le couple exerce des fonctions parentales, chacun est responsable de la protection des enfants. Il ne s'agit pas de culpabiliser les victimes – une posture qui s'ancrerait dans les domaines moral et juridique – mais de souligner leur coresponsabilité non pas dans l'occurrence de la violence mais dans la relation violente. La dimension psychologique est largement favorisée et ce sont alors les psychologies des agresseurs qui sont étudiées et prises en compte davantage que les effets des violences sur les victimes (Roca i Escoda et Lieber, 2015). Une autre mesure largement discréditée par les mouvements féministes est mise au goût du jour : des entretiens de couple sont souvent proposés après des entretiens individuels.

La santé publique comme levier de structuration de l'action publique dans le canton de Vaud

Dans le canton de Vaud, la constitution de l'action publique contre la violence conjugale est d'une part moins marquée par l'histoire des mouvements féministes ; d'autre part, elle est moins développée à la fin des années 1990. Il n'existe tout d'abord pas d'associations féministes spécialisées comme c'est le cas à Genève à la même époque (Kiani, 2010). Dans les années 1970, deux organisations accueillant des mères célibataires se rassemblent et créent le Centre d'accueil de Malley Prairie (CMP) qui héberge alors des femmes enceintes et des mères seules. Ce n'est qu'en 1990 que le CMP se spécialise dans l'accueil et l'hébergement des femmes victimes de violence conjugale. Malgré cette transformation et des conflits politiques à ce sujet, l'association ne s'identifie pas aux féminismes. Elle ne devient par exemple pas membre de l'organisation faitière réunissant les associations féministes et spécialisées dans le

traitement de la violence conjugale. Autre acteur associatif important, le Centre LAVI est créé dans le canton de Vaud, tout comme à Genève, après la promulgation de la loi fédérale de 1993 (LAVI), permettant ainsi aux victimes de tout type d'infractions, y compris des violences dans le couple, de bénéficier d'un soutien juridique, social et thérapeutique. Du côté institutionnel, le Bureau de l'égalité entre hommes et femmes est établi en 1991, et ce n'est qu'avec le lancement de la recherche menée par le docteur Hofner que le Bureau devient un acteur-clef dans l'élaboration de l'action publique contre la violence conjugale.

Deux des mesures proposées dans le programme « C'est assez »²¹ concernent spécifiquement le monde médical, mais la plupart sont bien de portée plus générale et visent à créer des outils de coordination et de collaboration. La Commission Cantonale de Lutte contre les Violences Domestiques (CCLVD) naît notamment en 2006, et permet de faire perdurer les réunions régulières organisées autour des travaux du docteur Hofner. La Commission est alors soutenue par le Bureau de l'égalité, en particulier le service dédié à la violence dans le couple, le Service de Prévoyance et d'Aides Sociales. Toujours dans une visée interdisciplinaire et collaborative, un concept de formation et de sensibilisation applicables à tout professionnel est élaboré et constitue l'un des protocoles-phares du programme²².

Dès le début, l'approche adoptée consiste à associer des acteurs issus de professions et d'institutions variées (juridiques, médicales, du travail social et de la police) et ainsi de décloisonner la question des violences dans le couple. La médecine et le milieu hospitalier ne sont pas les seuls lieux d'intervention envisagés. D'ailleurs, le secteur médical oppose quelques résistances au développement de la prise en charge des violences. Malgré la notoriété du docteur Hofner dans la

(21) Voir notamment, <http://www.fcho.ch/accueil-projets/projets-termines/projet-est-assez> et <https://www.iumsp.ch/en/rds/104>.

(22) Cet outil s'appelle le DOTIP, un acronyme développé pour que les professionnel-le-s se souviennent aisément de la posture à adopter en cas de violences : « Détecter (une violence possible) – Offrir (un message clair de soutien) – Traiter (et organiser le suivi) – Informer (de ses droits et des ressources du réseau) – Protéger (en assurant la sécurité) ». Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud, « Dépistage – Soutien – Orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s », Lausanne, 2003.

lutte contre les violences, aux niveaux cantonal et national, elle a rencontré des résistances de la part de certains de ses confrères du monde hospitalier, tout comme son homologue genevois. Le risque d’empiètement sur les prérogatives professionnelles d’autres médecins, voire le risque de concurrence en termes de légitimité professionnelle, explique ces endurance du milieu médical. À cela s’ajoute une certaine indifférence de la part des institutions de la santé publique dans ce canton. Malgré l’importance accordée au fait de définir les violences dans le couple comme un problème de santé publique, l’Institut de Santé Publique du canton de Vaud ne prend pas part aux activités du programme « C’est assez ». Paradoxalement, la violence devient donc un problème de santé publique, son traitement s’ancre dans la perspective de la santé publique, sans le soutien de l’institution concernée au premier chef.

Cette première indifférence du monde de la santé, qui évoluera toutefois, contraste avec l’adhésion et le soutien des mondes associatifs et d’une partie des acteurs politiques et institutionnels. L’importance de la perspective communautaire proposée est en effet entrée en résonance avec les besoins perçus par une pluralité d’acteurs qui s’engagent activement dans le comité de pilotage. Un réseau d’acteurs déjà investis dans la prise en charge des violences dans le couple s’organise autour des actions des deux pionnières. Plus spécifiquement, les professionnel·le·s de Centre d’accueil Malley Prairie – qui accueille et héberge des femmes victimes de violence dans le couple – et Vifa – un service fondé au milieu des années 1990 qui propose des groupes de parole aux auteurs de violences – s’investissent pleinement dans la coordination de l’action publique contre les violences.

La collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le traitement de la violence ne va pas de soi, elle engage un réel travail de confrontation et de définition d’idées ; elle incite chacun à se placer de son propre point de vue professionnel. Le langage est par exemple un élément clef de l’ethos professionnel qui doit être rendu explicite pour être partagé.

« Le vocabulaire devait être posé à plat dès le départ. Par exemple, il s’est passé quelque chose de très joli quand on a commencé à travailler avec les policiers pour le programme « C’est assez ». Moi, en tant qu’épidémiologiste, je présentais des données en disant : « voilà, c’est par individu, on a ça, ça et ça pour cette population ». Et je voyais qu’ils n’étaient pas du tout à l’aise. Et puis, pendant une pause, l’un des commandants de la police de l’époque – qui était un génie, un type fantastique – est venu vers moi et me dit : « ah, mais il ne faut pas dire individu », alors j’ai demandé pourquoi. Il m’a répondu :

« mais individu pour un policier, c'est quelqu'un qu'on soupçonne ». (...) L'importance, au début, si vous voulez vraiment faire de la collaboration interprofessionnelle, interdisciplinaire, c'est de s'écouter et de se dire « ça veut dire quoi pour toi, ce mot ? ». Par exemple, je ne sais pas, méthode, programme, qu'est-ce que t'as là derrière, objectif c'est quoi pour toi [rire]. . . Et que chacun puisse poser sa définition, sa représentation, dire « voilà, moi. . . », son cadre théorique, son cadre de références. » (Entretien avec le docteur Hofner)

Des divisions existent au sein du comité de pilotage du programme « C'est assez » puis de la Commission cantonale de Lutte contre les Violences Domestiques (CCLVD). La répression ou le soin sont par exemple deux approches divergentes du traitement des auteurs de violence qui s'affrontent dans les espaces de l'action publique. Ainsi le commandant de police présent dans ces instances exprime clairement son opposition aux groupes de parole mis en place au sein de ViFa et dit ne pas comprendre une telle démarche d'accompagnement de criminels. Au-delà de ces polémiques, la perspective pragmatique et collaborative semble rassembleuse, et elle n'a pas empêché le développement d'une vision sociale et globale des violences qui prend en compte l'impact des rapports de domination entre les hommes et les femmes.

Dans le rapport de 2004 fait par le docteur Hofner et Madame Viens-Python sur le programme « C'est assez » (Hofner et Viens-Python, 2004), la définition de la violence dans le couple proposée est celle de l'ONU qui envisage ce problème comme une violence faite aux femmes et les données statistiques mobilisées sont celles d'une enquête genevoise menée par le Bureau de l'égalité en 1997, intitulée *Domination et violence envers la femme dans le couple* (Gillioz et al., 1997)²³. Aussi, un passage du rapport « 10 ans de lutte contre la violence domestique dans le canton de Vaud » insiste sur la « surreprésentation des femmes » (Hofner et al., 2011 : 5). En général, si le fait que des hommes victimes existent est bien reconnu,

(23) L'enquête nationale représentative suisse, menée en 1993, auprès de 1 500 femmes de 20 à 60 ans, révèle qu'une femme sur cinq (20,7 %) déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles par un partenaire au cours de sa vie. Si on compte également les violences psychiques, le taux de violence déclarée s'élève à 40,3%. Il s'agit d'une enquête pionnière par sa date de réalisation, avant une véritable explosion du nombre de sources statistiques en Europe occidentale dans les années 2000. Elle a sans doute contribué à renforcer les actions publiques en faveur des femmes victimes de violences conjugales (Roca i Escoda et Lieber, 2015).

cela n'écarte pas totalement une grille d'analyse qui prend en compte les inégalités sociales, de genre notamment, dans le couple. Même si l'accueil des hommes violents se développe progressivement, l'aide aux victimes reste également fondamentale²⁴. Dans les programmes de prévention proposés, la lutte contre les violences n'est ainsi pas détachée des questions de genre (Hofner et Siggen, 2001).

Malgré la diversité des approches et des définitions des violences dans le couple, rappelons tout d'abord que dans le canton de Vaud le Bureau de l'égalité est bien le service qui initie les premières recherches. Or, maintenir la question des violences dans le couple au sein de ce service a dans ce cas permis de stabiliser l'idée selon laquelle violence conjugale et inégalités de genre sont des problèmes associés. Par ailleurs, si aucune association héritière du féminisme et qui se revendique comme telle ne prend en charge la violence conjugale dans le canton de Vaud, les acteurs associatifs et le docteur Hofner elle-même ne manifestent pas d'opposition au féminisme, certains montrant même une adhésion tacite. L'absence d'associations clairement identifiées comme étant féministes, et la présence d'un féminisme diffus aux niveaux institutionnel, politique et associatif a permis de ne pas cliver le champ d'intervention et des politiques publiques comme c'est le cas à Genève. Renforcée et légitimée par la perspective en termes de santé publique, une définition structurelle de la violence peut alors être affirmée dans le canton de Vaud.

Conclusion

La sanitarisation est un processus qui peut se développer selon des logiques diverses et contrastées, comme le montre la comparaison de la prise en charge des violences dans le couple dans les cantons de Genève et Vaud. Pour éclairer ces logiques, nous nous sommes attachées à contextualiser des processus de sanitarisation en prenant notamment en compte le contexte institutionnel et associatif mais aussi en nous intéressant aux actions particulières des acteurs et actrices de l'action publique, notamment ceux et celles issus du secteur médical. En ce sens, nous avons intégré à l'analyse des dimensions sociologiques telles que le profil professionnel des acteurs.

(24) Elle devient l'un des axes de travail après 2009 et est au cœur d'un projet de loi discuté actuellement.

rice.s ainsi que le contexte et le type de réseau institutionnel qu'ils/elles développent. Étudier le travail de deux médecins devenus acteurs-clefs de la question des violences conjugales dans chaque canton permet de saisir les pratiques à l'échelle locale et de montrer comment s'est opérée une « colonisation potentielle » (Pelchat *et al.*, 2006) du phénomène des violences par l'expertise médicale dans le champ de la santé.

Dans le canton de Genève, l'approche médicale a créé les conditions d'une institutionnalisation progressive d'une approche psychothérapeutique et psychanalytique de la violence. La présence de plus en plus affirmée de VIREs, centre de psychothérapie, de recherche et de prévention de la violence, qui accueille les hommes auteurs et propose une perspective psychanalytique de la violence, scinde le monde associatif entre les associations héritières des mobilisations féministes et celles qui se concentrent sur la prise en charge des auteurs et promeuvent une approche relationnelle de la violence. Le cas est tout autre au canton de Vaud où la question des violences dans le couple apparaît grâce à des actrices du monde institutionnel et à des associations qui ne sont pas issues des mobilisations féministes. Contrairement à Genève, l'accent a été mis sur la perspective de santé publique, envisageant la violence conjugale comme une violence faite aux femmes et prenant sa source dans les inégalités structurelles.

Toutefois, les deux cantons se rejoignent d'une certaine façon dans l'évolution récente. En effet, les politiques publiques n'envisagent plus en priorité la violence dans le couple comme un problème qui découle d'inégalités entre les sexes. Depuis ces dernières années, elles tendent à adopter une perspective qui dissout la spécificité des violences contre les femmes dans des approches plurielles et multifactorielles, dans lesquelles la perspective médicale et celle de la santé publique trouvent toute leur place.

Si l'approche de la santé publique permet de penser la violence dans le couple d'une façon structurelle, en prenant en considération les rapports de pouvoir et de domination, nous nuancions ce potentiel sociologique. En suivant les analyses de Cavalin (2016), nous constatons que le processus de sanitarisation (Fassin, 2000) allant dans une optique de santé publique peut à son tour adopter une logique de médicalisation, car il peut problématiser la question des violences en termes de pathologie (Bujon et Dourlens, 2012) et adopter une perspective psychologique individualisante.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anderson H., Goolishian H., 1998, Les systèmes humains comme systèmes linguistiques : implications pour une théorie clinique, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, numéro spécial « Constructivisme et constructionnisme social : aux limites de la systémique ? », 19, 99-132.
- Aïach P., 1998, Les voies de la médicalisation, In : Aïach P., Delanoë D., eds, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos/Economica, 15-35.
- Bereni L., Revillard A., 2012, Un mouvement social paradigmatique ? Ce que le mouvement des femmes fait à la sociologie des mouvements sociaux, *Sociétés contemporaines*, 1, 85, 17-41.
- Berger M., 2009, Quand pourrions-nous parler des choses ? Quelques contraintes à la référentialité des voix profanes dans un dispositif d'urbanisme participatif, In : Cantelli F., Rocha i Escoda M., Stavo-Debaugé J., Pattaroni L., eds, *Sensibilités pragmatiques*, Bruxelles, Peter Lang, coll. « Action publique », 253-280.
- Berlivet L., 2011, Médicalisation, *Genèses*, 1, 82, 2-6.
- Berthet T., 2010, Focus - Territorialisation et changements dans l'action publique locale en matière sociale : l'exemple de la formation professionnelle, *Informations sociales*, 1, 157, 90-92.
- Bourgoz R., 1997, Quelque chose pour les hommes auteurs : la création de VIRES, *Inform'Elles*, 5.
- Bujon T., Doullens C., 2012, Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans, *Sciences sociales et santé*, 30, 3, 33-58.
- Cantelli F., Roca i Escoda M., Stavo-Debaugé J., Pattaroni L., eds, 2009, *Sensibilités pragmatiques : enquête sur l'action publique*, Bruxelles, Peter-Lang.
- Cefaï D., 2001, Les cadres de l'action collective. Définitions et problèmes, In : Cefaï D., Trom D., eds, *Les formes de l'action collective*, Paris, EHESS, 51-98.
- Cefaï D., Terzi C., eds, 2012, *L'expérience des problèmes publics*, Paris, EHESS.
- Cavalin C., 2016, *Objectivation savante et objet de politiques publiques : les violences interpersonnelles dans les habits neufs de la statistique et de la santé publique (France/Europe/États-Unis, 1995-2016)*, Thèse de sociologie, IEP de Paris.
- Châtelain D., 2004, Traitement des auteurs de violences conjugales et familiales-Du lieu institutionnel au lieu de la vérité, *La Vouivre*, 105-123.

- Collin J., Suissa A.-J., 2007, Le phénomène de la médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention, *Nouvelles pratiques du social*, 19, 2, 25-33.
- Conrad P., 1992, Medicalization and social control, *Annal Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Darmsteter P., 2007, *Violence et santé. La CIMPV ou le refus engagé d'une fatalité*, Genève, HUG.
- Delage P., *Violence conjugale/Domestic violence. Sociologie comparée d'une cause féministe (France/États-Unis, 1970-2013)*, Thèse de sociologie, Paris, EHESS, juin 2014.
- Delage P., et al. (à paraître), *Emergence et reconfigurations d'un problème public. Les violences faites aux femmes en Suisse (1970-2012)*, Lausanne, Antipodes.
- Dourlens C., 2009, La « construction » des problèmes fluides. À propos du saturnisme infantile, In : Gilbert C., Henry E., eds, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 131-153.
- Dozon J.-P., Fassin D., eds, 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland.
- Fassin D., 2000, Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé, *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, 95-116.
- Fassin D., Hauray B., eds, 2010, *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010.
- Gilbert C., Henry E., eds, 2009, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Éditions La Découverte.
- Gillioz L., De Puy J., Ducret V., 1997, *Domination et violence envers la femme dans le couple*, Lausanne, Édition Payot.
- Girard J., Rinaldi Baud I., Rey Hanson H., Poujouly M., 2004, Les violences conjugales : pour une clinique du réel, *Thérapie Familiale*, 25, 4, 473-483.
- Halpérin D.-S., Bouvier P., Rez Wicky H., 1997, *A contrecœur, à contre-corps. Regards pluriels sur les abus sexuels d'enfants. Une enquête épidémiologique auprès d'adolescents*, Genève, Ed, Médecine et Hygiène.
- Halpérin D.-S., 2002, Médecine et violence. L'expérience d'une consultation spécialisée en milieu hospitalier, *Stress et trauma*, 2, 4, 205-211.
- Hammer J., 1977, Violence et contrôle social des femmes, *Questions féministes*, 1, 69-88.

Hassenteufel P., 2008, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, coll. « U Sociologie ».

Hausser D., 1992, Les mécanismes individuels et collectifs de la solidarité ou de la discrimination, *Actes du 2^e colloque : sida et emploi*, Genève : SSGP – FRSP – Université – ESC de Châtelaine, 65-71.

Herzlich C., Pierret J., 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.

Hofner M.-C., Siggen S., 2001, *Violence conjugale dans le canton de Vaud*, Recherche préparatoire réalisée sur mandat du Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes, Unité de Prévention, IUMSP.

Hofner M.-C., Ammann Y., Bregnard D., 2001, *Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud*, Service d'édition et de diffusion SED, Hospices cantonaux, Département universitaire de médecine et santé communautaires DUMSC.

Hofner M.C., Stalder C., Pedevilla L., Detraz J., Saturno A., 2011, *10 ans de lutte contre la violence domestique dans le canton de Vaud : résumé de la recherche menée par l'Unité de Médecine des Violences (UMV) sur mandat de la Commission cantonale de lutte contre la violence domestique (CCLVD)*, Centre Universitaire Romand de Médecin Légale (CURML), Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes Vaud (BEFH), Lausanne.

Hofner M.-C., Viens Python N., 2004, « C'EST ASSEZ » Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence. Origines et développements 2000-2004, *Raisons de santé*, Lausanne.

Hofner M.-C., Viens Python N., 2014, *Violences domestiques. Prises en charge et prévention*, Lausanne, PPUR, col. Savoir suisse.

Kelly L., 1987, The continuum of sexual violence, In : Hanmer J., Maynard M., eds, *Women, violence and social control*, Atlantic Highlands, Humanities Press International, 46-60.

Kiani S., 2010, "La maison, l'occupation, c'est une situation que nous avons créée, un territoire que nous avons libéré. . ." Quand le Mouvement de Libération des Femmes de Genève prend la forme d'un mouvement urbain, *Sozial Geschichte Online*, 4, 10-29.

Kriesi H., 1995, *Le système politique suisse*, Paris, Economica.

Kriesi H., Trechsel A.-H., 2008, *The Politics of Switzerland: continuity and change in a consensus democracy*, Cambridge, Cambridge University Press.

Massé R., 1999, La santé publique comme nouvelle moralité, In : Fortin P., ed., *La réforme de la santé au Québec*, Montréal, Les Éditions Fides, 155-174.

- OMS (Organisation mondiale de la Santé), 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, OMS.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé), 2005, *Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes*, Genève, OMS.
- Panese F., Barras V., 2008, Médicalisation de la « vie » et reconfigurations médicales, *Revue des Sciences Sociales*, 39, 20-29.
- Pelchat Y., Gagnon E., Thomassin A., 2006, Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale, *Lien social et Politiques-RIAC*, 55, La santé au risque du social, 55-66.
- Perrone R., Nannini, M., 1995, *Violence et abus sexuels dans la famille. Une approche systémique et communicationnelle*, Montrouge, ESF Éditeur.
- Peterson A., Lupton D., 1996, *The new public health. Health and self in the age of risk*, London, Sage.
- Ravon B., 2008, Souci du social et action publique sur mesure, *Sociologies, Théories et recherches*, mis en ligne le 30 octobre 2008, consulté le 04 septembre 2017.
- Renschler I., Maggi J., Cattacin S., Hausser D., 2005a, Citoyenneté et politiques de la santé en Suisse. Les politiques sanitaires à l'épreuve des changements, *Revue suisse de sociologie*, 31, 1, 79-101.
- Renschler I., Maggi J., Cattacin S., Hausser D., 2005b, *Santé publique et citoyenneté active. Étude comparative des politiques à l'égard du VIH/Sida et des maladies cardiovasculaires dans trois réalités suisses : Genève, Lugano, Saint-Gall*, Lausanne, IREC.
- Rey Hanson H., Rinaldi Baud I., Girard J., 2009, Violences conjugales et domestiques : autonomie et dépendance dans le système thérapeutique, *Thérapie familiale*, 29, 4, 447-457.
- Roca i Escoda M., 2009, L'action publique sous la loupe du genre. Réflexions épistémologiques et méthodologiques, *Revue de l'Institut de Sociologie*, ULB, 105-120.
- Roca i Escoda M., 2010, *La reconnaissance en chemin. L'institutionnalisation des couples homosexuels à Genève*, Zurich-Genève, Seismo.
- Roca i Escoda M., Lieber M., 2015, La mise en œuvre et les mutations d'un problème public : les violences faites aux femmes dans le Canton de Genève, *Oñati socio-legal series*, 5, 2, 766-784.
- Romito P., 1997, Epistémologie, méthodologie et évolution sociale des études sur la santé des femmes, *Nouvelles Questions Féministes*, 18, 2, 35-58.

Schultheis F., Frauenfelder A., Delay C., 2007, *Maltraitance. Contribution à une sociologie de l'intolérable*, Paris, Harmattan, Coll. « Questions de sociologie ».

Stillwaggon E., 2006, *AIDS and the ecology of poverty*, Oxford, Oxford University Press.

Weldon S. L., 2002, *Violence against women. A cross-national comparison*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.

Zimmermann B., 2003, Eléments pour une socio-histoire des catégories de l'action publique, In : Laborier P., Trom D., eds, *Historicités de l'action publique*, Paris, PUF, 241-258.

ABSTRACT

**Two processes of sanitization
Domestic violence policy in two cantons of Francophone Switzerland**

Historically and in international public policies, the issue of domestic violence has been understood as a product and a mechanism of gender relations and inequalities between men and women. Yet, as the public problem of domestic violence became institutionalized, this understanding became the focus of definitional struggles between public policy actors. This article considers this shift by specifically highlighting the ways in which descriptions and explanations of domestic violence have been shaped by the health and medical sector. By comparing two cantons located in French-speaking Switzerland, Geneva and Vaud, this article looks at the construction of this public action category and shows how health-care professionals have transformed the definition of domestic violence.

Key words: *domestic violence, public health, medicalization, gender, Switzerland.*