



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement EJPD

Bundesamt für Justiz BJ
Direktionsbereich Öffentliches Recht
Fachbereich Rechtsetzungsprojekte I

Bern, 20. März 2020

Medizinische Versorgung bei häuslicher Gewalt. Politische Konzepte und Praktiken der Kantone sowie Prüfung eines ausdrücklichen Auftrages im Opferhilfegesetz

Bericht des Bundesrates in Erfüllung des
Postulats 14.4026 der Sozialdemokratischen
Fraktion vom 26.11.2014

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	4
1.1	Auftrag aufgrund des Postulats	4
1.2	Konnexe Geschäfte	4
1.2.1	Umsetzung der Istanbul-Konvention	4
1.2.2	Postulat Feri 13.3441 «Bedrohungsmanagement bei häuslicher Gewalt. Überblick über die rechtliche Situation und Schaffen eines nationalen Verständnisses»	6
1.2.3	Postulat Feri 12.3206 «Grundlagen für ein Screening zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen»	6
1.2.4	Postulat Glanzmann-Hunkeler 15.3945 «Gewalt im Alter verhindern»	7
1.2.5	Postulat Graf 19.3618 «Stopp der Tötungsdelikte an Frauen im häuslichen Umfeld. Bericht zur Ursachenforschung und Massnahmenkatalog gegen Femizide in der Schweiz»	7
2	Erstellung des Berichts.....	7
2.1	Unterbrechung der Arbeiten	7
2.2	Bildung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe	7
2.3	Externer Forschungsauftrag	7
3	Ergebnisse der Untersuchung der Situation in der Schweiz	8
3.1	Vorgehen	8
3.2	Bestandesaufnahme der Konzepte und Praktiken in der Schweiz	9
3.2.1	Kategorien	9
3.2.2	Regionale Unterschiede	9
3.2.3	Verbreitung der Kenntnis der Konzepte und Praktiken unter den Gesundheitsfachpersonen und gewünschte Hilfestellungen	10
3.3	Beschreibung und Problematik der identifizierten Konzepte und Praktiken	11
3.3.1	Früherkennung	12
3.3.2	Gerichtsverwertbare Untersuchung und Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer	13
3.3.2.1	Allgemein.....	13
3.3.2.2	Finanzierung.....	15
3.3.3	Triage und Weiterleitung an Fachstellen und Fachpersonen.....	16
3.3.4	Information über das Angebot	17
3.3.5	Interinstitutionelle Zusammenarbeit	17
3.3.6	Evaluationen und geplante Änderungen	18
3.3.7	Statistiken	18
3.3.8	Unterschiede zwischen Handlungskontexten, Berufsgruppen und Gewaltformen	19
4	Gute Praktiken.....	20
4.1	Abteilung für Gewaltmedizin des CHUV	20
4.2	Notfallzentrum des Inselspitals Bern	21
5	Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme bei der Umsetzung der Konzepte und Praktiken	22
5.1	Informationen und Schulung zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt	22
5.2	Interinstitutionelle Zusammenarbeit, berufliche Schweigepflicht und Datenaustausch ..	22
5.3	Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation	23
6	Mindeststandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung.....	23
6.1	Zielgruppen und Gewaltformen	23
6.2	Information über das Angebot und Niederschwelligkeit	23
6.3	Ganzheitliche medizinische Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt	24
6.3.1	Früherkennung häuslicher Gewalt (inkl. Ansprechen des Themas Gewalt)	24
6.3.2	Umfassende medizinische Versorgung der Opfer.....	24
6.3.3	Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation.....	24

6.3.4	Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen	24
6.4	Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Konzepte	24
6.5	Massnahmen zur Qualitätssicherung	25
7	Von der Arbeitsgruppe vorgeschlagene Massnahmen.....	25
7.1	Information und Schulung	25
7.2	Umfassendes Konzept	25
7.3	Qualitätssicherung und Unterstützung	25
7.4	Interinstitutionelle Zusammenarbeit	26
7.5	Systematische Erfassung der Fälle.....	26
7.6	Mindeststandards	26
7.7	Gerichtsverwertbare Dokumentation.....	26
7.7.1	Im Allgemeinen	26
7.7.2	Kosten und Finanzierung.....	27
7.8	Vertraulichkeit.....	27
7.9	Auftrag im OHG	27
8	Schlussfolgerung.....	27
8.1	Allgemeine Einschätzung	27
8.2	Information und Schulung	28
8.3	Gerichtsverwertbare Dokumentation.....	28
8.4	Auftrag im OHG	29

1 Ausgangslage

1.1 Auftrag aufgrund des Postulats

Der vorliegende Bericht geht auf das Postulat 14.4026 «Medizinische Versorgung bei häuslicher Gewalt. Politische Konzepte und Praktiken der Kantone sowie Prüfung eines ausdrücklichen Auftrages im Opferhilfegesetz» zurück, das am 26. November 2014 von der Sozialdemokratischen Fraktion eingereicht worden ist.¹ Der Bundesrat hat am 11. Februar 2015 beantragt, das Postulat anzunehmen. Der Nationalrat hat es am 5. Mai 2015 angenommen.

In der Begründung des Postulats wird Folgendes festgehalten: «Auf nationaler Ebene wird das Ausmass der häuslichen Gewalt von der Gesundheitspolitik bis heute unterschätzt. Es obliegt den Kantonen, ihre Politik und ihre Strategien zur Bekämpfung von innerfamiliärer Gewalt festzulegen. Die häusliche Gewalt als Teil der öffentlichen Gesundheit wird je nach Kanton unterschiedlich angegangen. Eine Vorreiterrolle übernimmt beispielsweise der Kanton Waadt, der 2006 im Universitätsspital Lausanne (CHUV) eine Abteilung für Gewaltmedizin eröffnet hat. Durch einen interdisziplinären und integrativen Ansatz garantiert diese Abteilung eine ganzheitliche Betreuung der Gewaltopfer. Die Ärztinnen und Ärzte und die Gesundheitsfachpersonen führen insbesondere Falldokumentationen von Körperverletzungen durch. Es ist erwiesen, dass eine ordnungsgemäss erarbeitete Falldokumentation eine wesentliche Grundlage dafür bildet, dass das Opfer den erlittenen Schaden entweder bei der Anordnung von Eheschutzmassnahmen oder beim Scheidungsverfahren geltend machen kann. Die Abteilung für Gewaltmedizin des CHUV hat ausserdem den Auftrag, bildungspolitische Massnahmen weiterzuführen und zu verstärken – sowohl bei den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens als auch bei der Polizei und anderen betroffenen Stellen (Friedensgerichte, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Akteure aus dem sozialen Bereich usw.). Durch diese Massnahmen sollen eine höhere Behandlungsqualität für die Bevölkerung sowie eine schnellere Früherkennung und Betreuung der Opfer von Gewaltsituationen garantiert werden können, damit das Ausmass und die Schwere der Übergriffe abnehmen. Andere Kantone haben in diesem Bereich ebenfalls Dienstleistungen oder Verfahren entwickelt. Eine Bestandesaufnahme der verschiedenen politischen Konzepte und Praktiken der Kantone soll die spezifischen Bedürfnisse des Gesundheitswesens in Bezug auf die Kostenübernahme bei häuslicher Gewalt feststellen und Lösungen aufzeigen, indem gute und schlechte Praktiken und mögliche Synergien hervorgehoben werden. Die Möglichkeit, im OHG² eine gesetzliche Grundlage für diese Thematik zu schaffen, soll ebenfalls analysiert werden.»

Gemäss dem eingereichten Text wird der Bundesrat beauftragt, «eine Bestandesaufnahme über die politischen Konzepte und Praktiken der Kantone bei der medizinischen Versorgung in Fällen von häuslicher Gewalt zu erstellen und die Möglichkeit zu analysieren, im Opferhilfegesetz (OHG) explizit einen entsprechenden Auftrag zu verankern.» Mit den Arbeiten beauftragt wurde das Bundesamt für Justiz (BJ).

1.2 Konnexe Geschäfte

1.2.1 Umsetzung der Istanbul-Konvention

Die Istanbul-Konvention³ ist in der Schweiz am 1. April 2018 in Kraft getreten. Als offizielle nationale Koordinierungsstelle für die Umsetzung, Beobachtung und Bewertung der politischen und sonstigen Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung aller von der Istanbul-

¹ <https://www.parlament.ch/de > Ratsbetrieb > Curia Vista > Suche > 14.4026> (Stand: 11.12.2019).

² Bundesgesetz vom 23. März 2007 über die Hilfe an Opfer von Straftaten, SR **312.5**.

³ Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, SR **0.311.35**.

Konvention erfassten Formen von Gewalt wurde der Fachbereich Gewalt des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) eingesetzt. Auf kantonaler Ebene sind hauptsächlich die Schweizerische Konferenz gegen Häusliche Gewalt (SKHG) sowie die Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) und die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) für die Umsetzung zuständig.

Nach Artikel 3 Buchstabe b der Istanbul-Konvention bezeichnet der Begriff «häusliche Gewalt» alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt, die innerhalb der Familie oder des Haushalts oder zwischen früheren oder derzeitigen Eheleuten oder Partnerinnen beziehungsweise Partnern vorkommen, unabhängig davon, ob der Täter beziehungsweise die Täterin denselben Wohnsitz wie das Opfer hat oder hatte.

Die Istanbul-Konvention enthält auch spezifische Artikel zur medizinischen Versorgung der Opfer von Gewalt. Nach Artikel 20 Absatz 2 treffen die Vertragsparteien die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Massnahmen, um sicherzustellen, dass Opfer Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten haben, dass Dienste über angemessene Mittel verfügen und dass Angehörige bestimmter Berufsgruppen geschult werden, um die Opfer zu unterstützen und sie an die geeigneten Dienste zu verweisen. Die Vertragsparteien treffen nach Artikel 25 die erforderlichen gesetzgeberischen oder sonstigen Massnahmen, um die Einrichtung von geeigneten, leicht zugänglichen Krisenzentren für Opfer von Vergewaltigung und sexueller Gewalt in ausreichender Zahl zu ermöglichen, um Opfern medizinische und gerichtsmedizinische Untersuchungen, Traumahilfe und Beratung anzubieten.

Betreffend die Aus- und Fortbildung schaffen die Vertragsparteien gemäss der Istanbul-Konvention (Art. 15) für Angehörige der Berufsgruppen, die mit Opfern oder Täterinnen und Tätern aller in den Geltungsbereich des Übereinkommens fallenden Gewalttaten zu tun haben, ein Angebot an geeigneten Aus- und Fortbildungsmassnahmen zur Verhütung und Aufdeckung solcher Gewalt, zur Gleichstellung von Frauen und Männern, zu den Bedürfnissen und Rechten der Opfer sowie zur Verhinderung der sekundären Viktimisierung, oder bauen diese Angebote aus (Abs. 1). Die Vertragsparteien ermutigen dazu, dass die Aus- und Fortbildungsmassnahmen auch Aus- und Fortbildungsmassnahmen zur koordinierten behördenübergreifenden Zusammenarbeit umfassen, um bei in den Geltungsbereich des Übereinkommens fallenden Gewalttaten einen umfassenden und geeigneten Umgang mit Weiterverweisungen zu ermöglichen (Abs. 2).

Der Bundesrat kommt in der Botschaft zur Genehmigung der Istanbul-Konvention⁴ zum Schluss, dass das schweizerische Recht den Anforderungen der Istanbul-Konvention insgesamt zu genügen vermag. Die Konvention verfolgt einen umfassenden Handlungsansatz und dient den zuständigen Behörden, Institutionen und Organisationen auf allen föderalen Ebenen als Orientierungsrahmen für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Gewaltprävention, des Opferschutzes und der Strafverfolgung. Die Verbesserung des Schutzes gewaltbetroffener Personen ist ein laufender Prozess und eine Daueraufgabe.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Bundesrat vor Kurzem die Verordnung über Massnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Verordnung gegen Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt)⁵ verabschiedet hat. Sie ist am 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Das Parlament wird sich bei der Beratung des Budgets 2021 zum Kredit für die Finanzhilfen äussern. Damit hat der Bundesrat die rechtliche Grundlage für die Unterstützung von Massnahmen zur Verhütung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt geschaffen. Gefördert werden können zum Beispiel natio-

⁴ BBI 2017 185.

⁵ SR 311.039.7.

nale Informations- und Sensibilisierungskampagnen, Bildungsmassnahmen für Fachpersonen und Präventionsprojekte für gewaltbetroffene oder für gewaltausübende Personen. Auch die Zusammenarbeit und Koordination zwischen öffentlichen und privaten Akteuren kann gefördert werden.

1.2.2 Postulat Feri 13.3441 «Bedrohungsmanagement bei häuslicher Gewalt. Überblick über die rechtliche Situation und Schaffen eines nationalen Verständnisses»

Am 11. Oktober 2017 hat der Bundesrat den Bericht «Bedrohungsmanagement, insbesondere bei häuslicher Gewalt»⁶ in Erfüllung des im Titel genannten Postulats verabschiedet. Der Bericht umfasst eine Analyse der kantonalen und interinstitutionellen Systeme zur Erkennung, Prävention und Bekämpfung häuslicher Gewalt. Aus dem Bericht geht namentlich hervor, dass die Mehrheit der Kantone ein Bedrohungsmanagement eingerichtet hat oder an dessen Einführung arbeitet. Die Arbeiten der Arbeitsgruppe, die das BJ bei der Redaktion des Berichts begleitet hat, haben keinen Bedarf für eine Änderung oder Ergänzung der Rechtsgrundlagen auf Bundesebene aufgezeigt. Der Bundesrat hat diese Einschätzung in seinen Schlussfolgerungen zum Bericht geteilt unter dem Hinweis, dass die Ausgestaltung des Bedrohungsmanagements Sache der Kantone ist. Es wurden Empfehlungen zuhanden der Kantone formuliert.

1.2.3 Postulat Feri 12.3206 «Grundlagen für ein Screening zu innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen»

In Erfüllung des im Titel genannten Postulats hat der Bundesrat am 17. Januar 2018 ferner den Bericht «Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen»⁷ verabschiedet. Der Bericht sowie die zugrundeliegende detaillierte Studie konzentrieren sich auf die Früherkennung häuslicher Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Sie enthalten jedoch auch verschiedene Ausführungen zu weiteren Früherkennungsmassnahmen. In seinen Schlussfolgerungen hat der Bundesrat festgestellt, dass die Gesundheitsfachpersonen Früherkennungsmassnahmen zu innerfamiliärer Gewalt an Kindern anwenden, dass jedoch kaum Vorgaben zum Vorgehen bei einem Verdacht bestehen. Des Weiteren hat die Analyse der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Eignung, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der untersuchten Früherkennungsmassnahmen und zum adäquaten Umgang von Gesundheitsfachpersonen mit Kindeswohlgefährdungen ergeben, dass der aktuelle empirische Wissensstand als nicht ausreichend zu betrachten ist. Der Bundesrat hat festgestellt, dass die Früherkennungsinstrumente auf die einzelnen Berufsgruppen und den Anwendungskontext abgestimmt sein müssen und nur dann Sinn ergeben, wenn sie eingebettet sind in ein auf den regionalen Kontext angepasstes Konzept des institutionellen und interinstitutionellen bzw. interdisziplinären Umgangs mit innerfamiliärer Gewalt und anderen Kindeswohlgefährdungen. Schliesslich sind gemäss dem Bundesrat interdisziplinäre Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten zu fördern. Das Thema ist systematisch in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen zu integrieren, da in der Schweiz auch hier ein grosser Handlungsbedarf besteht.

⁶ <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home.html> > Gesellschaft > Opferhilfe > Publikationen > Bedrohungsmanagement, insbesondere bei häuslicher Gewalt. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Feri 13.3441 vom 13.06.2013 (Stand: 11.12.2019).

⁷ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home.html> > Sozialpolitische Themen > Kinder- und Jugendpolitik > Kinderschutz > Früherkennung innerfamiliärer Gewalt > Bundesratsbericht «Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen» (Stand: 11.12.2019).

1.2.4 Postulat Glanzmann-Hunkeler 15.3945 «Gewalt im Alter verhindern»

Der Bundesrat wird im genannten Postulat beauftragt, einen Bericht zu erstellen, in dem er das Ausmass der Gewalt im Alter aufzeigt, und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Das Postulat wurde vom Nationalrat am 15. Juni 2017 angenommen. Mit den Arbeiten beauftragt wurde das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Es liess einen externen Auftragnehmer eine Studie durchführen mit dem Ziel, das aktuelle Wissen über Misshandlungen gegenüber älteren Menschen zusammenzutragen, eine Bestandesaufnahme der Informations-, Präventions- und Interventionsmassnahmen in der Schweiz vorzunehmen, allfällige Lücken zu erkennen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Der Bericht des Bundesrates soll im zweiten Quartal 2020 veröffentlicht werden und wird sich auf die Ergebnisse der Studie stützen.

1.2.5 Postulat Graf 19.3618 «Stopp der Tötungsdelikte an Frauen im häuslichen Umfeld. Bericht zur Ursachenforschung und Massnahmenkatalog gegen Femizide in der Schweiz»

Der Bundesrat wird im genannten Postulat beauftragt, in einem Bericht die Ursachen der Tötungsdelikte an Frauen zu erheben und darzulegen, welche Präventions- und Schutzmassnahmen erarbeitet werden könnten. Das Postulat ist vom Nationalrat am 27. September 2019 angenommen worden.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) führt zurzeit mit Unterstützung des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) eine auf fünf Jahre, von 2019 bis 2024, angelegte Zusatzerhebung zu sämtlichen Tötungsdelikten der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) durch. Ziel dieser im Rahmen der Umsetzung der Istanbul-Konvention durchgeführten Zusatzerhebung ist es, noch detailliertere Informationen zu den Lebensumständen von Opfern und Tatverdächtigen sowie über die näheren Tatumstände, Motive und Ursachen von Tötungsdelikten und somit weitere Erkenntnisse für die Präventionsarbeit zu erhalten. Die Ergebnisse werden nach Beendigung der Zusatzerhebung, wenn genügend Daten für eine aussagekräftige Auswertung vorliegen, voraussichtlich 2025 in einem Bericht publiziert.

2 Erstellung des Berichts

2.1 Unterbrechung der Arbeiten

Aufgrund des Zusammenhangs mit den Postulaten Feri 13.3441 und 12.3206 (siehe Ziff. 1.2.2 und 1.2.3) wurde entschieden, die Schlussfolgerungen der Berichte in Erfüllung dieser Postulate abzuwarten, bevor die Arbeiten für den vorliegenden Bericht aufgenommen werden.

2.2 Bildung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe

Das BJ hat entschieden, sich bei der Vorbereitung dieses Bericht durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe begleiten zu lassen, in der folgende Organe vertreten sind: das EBG, das Bundesamt für Gesundheit (BAG), das BSV, die SKHG, das Centre hospitalier et universitaire vaudois (CHUV), die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die KKJPD, das Inselspital Bern, die Koordinationsstelle Häusliche Gewalt des Kantons St. Gallen, eine unabhängige Rechtsanwältin sowie die Schweizerische Verbindungsstellen-Konferenz Opferhilfegesetz (SVK-OHG).

2.3 Externer Forschungsauftrag

Im April 2018 schrieb das BJ eine Studie zur medizinischen Versorgung bei häuslicher Gewalt aus. Im Juli 2018 erhielten die Hochschule Luzern (HSLU), die Berner Fachhochschule

(BFH) und die Fachhochschule Westschweiz (HES-SO) vom BJ den Auftrag, die Studie auszuführen.

Die Studie sollte untersuchen, welche Konzepte und Praktiken für eine ganzheitliche Betreuung bei der medizinischen Versorgung in Fällen von häuslicher Gewalt heute in den Kantonen angewendet werden. Im Konzept zum Forschungsauftrag wurde präzisiert, dass die Studie auf häusliche Gewalt fokussieren soll. Sollte sich bei der Bestandesaufnahme bei den Kantonen zeigen, dass die politischen Konzepte und Praktiken einzelner Kantone umfassender ausgelegt sind, sollte dies festgehalten werden.

Gemäss dem Konzept standen die Erkennung von häuslicher Gewalt, die Dokumentation, die Orientierung der Opfer über ihre Möglichkeiten, die Vermittlung der Opfer sowie der betroffenen Kinder an weitere Unterstützungsangebote sowie die Einbettung in ein Bedrohungsmanagement zur Verhinderung von weiterer Gewalt im Fokus der Studie (siehe Ziff. 1.2.2). Zentral war die Frage der Finanzierung von als Beweismittel verwertbaren Dokumenten. Ziel der Studie war es, einen groben Überblick über die Systeme in allen Kantonen aufzuzeigen und konkret gute Praktiken ausgewählter Kantone vorzustellen.

Die Expertinnen und Experten sollten überdies Empfehlungen abgeben, wie in der Praxis bestehende Probleme vermieden werden können und Mindeststandards vorschlagen. Dabei waren die föderalistischen Unterschiede zu berücksichtigen. Zudem war zwischen verschiedenen Gesundheitsfachpersonen bzw. zwischen privaten Arztpraxen und Spitälern zu unterscheiden. Zur Ausarbeitung der Mindeststandards konnten die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beigezogen werden.

3 Ergebnisse der Untersuchung der Situation in der Schweiz

Die Ergebnisse der Untersuchung der Situation in der Schweiz wurden in einem Schlussbericht mit dem Titel «Umgang mit häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung»⁸ vom 2. Mai 2019 (nachfolgend «Schlussbericht») festgehalten. Der Inhalt des Berichts wird im Folgenden zusammengefasst.

3.1 Vorgehen

Die Studienautorinnen und -autoren wählten folgende methodische Herangehensweise:⁹

- eine systematische Internet- und Literaturrecherche;
- eine unstandardisierte Telefonbefragung von 128 Institutionsvertreterinnen und -vertretern (u. a. kantonale Gleichstellungsbüros, kantonale Koordinations-, Interventions- und Fachstellen häusliche Gewalt);
- eine standardisierte Online-Befragung von 304 in der Schweiz praktizierenden Gesundheitsfachpersonen zur Umsetzung der Konzepte und Praktiken;
- qualitative und quantitative Analysen der im Rahmen der Internet- und Literaturrecherche sowie der beiden Befragungen identifizierten Materialien.

Zur Auswahl von Praxisbeispielen zu den einzelnen Elementen der Konzepte und als Orientierung bei der Ableitung von Mindeststandards für Konzepte zur medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt wurden aus der Literatur Good-practice-Kriterien abgeleitet und mit der Arbeitsgruppe und dem BJ diskutiert.

⁸ Umgang mit häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung, Schlussbericht der Hochschule Luzern (HLU), der Berner Fachhochschule (BFH) und der Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Luzern/Bern/Siders 2. Mai 2019 (Auftraggeber: Bundesamt für Justiz; <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home.html> > Gesellschaft > Opferhilfe > Publikationen).

⁹ S. VII des Schlussberichts.

3.2 Bestandesaufnahme der Konzepte und Praktiken in der Schweiz

Die Studienautorinnen und -autoren konnten in den 26 Schweizer Kantonen insgesamt 38 Konzepte bzw. Praktiken zur medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt identifizieren.¹⁰ Die zentralen Begriffe werden in der Studie wie folgt definiert:¹¹ Der Begriff «Konzept» meint einen groben Plan, ein Programm. In diesem Sinne ist auch der Begriff der «Politiken» als Vorgehen von Regierungen, Organisationen o. Ä. zum Erreichen bestimmter Ziele zu verstehen. In der Studie wird präzisiert, dass ihr ein breites Verständnis von Konzept zugrunde liegt. Ein Konzept zum Umgang mit häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung können hier beispielsweise eine Leitlinie, eine Broschüre zur Information und Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen oder Empfehlungen zum Thema sein. Diese «Konzepte» können in einer öffentlich zugänglichen Form vorliegen oder als internes Dokument. Unter «Praktiken» sind hingegen bestimmte Arten des Umgangs mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung zu verstehen. In der Studie wird vorwiegend der Begriff «Konzepte und Praktiken» verwendet. Der Einheitlichkeit halber wird er im vorliegenden Bericht übernommen.

3.2.1 Kategorien

Die Studie und die durchgeführten Analysen zeigen, dass sich die Konzepte bzw. Praktiken danach unterscheiden lassen, ob es sich um systeminterne oder systemexterne Vorgaben handelt.¹² Für die systeminternen Konzepte und Praktiken ist es charakteristisch, dass die Vorgaben von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitssystems für Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitssystems entwickelt worden sind; bei den systemexternen Konzepten und Praktiken sind die Vorgaben von Vertreterinnen und Vertretern anderer Systeme, z. B. dem System der Strafverfolgung, verfasst worden. Es ist auch eine Kombination systeminterner und -externer Konzepte und Praktiken möglich.

Zum anderen lassen sich die identifizierten Konzepte und Praktiken danach unterscheiden, welche Massnahmen sie umfassen bzw. woran sie sich orientieren. Es wurden namentlich normorientierte, informationsorientierte sowie informations- und strukturorientierte Konzepte und Praktiken identifiziert. Normorientierte Konzepte beziehen sich auf rechtliche Normen, z. B. das Strafgesetzbuch (StGB)¹³, Gesetze gegen häusliche Gewalt oder die Meldepflicht der Ärztinnen und Ärzte. Informationsorientierte Konzepte zielen auf die Information und Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen ab. Informations- und strukturorientierte Konzepte zielen auf den Aufbau struktureller Massnahmen zur medizinischen Versorgung von Fällen häuslicher Gewalt, insbesondere durch die Bereitstellung von spezialisierten Fachkräften oder gewaltmedizinischen Einheiten zur Betreuung der Opfer.

3.2.2 Regionale Unterschiede

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren lassen sich gut drei Viertel der Konzepte und Praktiken in zwanzig Kantonen als informationsorientiert beschreiben, sieben in sieben Kantonen als informations- und strukturorientiert und die restlichen zwei Konzepte und Praktiken in zwei Kantonen als normorientiert.¹⁴

Es wurden deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen festgestellt. Während in den deutschsprachigen Kantonen der Nordwest-, Ost- und Zentralschweiz sowie in Zürich überwiegend informationsorientierte Konzepte und Praktiken identifiziert werden konnten,

¹⁰ S. 13 des Schlussberichts.

¹¹ S. 6 des Schlussberichts.

¹² S. 13 f. des Schlussberichts.

¹³ Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, SR 311.0.

¹⁴ S. 15 des Schlussberichts.

kann die Hälfte der Konzepte in Kantonen der Région Lémanique und des Espace Mittelland (exkl. Kanton Solothurn) als informations- und strukturorientiert bezeichnet werden. Als «normorientiert» lassen sich die Konzepte bzw. Praktiken im Tessin und Wallis bezeichnen.

Regionale Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Westschweiz bestehen auch in Bezug auf die informations- und strukturorientierten Konzepte und Praktiken. In der Deutschschweiz werden die Konzepte häufig von Gesundheitsfachpersonen bzw. Spitälern parallel zu kantonalen Konzepten entwickelt und eingeführt. In der Westschweiz werden diese Konzepte zwar ebenfalls in erster Linie von Gesundheitsfachpersonen entwickelt, die jeweiligen Kantone haben dies aber unterstützt und getragen.

In der Studie wird aufgezeigt, dass für die regionalen Unterschiede ausschlaggebend ist, aus welcher Systemlogik heraus die Konzepte und Praktiken entwickelt worden sind.¹⁵ Wurden die Konzepte federführend von Gesundheitsfachpersonen entwickelt und von den kantonalen Stellen getragen, finden sich vermehrt auch Massnahmen auf struktureller Ebene. Wird das Thema auf kantonaler Ebene aber in erster Linie aus einer sicherheitspolitischen Perspektive betrachtet und das Gesundheitswesen nicht systematisch mit eingebunden, scheinen vor allem Massnahmen zur Informationsvermittlung und Sensibilisierung ergriffen zu werden. In diesen Fällen hängt es dann von der Initiative einzelner Gesundheitsfachpersonen bzw. einzelner Spitäler ab, ob auch strukturelle Massnahmen ergriffen werden. Diese «systeminternen» Konzepte werden dann aber häufig nicht mit dem jeweiligen kantonalen Konzept verknüpft, sodass mögliche Synergien nicht genutzt werden; dies betrifft insbesondere strukturelle Aspekte der Konzepte und deren Finanzierung. Aus der Analyse geht hervor, dass die kantonalen Konzepte in den Deutschschweizer Kantonen vorwiegend aus einer sicherheitspolitischen Logik heraus entwickelt worden zu sein scheinen. In der Westschweiz hingegen scheint die häusliche Gewalt aus einer sozial- und gesundheitspolitischen Perspektive betrachtet zu werden. Der Kanton Tessin wiederum stellt insofern einen Sonderfall dar, als sich Gesundheitsfachpersonen hier ausschliesslich an ihrer Meldepflicht zu orientieren scheinen.

Die Studienautorinnen und -autoren gelangen zum Schluss, dass weder rein norm- noch rein informationsorientierte Konzepte ausreichen, um eine angemessene Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt sicherzustellen. Es brauche umfassende informations- und strukturorientierte Konzepte, die von Gesundheitsfachpersonen (mit-)entwickelt und vom Kanton getragen würden.

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren besteht in der Schweiz hier noch Nachholbedarf.¹⁶

3.2.3 Verbreitung der Kenntnis der Konzepte und Praktiken unter den Gesundheitsfachpersonen und gewünschte Hilfestellungen

Gestützt auf die Ergebnisse der Befragung von 304 in der Schweiz praktizierenden Gesundheitsfachpersonen mittels eines Online-Fragebogens konnten die Studienautorinnen und -autoren Erkenntnisse zur Umsetzung der Konzepte und Praktiken in der Schweiz gewinnen. Dies namentlich betreffend die Verbreitung der Kenntnis der Konzepte und Praktiken unter den Gesundheitsfachpersonen.¹⁷

Während 57 Prozent der Befragten angegeben hatten, im Jahr vor der Befragung in der Praxis mindestens einem Fall von häuslicher Gewalt begegnet zu sein, zeigen die Ergebnisse der Studie, dass nur 24 Prozent der Befragten ein Konzept zur medizinischen Versorgung der Opfer von häuslicher Gewalt kannten. Knapp zwei Drittel (61,8 Prozent) kannten kein

¹⁵ S. 72 f. des Schlussberichts.

¹⁶ S. 85 des Schlussberichts.

¹⁷ S. 55 ff. des Schlussberichts.

Konzept, die übrigen waren sich nicht sicher (14,2 Prozent). Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen. Pflegefachpersonen (18,1 Prozent) kannten deutlich seltener ein Konzept als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (43,6 Prozent) oder stationäre Medizinerinnen und Mediziner (46,2 Prozent); niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner sowie Hebammen und Geburtshelfer lagen dazwischen (25,0 bzw. 20,9 Prozent). Beträchtliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen wurden auch in Bezug auf die Begegnung mit Fällen häuslicher Gewalt erkennbar: Bei den somatischen Ärztinnen und Ärzten und den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lag der Anteil derer, die mindestens einen Fall von häuslicher Gewalt im Jahr zuvor wesentlich behandelt hatten, bei jeweils über 80 Prozent, bei den Hebammen und Geburtshelfern bei 62,8 Prozent, bei den Pflegefachpersonen bei 45,9 Prozent.

Lediglich rund die Hälfte der Personen, die ein Konzept kennen, stützt sich in der Praxis darauf. Als Gründe dafür nannten die Befragten die fehlende institutionelle Einbettung des Konzepts, dessen fehlende Praxistauglichkeit oder mangelnde zeitliche Ressourcen. Die Antworten auf die Frage, an welchem Konzept man sich orientiert, zeigen allerdings, dass der Begriff – trotz der von den Studienautorinnen und -autoren vorgegebenen Definition – sehr unterschiedlich interpretiert wurde. Als Konzept bezeichnet wurden beispielsweise nicht nur kantonale Strategien oder Gesetze, sondern auch Indikatoren, die persönliche Haltung oder Prinzipien der Gesprächsführung. Rund ein Viertel (24 Prozent) betrachtete das genannte Konzept als «sehr praxistauglich/nützlich», rund 40 Prozent fanden ihr Konzept «eher/teilweise praxistauglich/nützlich». 7,4 Prozent gaben an, dass das Konzept eher oder gar nicht praxistauglich/nützlich sei. Rund 30 Prozent schliesslich konnten dies nicht beurteilen.

Die häufigsten Massnahmen, die die Befragten in Fällen häuslicher Gewalt ergriffen haben, waren Informieren über Hilfs- und Unterstützungsangebote, Dokumentation der Verletzungen und aktive Weitervermittlung der Patientinnen und Patienten an Fachstellen oder -personen.

Rund zwei Drittel (67,1 Prozent) aller Befragten gaben an, dass sie keine spezifische Schulung zum Umgang mit häuslicher Gewalt besucht hatten. Vor diesem Hintergrund überrascht es gemäss den Studienautorinnen und -autoren nicht, dass insbesondere das Erkennen häuslicher Gewalt, die Exploration der Situation allfälliger Kinder sowie der Umgang mit Melderechten und -pflichten von einer Vielzahl der Befragten als relevant, aber problematisch bewertet wurden.

Die Befragten äusserten am häufigsten den Wunsch nach Bereitstellung von konzeptionellen Grundlagen. Dazu wurden Leitfäden und Informationsbroschüren gezählt. Gewünscht wurden mehrfach Informationen zu rechtlichen Grundlagen. Insbesondere Pflegefachpersonen, jedoch auch einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Geburtshilfe, der Psychotherapie und der somatischen Medizin wünschten sich ausserdem Schulungen bzw. Weiterbildungen zum Thema häusliche Gewalt bzw. eine generelle Sensibilisierung im Hinblick auf die Thematik. Einzelne Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen sahen ausserdem einen Bedarf an kompetenter, niederschwelliger Beratung.

3.3 Beschreibung und Problematik der identifizierten Konzepte und Praktiken

Die überwiegende Mehrheit der recherchierten Konzepte und Praktiken bezieht sich explizit auf häusliche Gewalt (76 Prozent) und schliesst explizit die Androhung und Ausübung körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt gegen Erwachsene und Kinder ein. In der Westschweiz beziehen sich bestimmte Elemente der Konzepte zum Teil auf Paargewalt (*violence conjugale*). Drei Konzepte bzw. Teilaspekte derselben beziehen sich auf interpersonelle Gewalt allgemein. Zwei Konzepte fokussieren auf sexuelle Gewalt, liessen sich aber auf häusliche Gewalt übertragen. Zwei weitere Konzepte beziehen sich auf die Frage, wie Kinderspitäler mit Kindsmisshandlungen und Vernachlässigungen umgehen. Ökonomische und soziale Gewalt werden in dreizehn Konzepten und sechs Praktiken explizit aufgeführt. Kinder als

Mitbetroffene von häuslicher Gewalt werden in der Mehrheit der Konzepte explizit berücksichtigt.

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren decken die Konzepte und Praktiken unabhängig von der Gewaltform, auf die sie sich beziehen, folgende Aspekte ab.¹⁸

3.3.1 Früherkennung

Die Analysen zeigen, dass die Früherkennung häuslicher Gewalt Bestandteil der überwiegenden Mehrheit der identifizierten Konzepte bzw. Praktiken ist (84 Prozent).¹⁹ Trotzdem bezeichnen viele Befragte die Früherkennung sowie das Ansprechen des Themas gegenüber der Patientin oder dem Patienten als herausfordernd.

Die Relevanz der Früherkennung häuslicher Gewalt sowie Informationen hierzu werden in der Regel über Broschüren vermittelt, die sich explizit an Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich wenden oder an Fachpersonen allgemein. Die Broschüren enthalten Informationen darüber, wie man mit den Patientinnen und Patienten über Gewalt sprechen kann. So sind Beispielfragen zu Gewalterfahrungen aufgeführt. Verneint eine Patientin oder ein Patient die vermuteten Gewalterfahrungen und die Fachperson hat dennoch weiterhin den Verdacht auf Gewalt, wird in der Regel empfohlen, ihr oder ihm Gesprächsbereitschaft zu signalisieren und entsprechende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Darüber hinaus soll der Verdacht im Dossier festgehalten werden. Es wird ferner mehrheitlich empfohlen, mit den Patientinnen oder Patienten möglichst alleine zu sprechen, genügend Zeit für das Gespräch einzuplanen, sie über die ärztliche Schweigepflicht zu informieren, ihre Angaben ernst zu nehmen und ihr Verhalten nicht zu verurteilen, um ihnen nicht zu vermitteln, dass sie Verantwortung für die erlittene Gewalt tragen.

Das Wissen zu häuslicher Gewalt oder Gewalt gegen ältere Menschen wird darüber hinaus in Schulungen vermittelt. Diese Schulungen werden von verschiedenen Institutionen des Bereichs angeboten. Hierzu zählen insbesondere kantonale Interventions- oder Koordinationsstellen zur häuslichen Gewalt, Opferhilfeberatungsstellen, Frauenhäuser, Fachhochschulen und Universitäten sowie Interessenvertretungen bestimmter Gruppen.

Zur Frage, wie man Gewalt ansprechen kann, werden den Gesundheitsfachpersonen gemäss den Studienautorinnen und -autoren häufig routinemässige Fragen an alle Patientinnen und Patienten empfohlen. Allerdings hält die WHO²⁰ fest, dass der Nutzen routinemässiger Screenings nicht ausreichend belegt sei, um dieses Vorgehen zu empfehlen, u. a. weil dies eine deutliche Belastung für die Gesundheitsfachpersonen darstelle. In den untersuchten Spitälern wird dieses Thema mit den Patientinnen und Patienten entsprechend häufig nur bei Verdacht auf Gewalt besprochen.

Wie oben erwähnt (siehe Ziff. 3.2.3) waren 57 Prozent der Befragten im Jahr vor der Online-Befragung wissentlich mit mindestens einem Fall von häuslicher Gewalt in der Praxis konfrontiert. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass rund ein Viertel dieser Personen ihre Patientinnen und Patienten nie oder fast nie auf das Thema der Gewalt angesprochen hat. Drei Viertel der Befragten taten es zumindest gelegentlich. Eine routinemässige Befragung nehmen die befragten Pflegefachpersonen (9,6 Prozent) und niedergelassenen (5,9 Prozent) sowie stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte (0,0 Prozent) seltener vor als Hebammen und Geburtshelfer (32,0 Prozent) und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (38,7 Prozent). Standardisierte Früherkennungsinstrumente werden von den Befragten selten verwendet. Es wird allgemein auch selten empfohlen, solche einzusetzen.

¹⁸ S. 21 ff. des Schlussberichts.

¹⁹ S. 23 ff. des Schlussberichts.

²⁰ World Health Organization, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines, Genf 2013.

Basierend auf der Analyse von zwei Praxisbeispielen²¹ zeigen die Studienautorinnen und -autoren auf, dass die Broschüren alleine nicht ausreichend sind, um Gesundheitsfachpersonen in die Lage zu versetzen, in ihrer Praxis Hinweise auf Gewalt als Ursache von Verletzungen und Beschwerden zu erkennen und das Thema anzusprechen. Die Fachpersonen sollten zudem in Schulungen die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen und das Vorgehen unter fachlicher Anleitung einzuüben. Aus der Studie geht des Weiteren hervor, dass die Broschüren und Schulungen den Fachpersonen kaum bekannt sind und nicht alle Berufsgruppen erreichen (z. B. Pflegefachpersonen sowie Hebammen und Geburtshelfer). Bei kostenpflichtigen Schulungen könnte es sein, dass die Spitäler aus finanziellen Gründen anderen Themen den Vorzug geben.

Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt oder elterlicher Paargewalt werden in der Mehrheit der Konzepte berücksichtigt (82 Prozent).²² In der Regel finden sich in den Konzepten jedoch kaum konkrete Hinweise zu Besonderheiten im Umgang mit den Kindern bei der Früherkennung von Gewalt. Am häufigsten finden sich derartige Hinweise in Materialien, die sich an Fachpersonen richten, die regelmässig mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, z. B. Lehrkräfte. Die Gesundheitsfachpersonen können sich darüber hinaus an die Kinderschutzgruppen oder CAN-Teams («Child Abuse and Neglect Teams») wenden, um anonym Fälle zu besprechen.

3.3.2 Gerichtsverwertbare Untersuchung und Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden der Gewaltopfer

3.3.2.1 Allgemein

Die gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden gewaltbetroffener Patientinnen und Patienten ist Teil aller analysierten Konzepte bzw. Praktiken.²³ In den Broschüren wird regelmässig auf die Relevanz der gerichtsverwertbaren Dokumentation und der Schlüsselposition der Gesundheitsfachpersonen diesbezüglich hingewiesen. Die Gesundheitsfachpersonen müssen ihre Patientinnen und Patienten über die Wichtigkeit der sorgfältigen Dokumentation informieren sowie darüber, dass diese nur mit ihrer Zustimmung weitergeleitet werden darf. Die Dokumentation ist zudem an die Voraussetzung geknüpft, dass die Patientinnen oder Patienten zustimmen. Nebst den Broschüren wird entsprechendes Wissen in Schulungen und Leitfäden vermittelt. Die Kantone und gewisse Organisationen stellen ebenfalls entsprechende Informationen und Dokumentationsbögen zur Verfügung.

Die rechtsmedizinischen Institute stehen den Gesundheitsfachpersonen in der Regel telefonisch beratend zur Verfügung; eine Weiterleitung der Patientinnen und Patienten an die Rechtsmedizin ist hingegen in der Regel nur durch die Strafverfolgungsbehörden möglich. In den Kantonen mit einer spezialisierten Gewaltabteilung oder Einrichtung stehen den Gesundheitsfachpersonen auch diese als Ansprechpartner zur Verfügung, an welche sie Patientinnen und Patienten direkt weiterverweisen können.

In den Broschüren sowie in Schulungen wird den Gesundheitsfachpersonen vermittelt, worauf sie bei der Dokumentation achten müssen, damit diese im Rahmen eines allfälligen Gerichtsverfahrens verwertet werden kann. Gemäss der Studie orientieren sich die Vorgaben

²¹ Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, Violence dans le couple, Détection – soutien – orientation des personnes victimes, Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s, Lausanne 2017; Berner Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, SPITEX Verband Kanton Bern & Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA, Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Hilfe einleiten, Bern 2016.

²² S. 26 des Schlussberichts.

²³ S. 30 ff. des Schlussberichts.

explizit oder implizit an der 8-Punkte-Dokumentation. Diese wurde in der Schweiz²⁴ auf Grundlage der deutschen MED-DOC-CARD®²⁵ entwickelt. Hiernach sollten Informationen zu den folgenden acht Punkten festgehalten werden:

1. allgemeine Informationen;
2. Patientenbasisdokumentation;
3. Beschreibung des Hergangs der Gewalttat;
4. Vorgeschichte;
5. systematische Untersuchung des gesamten Körpers;
6. Diagnose oder Verdachtsdiagnose;
7. Angaben der getroffenen weiterführenden Massnahmen;
8. Fotodokumentation.

Die Studienautorinnen und -autoren weisen darauf hin, dass diese Empfehlungen z. T. nicht rechtsmedizinischen Standards entsprechen. Dies könnte zur Folge haben, dass die erstellte Dokumentation unter Umständen in einem Gerichtsverfahren nicht verwendet werden könne. Gegebenenfalls stelle dies eine unnötige Belastung für die gewaltbetroffenen Patientinnen oder Patienten dar und würde zu einer sekundären Viktimisierung führen. Insbesondere mit Blick auf Punkt 6 des empfohlenen Vorgehens ist gemäss der Studie darauf hinzuweisen, dass zwischen der rein beschreibenden Befunderhebung und der Bewertung der Befunde zu unterscheiden ist. Letztere geht über die reine, in einem Gerichtsverfahren verwertbare Dokumentation hinaus. In der Studie wird hauptsächlich auf die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGMR)²⁶ verwiesen, gemäss denen sich die Medizinerinnen und Mediziner auf die objektive Befunderhebung und -dokumentation sowie auf die Spurensicherung beschränken sollten. Dasselbe empfiehlt auch die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) in ihrer Broschüre.²⁷

Die Empfehlungen enthalten ebenfalls Angaben, wie die Verletzungen namentlich mit Fotos zu dokumentieren sind. Die Fotos sowie allfällige andere Bilder (z. B. Röntgenaufnahmen) sollten Teil des Patientendossiers werden. In den meisten Konzepten und Praktiken werden die Gesundheitsfachpersonen darauf hingewiesen, dass die Angaben der Patientinnen und Patienten möglichst wortgetreu festgehalten werden sollten. Die Dokumentation wird in der Regel von den Gesundheitsfachpersonen verwahrt. Sie muss den Patientinnen und Patienten auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, sodass diese sie in allfälligen Gerichtsverfahren nutzen können. Die Weiterleitung der Unterlagen an eine Opferhilfestelle oder an die Strafverfolgungsbehörden ist nur nach Entbindung von der Schweigepflicht möglich.

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist der Befund von Romain-Glassey et al.²⁸, dass 81 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten der Gewaltabteilung des CHUV die Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden als Beweismittel nutzten. Doch auch Patientinnen und Patienten, die dies nicht taten, hielten die Dokumentation für (sehr) nützlich

²⁴ FAUSCH S./WECHLIN A., Empfehlungen für das Vorgehen im Gesundheitsbereich, in: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich/Frauenklinik Maternité/Stadthospital Triemli Zürich/Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren, Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, 2. Aufl., Bern 2010, S. 195–241.

²⁵ <http://www.befund-gewalt.de> > Verletzungen dokumentieren > Anleitung zur Dokumentation > Med-Doc-Card (Stand: 11.12.2019).

²⁶ <https://www.sgrm.ch/de/sgrm-home/> > Forensische Medizin > Arbeitsgruppen der Sektion Forensische Medizin > Arbeitsgruppe QM Forensische Medizin > Forensisch-klinische Untersuchung von Personen nach Gewalteinwirkung (Stand: 11.12.2019).

²⁷ Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen, Bern 2009.

²⁸ ROMAIN-GLASSEY N./GUT M./CATHIENI F./HOFNER M.-C./MANGIN P., A satisfaction survey conducted on patients of a medico-legal consultation, Journal of Forensic and Legal Medicine, 18(4), 2011, S. 158–161.

(insg. 94 Prozent). Hieraus schliessen Romain-Glassey et al., dass der Dokumentation neben der Beweisfunktion für das Opfer auch eine therapeutische Wirkung zukommt.

Bei der Analyse der Umsetzung der Konzepte und Praktiken stellen die Studienautorinnen und -autoren fest, dass das Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation zwar Teil der kantonalen Konzepte ist und den Gesundheitsfachpersonen die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden, die Dokumentation aber für immerhin 21–33 Prozent der befragten Praktikerinnen und Praktiker eine Herausforderung darstellt.

Eine Möglichkeit zur Entlastung der Fachpersonen sowie zur Sicherstellung der Qualität der Dokumentationen stellt der Einsatz forensisch geschulter Fachpersonen an Spitälern oder das Angebot medizinischer Gewaltabteilungen dar. Die Gesundheitsfachpersonen sollten zudem Schulungen besuchen können, in denen sie das Erstellen von Dokumentationen üben können.

Für die Untersuchung von Patientinnen und Patienten, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind, gibt es in der Regel gesonderte Vorgaben und zum Teil gesonderte Dokumentationsbögen. Die besonderen Vorgaben sind nötig, weil der Nachweis der Täterschaft nur innerhalb eines kleinen Zeitfensters möglich ist. Darüber hinaus müssen möglichst schnell eine Schwangerschaft und eine Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Krankheit abgeklärt werden. In der Regel sollen die Patientinnen an eine Frauenklinik verwiesen werden, die Patienten an eine Notaufnahme. Dies selbst dann, wenn eine spezialisierte Gewaltabteilung existiert. Zum Teil wird zur Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden durch sexuelle Gewalt immer die Rechtsmedizin beigezogen. Meist ist vorgesehen, dass minderjährige Opfer (sexueller) Gewalt durch spezialisierte Fachpersonen untersucht werden. In der Regel sollen hier die Kinderspitäler oder – bei Mädchen – gynäkologisch geschulte Pädiaterinnen oder Pädiater kontaktiert werden.

3.3.2.2 Finanzierung

Wenn Gesundheitsfachpersonen von den Strafverfolgungsbehörden mit der Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden beauftragt werden, so übernehmen diese die anfallenden Kosten. Liegt kein solcher Auftrag vor, müssen die medizinischen Leistungen auf eine andere Weise in Rechnung gestellt werden.

In den von den Autorinnen und Autoren der Studie analysierten Dokumenten, die sich mit der Frage der Finanzierung befassen, wird Gewalt aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht als Unfall betrachtet.²⁹ Die Gesundheitskosten werden durch die Unfallversicherung übernommen, wenn die Patientin oder der Patient mindestens acht Wochenstunden unselbstständig erwerbstätig ist. Wenn die Patientin oder der Patient weniger als acht Wochenstunden arbeitet, ist die Unfallversicherung dann leistungspflichtig, wenn sich der Gewaltvorfall auf dem Arbeitsweg oder während der Arbeitszeit ereignet hat (Art. 13 UVV)³⁰. Ist die Patientin oder der Patient nicht berufstätig,³¹ werden die Kosten von der jeweiligen Krankenkasse getragen. Den Selbstbehalt und die Franchise muss sie oder er selbst tragen. Sind die Kosten durch die Sozialversicherungen nicht gedeckt, können die Opferhilfestellen einspringen. Letzteres setzt aber zum einen voraus, dass sich die Betroffenen an eine Opferhilfestelle wenden; zum anderen müssen sie als Opfer anerkannt werden.

²⁹ S. 37 ff. des Schlussberichts.

³⁰ Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR **832.202**); nach Art. 1a Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR **832.20**) sind auch arbeitslose Personen durch die Unfallversicherung gedeckt.

³¹ Oder nicht arbeitslos (Art. 1a Abs. 1 Bst. b UVG).

Die Autorinnen und Autoren erkennen verschiedene Problematiken in Bezug auf die Kostenübernahme. Sie weisen erstens darauf hin, dass die Pflicht, den Gewaltvorfall der Unfallversicherung oder einer Opferhilfestelle zu melden, bei den Opfern Angst auslösen kann. Darüber hinaus wird bei einer Abrechnung über die Unfallversicherung oder die Krankenkasse nicht berücksichtigt, dass die gewaltausübende Person die Rechnung entdecken und das Opfer erneut Gewalt ausgesetzt werden kann. Schliesslich übersteigt der Zeitaufwand für eine rechtsmedizinische Beratung (4–5 Stunden am CHUV) den Rahmen der betreffenden Tarmed-Positionen deutlich, wie beispielsweise aus dem Leitfaden der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)³² hervorgeht.

Gemäss den Ergebnissen der Studie problematisieren die Gesundheitsfachpersonen die Finanzierung in der Praxis kaum und finden Lösungen, um die Leistungen in den bestehenden Strukturen abrechnen zu können. Die meisten Befragten, die im Jahr vor der Befragung in der Praxis mit mindestens einem Fall von häuslicher Gewalt konfrontiert waren, verwiesen auf die Unfallversicherer und die Krankenkassen; einige sprachen die Möglichkeit der Unterstützung durch die Opferhilfe an. Andere nannten die Möglichkeit, dass die Spitäler selbst die unbezahlten Anteile der Kosten übernehmen oder auf spezielle Hilfsfonds zurückgreifen. Angesichts der Probleme bei der Abrechnung der Leistungen in den jetzigen Tarifstrukturen wird in der Studie die Frage aufgeworfen, inwieweit die Dokumentationen der Praktikerinnen und Praktiker, die über die Sozialversicherungen abrechnen, den entsprechenden Standards genügen. Häufiger problematisiert wird hingegen das Risiko, dass das Opfer die medizinischen Leistungen nicht bezahlt.

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren können die Zahlungsschwierigkeiten der Opfer – namentlich aufgrund der geringen finanziellen Mittel und der Angst, die Rechnung könne von der gewaltausübenden Person entdeckt werden – und Schwierigkeiten bei der Abrechnung der zusätzlich erbrachten Leistungen dazu führen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema häusliche Gewalt selbst im Verdachtsfall im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten vermeiden. Darüber hinaus führen Schwierigkeiten bei der Abrechnung zu einer Verschärfung des Zeitmangels der Ärzte und Ärztinnen bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Zeitmangel ist jedoch ebenfalls ein bedeutendes Hindernis bei der Früherkennung häuslicher Gewalt.

Der Kanton Waadt ist der einzige, der die Finanzierung der Dokumentation geregelt hat. Die durch die Leistungen der medizinischen Gewaltabteilung des CHUV anfallenden Kosten werden vom Gesundheitsdepartement als Soforthilfe im Sinne des OHG oder als «Leistung der öffentlichen Gesundheit» übernommen. Für die Gesundheitsfachpersonen heisst dies, dass sie nicht um die Zahlung der erbrachten Leistungen fürchten müssen. Für die gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten bedeutet dies, dass sie die Untersuchung durchführen lassen können, ohne sich sorgen zu müssen, dass die gewaltausübende Person eine entsprechende Rechnung in die Hände bekommt. Eine solche Regelung kann somit sowohl die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema häusliche Gewalt ansprechen, als auch die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten eine entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachperson aufsuchen.

3.3.3 Triage und Weiterleitung an Fachstellen und Fachpersonen

Gemäss der Studie sind die Triage und Weiterleitung der Opfer häuslicher Gewalt Bestandteil fast aller analysierten Konzepte bzw. Praktiken. Zur Information der Opfer über das bestehende Angebot stellen die Kantone Flyer, Broschüren und mehrsprachige Notfallkarten

³² Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SGGG), Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen, Bern 2009.

zur Verfügung, die die Fachpersonen in den Praxisräumen auslegen und den Patientinnen und Patienten auf Anfrage aushändigen sollen.

Die Gesundheitsfachpersonen finden die notwendigen Informationen zum Unterstützungsangebot in den Broschüren für die Fachpersonen. In den Informationsmaterialien sind in der Regel auch Angebote für minderjährige Opfer, fremdsprachige Patientinnen und Patienten sowie für gewaltausübende Personen ausgewiesen. Da die Kontaktaufnahme mit einer Fach- oder Beratungsstelle für viele Patientinnen und Patienten eine Hürde darstellen kann, sollen die Gesundheitsfachpersonen die Betroffenen darin unterstützen. Wollen die Opfer jedoch keine Unterstützung in Anspruch nehmen, ist dies zu respektieren. Sind indessen Kinder oder urteilsunfähige Personen von der Gewalt betroffen, wird den Fachpersonen in der Regel zur Kontaktaufnahme mit der zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde geraten.

Die Mehrheit der identifizierten Konzepte und Praktiken umfasst eine Risikoabschätzung sowie das Erstellen eines Sicherheitsplans. Die Gesundheitsfachpersonen können dafür meist die kantonalen Fachstellen oder die Polizei hinzuziehen. Mehrheitlich zählen Unterstützungsangebote für gewaltausübende Personen zu den analysierten Konzepten.

3.3.4 Information über das Angebot

Zu 34 der analysierten Konzepte bzw. Praktiken lagen Informationen dazu vor, wie Opfer über das medizinische Angebot informiert werden. Ein möglicher Weg sind auch hier die Notfallkarten, Plakate und Broschüren, die von den kantonalen Stellen zur Verfügung gestellt werden und nicht allein auf volljährige Betroffene zielen, sondern auch auf Jugendliche und ihr Umfeld. Normalerweise stehen diese Unterlagen auch online zur Verfügung und sind somit rund um die Uhr verfügbar. Die Informationen liegen in der Regel in mehreren Sprachen vor.

Die Studienautorinnen und -autoren betonen die Bedeutung eines niederschweligen Zugangs zu diesen Unterstützungsangeboten. Die Öffnungszeiten sowie die örtliche Lage der Angebote sind zu berücksichtigen. Die Angebote sollten so gelegen sein, dass auch Patientinnen und Patienten aus ländlichen Gebieten diese erreichen können. In diesem Zusammenhang müssen auch die Allgemeinärztinnen und -ärzte ausreichend für das Thema häusliche Gewalt sensibilisiert und über Handlungsstrategien in diesen Fällen informiert sein.

Gemäss der Studie scheinen die Bedürfnisse von Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen bei der Informationsvermittlung bisher unberücksichtigt zu sein. So konnten beispielsweise keine Informationen in leichter Sprache identifiziert werden.

3.3.5 Interinstitutionelle Zusammenarbeit

Gemäss der Studie existieren in der Mehrheit der Kantone interinstitutionelle Gremien auf kantonaler und regionaler Ebene, in denen Vertreterinnen und Vertreter verschiedener relevanter Kreise zusammenkommen. Zum Teil findet die Zusammenarbeit über Kantonsgrenzen hinweg statt. Sie ist häufig institutionalisiert durch Runde Tische, Kommissionen, Arbeitsgruppen oder durch ein Bedrohungsmanagementsystem. In einigen Gruppen und Kommissionen werden auch anonyme Fallbesprechungen durchgeführt. Eine weitere Möglichkeit der Vernetzung bieten Schulungen.

In Bezug auf die interinstitutionelle Zusammenarbeit bestehen regionale Unterschiede. Während in der Westschweiz regelmässig Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitssystems zu den ständigen Mitgliedern der Gremien zählen, ist das Gesundheitswesen in der Deutschschweiz unterschiedlich stark in den Gremien vertreten. Dies kann dazu führen, dass bei der Arbeit der Gremien die Perspektive des Gesundheitswesens nicht systematisch berücksichtigt werden kann und der Informationsfluss zu den praktizierenden Gesundheitsfachpersonen

nicht sichergestellt ist. Gemäss den Studienautorinnen und -autoren könnten mangelnde Informationen bzw. die mangelnde Regelmässigkeit von Informationen zum Thema häusliche Gewalt erklären, warum die kantonalen Konzepte der Mehrheit der befragten Praktikerinnen und Praktiker nicht bekannt waren und die Praxistauglichkeit bekannter Konzepte von vielen Befragten nicht beurteilt werden konnte.

Das Berufsgeheimnis, dem die Ärztinnen und Ärzte unterstellt sind und dessen Verletzung durch das Strafgesetzbuch (Art. 321 StGB) geahndet wird, stellt oft ein Hindernis bei der interinstitutionellen Zusammenarbeit dar. Dies ist selbst dann der Fall, wenn die Ärztinnen und Ärzte ein Melderecht haben oder sogar einer Meldepflicht unterstehen.³³ Normorientierte Konzepte, wie z.B. im Tessin, welche für Ärztinnen und Ärzte eine Meldepflicht bei der zuständigen Behörde vorsehen, lösen daher die Probleme nicht, zumindest nicht für alle Gesundheitsfachpersonen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Schweigepflicht ein wichtiges Element im Aufbau einer Vertrauensbeziehung zwischen Medizinerin bzw. Mediziner und Patientin bzw. Patient ist. Vor diesem Hintergrund sind anonymisierte Fallberatungen eine wichtige Unterstützung für die Gesundheitsfachpersonen. Diese Angebote scheinen aber bei den praktizierenden Gesundheitsfachpersonen zu wenig bekannt zu sein. Entsprechend zeigt die Studie, dass sie häufig Hemmungen haben, mit zivil- oder strafrechtlichen Behörden Kontakt aufzunehmen. Klare Regelungen zum Austausch von Daten zwischen den verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern des Systems finden sich jedoch häufig allein im Zusammenhang mit kantonalen Bedrohungsmanagementsystemen, bei denen von medizinischer Seite vor allem die forensische Psychiatrie involviert ist.

Damit die Qualität der Zusammenarbeit und die Vernetzung nicht von Einzelpersonen abhängen, muss ein klarer Rahmen definiert werden und müssen Ressourcen für die Netzwerkpflege bereitgestellt werden.

3.3.6 Evaluationen und geplante Änderungen

Gemäss der Studie werden die identifizierten Konzepte und Praktiken offensichtlich selten evaluiert.³⁴ Mehrheitlich liegen die Evaluationen einige Jahre zurück und fokussieren häufig auf die Akzeptanz von Teilen einer Politik und nicht auf deren Wirkung. Institutionsinterne Konzepte werden zudem häufig laufend überprüft, ohne dass die Befunde öffentlich zugänglich gemacht werden. Auf diese Weise können aber andere Akteure nicht von den gemachten Erfahrungen profitieren.

Anpassungen an den Konzepten werden nicht nur aufgrund von Evaluationen, sondern auch wegen gesetzlicher oder struktureller Änderungen durchgeführt. In einigen Kantonen sind Änderungen geplant oder werden als notwendig erachtet, die Planungen sind jedoch aufgrund fehlender finanzieller Mittel sistiert.

3.3.7 Statistiken

Um eine angemessene Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt bereitstellen und koordinieren zu können, ist es wichtig, Informationen zu den Fällen in der Gesundheitsversorgung zu sammeln.³⁵ Seit 2009 werden Fälle häuslicher Gewalt in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS)³⁶ ausgewiesen. Darüber hinaus führen die anerkannten Opferhilfeberatungsstellen

³³ Weitere Informationen zu den Melderechten und -pflichten (unter Ziff. 5) siehe: <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home.html> > Gesellschaft > Opferhilfe > Publikationen > Bedrohungsmanagement, insbesondere bei häuslicher Gewalt. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Feri 13.3441 vom 13.06.2013 (Stand: 11.12.2019).

³⁴ S. 49 f. des Schlussberichts.

³⁵ S. 51 ff. des Schlussberichts.

³⁶ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html> > Statistiken finden > Kriminalität und Strafrecht > Polizei > Häusliche Gewalt (Stand: 11.12.2019).

eine Statistik, die auf Bundesebene vom Bundesamt für Statistik (BFS) zusammengeführt wird.³⁷

Gemäss den Ergebnissen der Studie ist nur in neun der identifizierten Konzepte in sieben Kantonen das Erstellen einer Statistik zu Fällen häuslicher Gewalt in der Gesundheitsversorgung vorgesehen. Drei dieser Konzepte beziehen sich ausschliesslich auf Gewalt gegen Kinder.

Die WHO³⁸ empfiehlt, die folgenden Informationen systematisch zu erfassen:

- grundlegende Merkmale der gewaltbetroffenen Person;
- Gewaltform (körperlich, sexuell, psychisch);
- Täter-Opfer-Beziehung;
- gesundheitliche Beschwerden der Opfer;
- durchgeführte Untersuchungen;
- Behandlungsmassnahmen;
- Weiterleitung an andere Fachstellen, andere Unterstützungsleistungen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass in der Schweiz kaum systematisch Daten zu Fällen der medizinischen Versorgung bei häuslicher Gewalt erhoben werden. Dies gilt insbesondere für Daten auf kantonaler Ebene. Aus den Statistiken der PKS sowie der Opferhilfeberatungsstellen geht nicht hervor, wie viele der Betroffenen Kontakt mit Gesundheitsfachpersonen hatten. Darüber hinaus sind die Register unterschiedlich umfassend und damit unterschiedlich aussagekräftig. Gemäss den Studienautorinnen und -autoren fällt auf, dass die Konzepte, die eine systematische Datenerfassung beinhalten, von Gesundheitsfachpersonen entwickelt wurden und zum Teil vom jeweiligen Kanton getragen werden.

3.3.8 Unterschiede zwischen Handlungskontexten, Berufsgruppen und Gewaltformen

Wie die Studie zeigt, lassen sich auf Stufe der Konzepte wenig Unterschiede mit Blick auf die verschiedenen Handlungskontexte (Privatpraxis vs. Spital) oder hinsichtlich verschiedener Gruppen innerhalb der Gesundheitsberufe finden. Allerdings richten sich die Informationsbroschüren explizit oder implizit an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bzw. Hausärztinnen und Hausärzte des Erwachsenensystems. Pflegefachpersonen, Hebammen und Geburtshelfer erreichen sie hingegen kaum.

Mit Blick auf die verschiedenen Gewaltformen haben die Studienautorinnen und -autoren aufgrund der Analysen den Eindruck erhalten, dass das Vorgehen in Fällen sexueller Gewalt (siehe Ziff. 3.3.2.1) stärker strukturell verankert ist, als das Vorgehen in Fällen häuslicher Gewalt. Dies sei vermutlich darauf zurückzuführen, dass man sich dieses Themas früher angenommen habe.

Es sind ausserdem Unterschiede im Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in einem stationären und einem ambulanten Setting zu beobachten. In Kliniken oder Spitälern besteht häufiger intern die Möglichkeit des kollegialen, interdisziplinären Austauschs. Darüber hinaus stellen die spitalinternen Sozialdienste eine wichtige Entlastungsmöglichkeit für die Gesundheitsfachpersonen dar. Dies trifft insbesondere auf den Aspekt der Triage zu. Da sie sich in

³⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html> > Statistiken finden > Kriminalität und Strafrecht > Opferhilfe (Stand: 11.12.2019).

³⁸ World Health Organization, Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence, Genf 2017.

bestimmten Spitälern auch um die Ablage der Dokumentationen der Verletzungen und Beschwerden kümmern, erweisen sie sich auch bei der Einschränkung des Zugriffs darauf als eine Hilfe. Darüber hinaus ist an Spitälern die Wahrscheinlichkeit der Einstellung forensisch geschulter Pflegefachkräfte höher.

4 Gute Praktiken

Zur Bestimmung der unter Ziffer 6 dargelegten Mindeststandards hat die interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die das BJ bei seinen Arbeiten begleitet hat, auf Grundlage der Studie entschieden, zwei kantonale Konzepte bestehender guter Praktiken vorzustellen. Es handelt sich um die Abteilung für Gewaltmedizin (Unité de médecine des violences, UMV) des CHUV und das Notfallzentrum des Inselspitals Bern.

4.1 Abteilung für Gewaltmedizin des CHUV

Bei der medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt spielt der Kanton Waadt mit der Eröffnung der UMV im Lausanner Universitätsspital CHUV im Jahr 2006 eine Vorreiterrolle.³⁹ Die UMV garantiert durch einen interdisziplinären und integrativen Ansatz eine ganzheitliche Betreuung der Gewaltopfer. Sie berücksichtigt die Situation der von Paargewalt betroffenen Kinder und Jugendlichen. Die UMV ist dem Universitätszentrum für Rechtsmedizin (Centre universitaire romand de médecine légale, CURML) angeschlossen. An die UMV wenden können sich alle Patientinnen und Patienten ab einem Alter von sechzehn Jahren, die Opfer von Gewalt geworden sind. Dies unabhängig davon, ob es sich um häusliche Gewalt oder andere Gewaltformen handelt. Die Kerntätigkeit der Abteilung besteht in der Dokumentation der Verletzungen und Beschwerden. Die Abteilung besteht aus einer Abteilungsleiterin, Rechtsmedizinerinnen und -medizinern, einem Team spezifisch geschulter Pflegefachkräfte, einer Forschungsbeauftragten und Sekretärinnen.

Weite Teile der medizinischen Versorgung der Gewaltopfer werden von den forensisch geschulten Pflegekräften übernommen. Sie sprechen mit den Gewaltopfern über das Erlebte, untersuchen sie und dokumentieren die Verletzungen und Beschwerden so, dass die Dokumentation im Rahmen eines allfälligen zivil-, straf- oder verwaltungsrechtlichen Verfahrens verwendet werden kann. Darüber hinaus erfragen sie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, schätzen ihre Ressourcen ein und informieren sie über Unterstützungsmöglichkeiten. Die Konsultationen werden vertraulich behandelt.

Das im CHUV entwickelte Konzept wird dem Umstand gerecht, dass mit Blick auf den Schutz und die Unterstützung der Opfer sowie auf die Täterinnen und Täter eine erfolgreiche interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit notwendig ist. Die UMV arbeitet interdisziplinär und kooperiert mit den anderen Abteilungen des Spitals, z. B. mit den Geburtsabteilungen, sowie mit relevanten Institutionen ausserhalb, z. B. den Opferhilfeberatungsstellen oder den Strafverfolgungsbehörden.

Ein zentraler Aspekt des im CHUV entwickelten Konzepts ist, dass nicht die Gewaltopfer die Kosten für die medizinische Versorgung übernehmen müssen, sondern dass sie als Soforthilfe im Sinne des OHG oder als «Leistung der öffentlichen Gesundheit» vom Gesundheitsdepartement des Kantons Waadt (Département de la santé et de l'action sociale, DSAS) übernommen werden. Die Konsultation ist für die Patientinnen und Patienten folglich kostenlos.

Letztlich trägt die UMV über Weiterbildungsangebote und Forschungen zum Thema der zwischenmenschlichen Gewalt zu einer systematischen Verankerung des Themas häusliche Gewalt im Gesundheitswesen des Kantons bei.

³⁹ S. 18 f. des Schlussberichts; <https://www.curml.ch/unite-de-medecine-des-violences-umv> (Stand: 11.12.2019).

Die UMV erhebt die Daten zu den behandelten Fällen systematisch.

Eine Abteilung für Gewaltmedizin besteht ferner seit dem 5. November 2012 im Spital von Yverdon-les-Bains (eHnv), seit dem 1. Januar 2016 am Standort Montreux des Spitals Riviera-Chablais (Hôpital Riviera-Chablais, HRC) und seit dem 1. Oktober 2018 in Nyon.

4.2 Notfallzentrum des Inselspitals Bern

In der Deutschschweiz besteht bisher kein mit der UMV vergleichbares Angebot. Am Universitären Notfallzentrum des Inselspitals Bern wurde jedoch ein Konzept zur Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt entwickelt und implementiert.⁴⁰ Im Kanton Bern können sich Opfer häuslicher Gewalt zudem an den «City Notfall» wenden, eine «Walk-In-Einrichtung», die eine medizinische Anlaufstelle für Opfer häuslicher Gewalt anbietet.

Das Notfallzentrum des Inselspitals Bern hat namentlich Vorgaben zum Vorgehen bei der Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt erarbeitet. Die Vorgaben dienen der Schulung des Teams und stehen ab der Triage der Patientinnen und Patienten, d. h. ab dem ersten Kontakt, als Instrument für die alltägliche Arbeit zur Verfügung. Darin werden die Aufgaben jeder Gesundheitsfachperson definiert. Sie enthalten auch Informationsblätter für die Opfer mit Informationen zu den verschiedenen Unterstützungsangeboten.

Nach dem Konzept des Notfallzentrums des Inselspitals erfolgt die medizinische Versorgung in mehreren Schritten. In einem ersten Schritt werden die Patientendaten aufgenommen. Es wird beurteilt, ob für die Patientin oder den Patienten noch Gefahr besteht und welche Sicherheitsmassnahmen allenfalls getroffen werden müssen. In einem zweiten Schritt erfolgt die Triage der Patientinnen und Patienten. Es ist ein spezifisches Vorgehen für Opfer strafbarer Handlungen gegen die sexuelle Integrität vorgesehen. Insbesondere werden die weiblichen Opfer an die Gynäkologie weitergeleitet, damit die Spuren der Gewalt dokumentiert werden können. Die Männer werden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin im Notfallzentrum versorgt. Während der Triage wird gegebenenfalls eine Erstbetreuung gewährt. Die Patientin oder der Patient wird zuerst von einer Pflegefachperson versorgt. In der Folge nimmt die Ärztin oder der Arzt die Notfallversorgung mit minimaler Tatdokumentation vor (Datum und Uhrzeit des Ereignisses, Dauer, Fotodokumentation usw.). Wenn die Patientin oder der Patient aus dem Spital entlassen werden kann, wird mit ihr oder ihm ein Termin innerhalb von 48 Stunden vereinbart, an dem eine Oberärztin oder ein Oberarzt des Kernteams eine Nachkontrolle vornimmt. Der Zweck der Nachkontrolle besteht darin, eine forensische Dokumentation zu erstellen (wenn sie nicht bereits erstellt worden ist), den körperlichen Zustand des Opfers zu überprüfen und seinen psychischen Zustand abzuklären. Zudem kann es über mögliche Hilfsangebote aufgeklärt werden und kann ihm das nötige Informationsmaterial abgegeben werden. Schliesslich klärt die Oberärztin oder der Oberarzt gegebenenfalls die Situation der Kinder ab und involviert die Kinderschutzgruppe. Aus Datenschutzgründen wird die anhand eines Formulars erstellte Dokumentation im separaten «Sharepoint» abgespeichert, auf den ausschliesslich das Kernteam und eine Sekretärin Zugriff haben. Das Kernteam besteht aus Oberärztinnen und Oberärzten des Notfallzentrums mit einem unterschiedlichen medizinischen Hintergrund, die in einem dreistündigen Kurs forensisch geschult worden sind.

Derzeit ist das Angebot des Notfallzentrums des Inselspitals Bern auf die Opfer häuslicher Gewalt beschränkt, die das Notfallzentrum dieses Spitals aufsuchen.

⁴⁰ S. 19 f. des Schlussberichts.

5 Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme bei der Umsetzung der Konzepte und Praktiken

Wie oben erwähnt (siehe Ziff. 3.2.3) zeigt die Studie, dass es in der Schweiz bereits Konzepte und Praktiken zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt gibt. Aus der Befragung geht jedoch hervor, dass die Konzepte und Praktiken in der Praxis kaum bekannt sind, und wenn sie bekannt sind, orientieren sich die Fachpersonen bei der Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt nicht daran.

Auf Grundlage der Befunde der Studie konnten Empfehlungen zur Vermeidung bestehender Probleme bei der Umsetzung der Konzepte und Praktiken abgeleitet werden.⁴¹

5.1 Informationen und Schulung zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt

Gemäss der Studie fehlt Gesundheitsfachpersonen oft das benötigte Wissen zur häuslichen Gewalt und den dazu bestehenden Konzepten, was sich als ein zentrales Problem bei der Umsetzung entsprechender Konzepte erweist.

Um praktizierende Gesundheitsfachpersonen in die Lage versetzen zu können, Opfer häuslicher Gewalt adäquat zu versorgen, muss das Thema folglich systematisch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz verankert werden, sodass es nicht vom persönlichen Interesse der Fachperson abhängt, ob sie entsprechendes Wissen vermittelt bekommt oder nicht. Im Rahmen derartiger Schulungen besteht zudem die Möglichkeit der Reflexion eigener hinderlicher Einstellungen sowie der praktischen Übung. Werden die Schulungen interdisziplinär ausgerichtet, so böten sie zudem die Möglichkeit der Vernetzung. Damit Gesundheitsfachpersonen derartige Schulungen wahrnehmen können, ist nicht nur die Finanzierung zu regeln. Es muss sichergestellt sein, dass ihnen auch die dafür notwendige Zeit zur Verfügung gestellt wird.

Gemäss den Studienautorinnen und -autoren sind ferner die Informationsbroschüren und Leitlinien zum Thema wichtig. Sie dienen zur Orientierung im konkreten Fall. Die Dokumente müssen regelmässig überprüft und aktualisiert werden und die Gesundheitsfachpersonen müssen immer wieder an diese erinnert werden.

5.2 Interinstitutionelle Zusammenarbeit, berufliche Schweigepflicht und Datenaustausch

Aufgrund der beruflichen Schweigepflicht (Art. 321 StGB) stecken die Gesundheitsfachpersonen bei der Frage, ob sie den Fall zivil- oder strafrechtlichen Behörden melden sollten oder müssten, oft in einem Dilemma. Um zu verhindern, dass das Thema Gewalt bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten aufgrund von Unsicherheiten bezüglich der rechtlichen Situation vermieden wird, muss den Praktikerinnen und Praktikern in Schulungen und Informationsbroschüren das notwendige rechtliche Wissen vermittelt werden. Sie sollten zudem die Möglichkeit erhalten, den Umgang mit ihren Zweifeln in der Praxis im Rahmen von Schulungen zu diskutieren und so Lösungsstrategien für sich zu finden.

Mit der Frage der beruflichen Schweigepflicht ist ferner der Datenaustausch verknüpft. Gemäss der Studie stellt die Möglichkeit, sich mit anderen Akteuren des Hilfs- und Interventionssystems austauschen zu können, eine wichtige Entlastungsmöglichkeit für die Fachpersonen dar. Eine gute interinstitutionelle Zusammenarbeit setzt darüber hinaus gegenseitigen Respekt und die Kenntnis der Aufgaben und Grenzen der anderen Akteure voraus. Damit das Gelingen der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht vom Engagement Einzelner abhängt, muss diese daher institutionell gewollt und verankert sein. Der Datenaustausch sollte

⁴¹ S. 78 ff. des Schlussberichts.

explizit geregelt sein. Ausserdem sollten die Gesundheitsfachpersonen regelmässig in kantonalen und regionalen Gremien zu häuslicher Gewalt vertreten sein. Hierdurch kann zum einen ihre Perspektive bei der (Weiter-)Entwicklung der Konzepte berücksichtigt werden; zum anderen kann der Informationsfluss zu den praktizierenden Fachpersonen sichergestellt werden. Dafür müssen die finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, wie dies im Übrigen in Artikel 8 der Istanbul-Konvention gefordert wird.

5.3 Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation

Um die Qualität der Dokumentationen der Verletzungen und Beschwerden sicherzustellen und eine sekundäre Viktimisierung der gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten durch eine unzureichende Dokumentation zu vermeiden, sollten den Gesundheitsfachpersonen in der Aus-, Fort- bzw. Weiterbildung Informationen dazu vermittelt werden, wie bei der Dokumentation vorzugehen ist. Die Informationsbroschüren sollten hierzu ebenfalls ausreichende, an rechtsmedizinischen Standards orientierte Informationen enthalten.

Ein rein informationsorientiertes Konzept erscheint nicht ausreichend, um die Opfer häuslicher Gewalt angemessen zu versorgen. Die Praktikerinnen und Praktiker sollten mindestens die Möglichkeit haben, sich telefonisch von entsprechend geschulten Fachpersonen beraten zu lassen. Dies könnten spezialisierte Pflegefachpersonen sein (z. B. forensisch geschulte Pflegekräfte) oder Mitarbeitende medizinischer Gewaltabteilungen.

Die Dokumentationen sollten im elektronischen Patientendossier abgelegt und den Patientinnen und Patienten auf Wunsch ausgehändigt werden. In Spitälern ist zu prüfen, ob sichergestellt werden kann, dass nur eine begrenzte Zahl von Personen Zugriff auf die Dokumentationen hat, z. B. indem die Dokumentationen an einer anderen Stelle wie dem spitalinternen Sozialdienst abgelegt werden.

6 Mindeststandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung

Die Studienautorinnen und -autoren haben aus der Literatur Mindeststandards für Konzepte zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt in der medizinischen Versorgung abgeleitet. Die kantonalen Konzepte sollten sich zumindest auf die folgenden Aspekte beziehen.⁴²

6.1 Zielgruppen und Gewaltformen

Gemäss der Studie ist mit Blick auf die verfügbaren statistischen Daten daran zu erinnern, dass Frauen häufiger als Männer Opfer häuslicher Gewalt werden, dass aber auch Letztere von häuslicher Gewalt betroffen sind. Darüber hinaus sind Kinder als Mitbetroffene häuslicher Gewalt ebenso wie häusliche Gewalt im pflegerischen Kontext explizit zu berücksichtigen.

Berücksichtigt werden sollten zudem nicht alleine körperliche und sexuelle Gewalt, sondern explizit auch psychische, ökonomische und soziale Gewalt sowie – bei Kindern und älteren Menschen – Vernachlässigung.

6.2 Information über das Angebot und Niederschwelligkeit

Die Informationen zu den medizinischen Angeboten müssen für die Betroffenen leicht und zu jeder Tages- und Nachtzeit zugänglich sein, wie dies beispielsweise über Flyer und Homepages kantonaler sowie institutioneller Websites der Fall ist. Hierbei sind besondere Bedürfnisse bestimmter Opfergruppen zu berücksichtigen. Darüber hinaus muss darauf geachtet

⁴² S. 82 des Schlussberichts.

werden, dass sich die Betroffenen durch die Informationsbeschaffung nicht dem Risiko erneuter Gewalt aussetzen. Auch das Angebot selbst muss niederschwellig sein. D. h., für die Versorgung der Opfer müssen entsprechend geschulte Fachpersonen zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar sein, unabhängig davon, ob die Opfer in einer städtischen oder ländlichen Region leben.

6.3 Ganzheitliche medizinische Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt

Die medizinische Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt sollte gemäss den Studienautorinnen und -autoren möglichst umfassend sein und mindestens die folgenden Schritte umfassen.

6.3.1 Früherkennung häuslicher Gewalt (inkl. Ansprechen des Themas Gewalt)

Die Gesundheitsfachpersonen zählen häufig zu den ersten Ansprechpartnerinnen und -partnern der Opfer häuslicher Gewalt. Ihnen kommt bei der Versorgung und Früherkennung der Fälle häuslicher Gewalt eine Schlüsselposition zu. Unabhängig davon, ob routinemässig gescreent wird (wovon in den Empfehlungen der WHO abgeraten wird)⁴³ oder Patientinnen und Patienten bei Verdacht auf Gewalt angesprochen werden, müssen Massnahmen zur Früherkennung immer in ein umfassenderes kantonales Konzept eingebettet sein.

6.3.2 Umfassende medizinische Versorgung der Opfer

Die Versorgung der Opfer sollte nicht nur die Versorgung der körperlichen Verletzungen und Beschwerden der Opfer umfassen, sondern auch die Versorgung der psychischen Folgen der Gewalt, die Einschätzung der Gefährdung der Opfer sowie das Erstellen eines Sicherheitsplans. Um eine sekundäre Viktimisierung zu vermeiden, ist zudem auf einen respektvollen und umsichtigen Umgang zu achten.

6.3.3 Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation

Die Vorgaben für das Erstellen einer gerichtsverwertbaren Dokumentation sollten sich an rechtsmedizinischen Standards orientieren. Den Gesundheitsfachpersonen sollten Dokumentationsbögen zur Verfügung gestellt werden. Für konkrete Fragen zur Dokumentation sollten sie sich an Ansprechpersonen mit entsprechender Expertise wenden können.

6.3.4 Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen

Bei der Weitervermittlung der Opfer an spezialisierte Stellen sollten ihre besonderen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

6.4 Massnahmen zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Konzepte

In der Studie wird hervorgehoben, dass verschiedene Massnahmen getroffen werden sollten, damit die Nachhaltigkeit der Konzepte zur medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt sichergestellt ist.

Als ersten Punkt nennen die Studienautorinnen und -autoren die Schulungen. In den Schulungen könnten die Gesundheitsfachpersonen das notwendige Wissen erwerben, den Umgang mit dem Thema Gewalt und den Opfern trainieren sowie sich mit anderen relevanten Akteuren des Hilfs- und Interventionssystems vernetzen.

Ebenfalls wesentlich ist eine klare Regelung der Finanzierung der erbrachten Leistung. Damit die Sorge vor einem Honorarausfall nicht der Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt

⁴³ World Health Organization, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines, Genf 2013.

im Wege steht, ist die Finanzierung der erbrachten Leistungen klar zu regeln. Das System des CHUV, in dem die Kosten der Versorgung von den Kantonen übernommen werden, hat für die Patientinnen und Patienten den Vorteil, dass sie sich nicht sorgen müssen, die Rechnungen nicht zahlen zu können oder aufgrund deren Entdeckung durch die gewaltausübende Person erneut misshandelt zu werden.

Gemäss der Studie ist es ferner wichtig, dass die Zuständigkeiten klar geregelt sind und dass Absprachen zwischen den relevanten Institutionen bestehen. Der Datenaustausch zwischen den Institutionen muss ebenfalls klar geregelt werden.

Schliesslich müssen die notwendigen Ressourcen für die Einrichtung der Gefässe zur Verfügung gestellt werden, die der Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren dienen und in denen sich Vertreterinnen und Vertreter relevanter Berufsgruppen austauschen und die Zusammenarbeit in konkreten Fällen absprechen können. Es ist ferner notwendig, dass die Akteure die Aufgaben und Grenzen der anderen Akteure kennen. Die Leitlinien und Vorgaben sollten schriftlich festgelegt werden.

6.5 Massnahmen zur Qualitätssicherung

Eine Massnahme, die zugleich die Qualität der Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt und der gerichtsverwertbaren Dokumentation erhöhen sowie zu einer Entlastung der anderen in diesen Fällen involvierten Medizinerinnen und Mediziner und Pflegefachpersonen führen kann, ist der Einsatz spezialisierter Fachpersonen. Dies können beispielsweise forensisch geschulte Pflegefachkräfte an Spitälern sein oder die Errichtung einer medizinischen Gewaltabteilung.

Ausserdem sollte die Umsetzung der Konzepte regelmässig überprüft werden. Bestehende sollten Probleme identifiziert und adressiert werden.

7 Von der Arbeitsgruppe vorgeschlagene Massnahmen

Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die das BJ bei seinen Arbeiten begleitet hat, stellt fest, dass Konzepte bestehen. Diese sind oft jedoch nur punktueller Art, z. B. in bestimmten Spitälern oder Einrichtungen, oder sie liegen nur in Form einer Informationsbroschüre ohne strukturelle Verankerung vor. Die Konzepte sind den Gesundheitsfachpersonen überdies kaum bekannt, und selbst wenn sie bekannt sind, werden sie in der Praxis oft nicht umgesetzt. Auf Grundlage der Ergebnisse der Studie schlägt die Arbeitsgruppe folgende Massnahmen vor.

7.1 Information und Schulung

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, diesem Thema in der ärztlichen Bildung mehr Gewicht zu geben. Sie schlägt vor, diese Frage mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) zu besprechen. Zudem hält sie fest, dass nicht nur die Ärztinnen und Ärzte geschult werden sollten, sondern auch die Pflegefachkräfte, bei denen die Personalfluktuation in der Regel geringer ist.

7.2 Umfassendes Konzept

Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass in keinem Kanton ein Konzept besteht, das sämtliche Bedürfnisse abdeckt. Sie empfiehlt den Kantonen, ein umfassendes, sowohl informations- als auch strukturorientiertes Konzept für das gesamte Kantonsgebiet zu entwickeln.

7.3 Qualitätssicherung und Unterstützung

Ein solches, in den Kantonen einzuführendes umfassendes Konzept sollte die Qualität der medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt sicherstellen. Die Kantone sollten

medizinische Gewaltabteilungen errichten. Alternativ sollten die Spitäler forensisch geschulte Pflegefachkräfte anstellen. Für beide Arten von Konzepten liegen in der Schweiz gute Beispiele vor (siehe Ziff. 4).

Gemäss der Arbeitsgruppe würde das medizinische Personal durch diese Massnahmen entlastet. Denn es könnte sich bei der Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt an eine spezialisierte Fachperson wenden. Längerfristig könnten die Spitäler damit Kosten sparen.

7.4 Interinstitutionelle Zusammenarbeit

Die Arbeitsgruppe unterstreicht die Bedeutung der Einführung einer wirksamen interinstitutionellen Zusammenarbeit. Das unter Ziffer 7.2 genannte umfassende Konzept sollte Massnahmen enthalten, mit denen die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens (Notfallärztinnen und -ärzte, Hausärztinnen und -ärzte, Fachpersonen aus der Pädiatrie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Gynäkologie, Hebammen und Geburtshelfer, Pflegefachkräfte, Apothekerinnen und Apotheker usw.) in die Runden Tische der Kantone zu häuslicher Gewalt eingebunden werden. Es ist grundlegend, dass die Akteure die Rolle der anderen kennen und wissen, an wen sie sich wenden und wem sie die Daten weitergeben sollen.

7.5 Systematische Erfassung der Fälle

Die Arbeiten zur Umsetzung der Istanbul-Konvention umfassen auch die Erhebung von Daten zu Gewalt. Die Arbeitsgruppe betont, dass die Daten aufeinander abgestimmt werden müssen und deren Beschaffung standardisiert werden muss. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass die Daten der verschiedenen Kantone miteinander verglichen werden können und somit für den in der Istanbul-Konvention vorgesehenen Evaluationsprozess zur Verfügung gestellt werden können. Die Daten müssen namentlich dazu dienen, die Bedürfnisse zu eruieren, damit die nötigen Massnahmen ergriffen oder die bestehenden Massnahmen weiterentwickelt werden können.

7.6 Mindeststandards

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, dass sich die Kantone an den bereits entwickelten guten Praktiken orientieren, zum Beispiel an derjenigen im Kanton Waadt, der mit dem CHUV bereits seit 2006 über eine medizinische Gewaltabteilung verfügt. Die Kantone könnten des Weiteren die aus der Literatur abgeleiteten und in der Studie dargelegten Mindeststandards in ihr umfassendes Konzept aufnehmen und darin festlegen.

7.7 Gerichtsverwertbare Dokumentation

7.7.1 Im Allgemeinen

Die SKHG hat zur Umsetzung der Istanbul-Konvention auf Ebene Kantone im Auftrag der KKJPD und der SODK einen Bericht verfasst.⁴⁴ Darin werden sieben Schwerpunkte benannt, zu welchen interkantonal Massnahmen umgesetzt werden. Einer dieser Schwerpunkte betrifft Artikel 25 der Istanbul-Konvention zur Unterstützung von Opfern sexueller Gewalt mit dem Ziel, ihnen die notwendige, leicht zugängliche medizinische und gerichtsmedizinische Untersuchung zu ermöglichen. Ein niederschwelliger, vertraulicher Zugang zu einem Krisenzentrum soll garantieren, dass eine qualitativ gute Dokumentation von Verletzungen und Spuren der Gewalt erhoben werden kann, auch wenn keine Anzeige bei der Polizei erfolgt. In diesem Zusammenhang soll eine Bestandsaufnahme der guten Praxen und der Schwierigkeiten erfolgen und eine Empfehlung an die Kantone erarbeitet werden.

⁴⁴ <https://csvd.ch/de/ > Istanbul-Konvention > Publikationen > Bestandsaufnahme zur Istanbul-Konvention, September 2018> (Stand: 15.01.2020).

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, das Thema der Dokumentation von Verletzungen bei häuslicher Gewalt in diese Arbeiten einfließen zu lassen.

7.7.2 Kosten und Finanzierung

Die Arbeitsgruppe schlägt vor, mit der SVK-OHG zu prüfen, wie die Kosten für die Dokumentation sowie allfällige weitere Kosten gestützt auf das OHG als Soforthilfe übernommen werden könnten und wie diese Kostenübernahme in ihre Empfehlungen aufgenommen werden könnte. Voraussetzung für die Übernahme der Kosten durch die Opferhilfe wäre die Einhaltung gewisser Qualitätsstandards (etwa solcher der Rechtsmedizin), damit die Dokumente in einem Gerichtsverfahren verwertet werden können.

7.8 Vertraulichkeit

In der von Nationalrat Fabian Molina am 25. September 2019 im Nationalrat eingereichten Interpellation 19.4135 «Vertrauliche Spurensicherung. Eine Möglichkeit zur Stärkung der Opferrechte?» wird der Konflikt angesprochen, der zwischen den kantonalen Melderechten und -pflichten der Gesundheitsfachpersonen einerseits und andererseits dem Interesse der Opfer besteht. Im Interesse der Opfer liegt etwa die Durchführung einer vertraulichen medizinischen Versorgung und die Möglichkeit zu entscheiden, ob und wann eine Strafuntersuchung eingeleitet werden soll.

Diese Problematik wird in der Studie lediglich aus der Perspektive der Gesundheitsfachpersonen beleuchtet. Die berufliche Schweigepflicht wird als ein wichtiges Element im Aufbau einer Vertrauensbeziehung mit der Patientin oder dem Patienten erachtet. Die Gesundheitsfachpersonen kontaktieren die Behörden deshalb oft nur zurückhaltend. Zudem zeigt die Studie, dass die Melderechte und -pflichten von zahlreichen Befragten als ein zwar wichtiges, aber auch problematisches Thema eingestuft werden. Gemäss der Arbeitsgruppe sollten die Kantone dieser Thematik, namentlich der Bedeutung einer vertraulichen medizinischen Versorgung für die Gewaltopfer, besondere Aufmerksamkeit schenken.

7.9 Auftrag im OHG

Im Postulat 14.4026 der Sozialdemokratischen Fraktion wird der Bundesrat beauftragt, die Möglichkeit zu analysieren, im OHG explizit einen Auftrag betreffend diese Thematik zu verankern. Gemäss der Arbeitsgruppe enthält das OHG bereits die notwendigen rechtlichen Grundlagen, um die Möglichkeit der Finanzierung einer rechtsmedizinischen Sprechstunde als Soforthilfe nach den Artikeln 13 und 14 OHG zu prüfen. Eine Änderung des OHG in diesem Punkt erscheint daher nicht erforderlich.

Die Arbeitsgruppe bedauert hingegen, dass bei der letzten Revision des Gesetzes darauf verzichtet wurde, einen Auftrag zuhanden der Behörden bezüglich der Information und Sensibilisierung über die Opferhilfe im Gesetz zu verankern, und schlägt vor, diesen Aspekt bei einer künftigen Revision des OHG einzubeziehen.

8 Schlussfolgerung

8.1 Allgemeine Einschätzung

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass häusliche Gewalt für das Gesundheitswesen eine wesentliche Herausforderung darstellt. Die medizinische Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt und anderer Gewaltformen muss Teil jeder kantonalen Gesundheitspolitik sein.

Der Bundesrat begrüsst die Bestrebungen der Kantone zur Einführung von Konzepten und Praktiken zur medizinischen Versorgung in Fällen häuslicher Gewalt. Er stellt fest, dass in mehreren Kantonen Konzepte und Praktiken entwickelt und eingeführt worden sind. Dies ist eine Bestätigung für die steigende Sensibilität der Kantone für dieses Thema.

Aufgrund dieser Einschätzung empfiehlt der Bundesrat den Kantonen, ihre Bestrebungen im Bereich der medizinischen Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt fortzusetzen und auf kantonaler Ebene ein umfassendes Konzept für das gesamte Kantonsgebiet einzuführen. Er lädt die GDK, die KKJPD sowie die SODK ein, diese Aspekte zu prüfen.

8.2 Information und Schulung

Der Bundesrat teilt die Auffassung der Arbeitsgruppe in Bezug auf den Bedarf, das Thema der häuslichen Gewalt besser in die Schulung der Gesundheitsfachpersonen zu integrieren. Er verweist dabei insbesondere auf seine Schlussfolgerungen zum Bericht in Erfüllung des Postulats Feri 12.3206⁴⁵. Nach der Reform des Medizinstudiums nach PROFILES⁴⁶ wird dieses nun auf der Basis von «Outcome»-basierten Lernzielen durchgeführt. Zur Thematik von häuslicher Gewalt ist in den Lernzielen verbindlich festgehalten, dass die Absolventinnen und Absolventen häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch erkennen und diagnostizieren können und in der Lage sein müssen, physische und sexuelle Gewalt zu dokumentieren⁴⁷. Der Bundesrat ist daher der Ansicht, dass diese Thematik in der medizinischen Ausbildung heute bereits genügend berücksichtigt wird.

Bezüglich ärztliche Weiter- und Fortbildung ist darauf hinzuweisen, dass der Bund nicht über die Kompetenz verfügt, einzelne Inhalte für verbindlich zu erklären. Der Bund kann daher nicht die Einführung eines obligatorischen Moduls für alle Ärztinnen und Ärzte verlangen. Der Bundesrat ist jedoch bereit, die Diskussion mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) aufzunehmen, um zu eruieren, inwiefern eine stärkere Integration der Thematik der häuslichen Gewalt innerhalb der ärztlichen Weiter- und Fortbildung angezeigt und umsetzbar ist. Dabei ist auch zu eruieren, in welchen Fachgebieten dies sinnvoll und zielführend ist. Das BAG wird zur Schliessung der ausgewiesenen Lücken entsprechende Gespräche aufnehmen.

Gleiches gilt für die Ausbildung der Pflegefachpersonen: Hier ist auf das Bundesgesetz der Gesundheitsberufe (GesBG⁴⁸) hinzuweisen, das am 1. Februar 2020 in Kraft getreten ist. Auf dieser Grundlage kann der Bund, namentlich das BAG, im Gespräch mit seinen externen Partnern Möglichkeiten der verstärkten Integration der Thematik in die Ausbildung der Pflegefachpersonen eruieren.

Der Bundesrat weist des Weiteren darauf hin, dass der Bund Finanzhilfen zur Förderung der Fachausbildung des Personals der Beratungsstellen und der mit der Opferhilfe Betrauten gewähren kann (Art. 31 Abs. 1 OHG). Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, kann der Bund somit Finanzhilfen für Schulungen gewähren, in denen die mit der Opferhilfe Betrauten, zu denen auch die Gesundheitsfachpersonen gehören, für das Thema häusliche Gewalt und andere Gewaltformen sensibilisiert und weitergebildet werden.

8.3 Gerichtsverwertbare Dokumentation

Der Bundesrat wird in der Folge das EJPD (BJ) beauftragen, mit den Kantonen (SVK-OHG) zu prüfen, wie die Kosten für die gerichtsverwertbare Dokumentation sowie allfällige weitere Kosten gestützt auf das OHG als Soforthilfe übernommen werden können und wie sie diesen Punkt in ihre Empfehlungen aufnehmen könnte. Das Erstellen einer im Zivil- oder Strafver-

⁴⁵ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home.html> > Sozialpolitische Themen > Kinder- und Jugendpolitik > Kinderschutz > Früherkennung innerfamiliärer Gewalt > Bundesratsbericht Bericht «Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen» (Stand: 11.12.2019).

⁴⁶ <http://www.profilesmed.ch> (Stand: 11.12.2019).

⁴⁷ <http://www.profilesmed.ch> > SSPS > 4.7. Psychosocial issues > SSP 235 domestic violence, sexual abuse, rape; <http://www.profilesmed.ch> > EPAS > 2. Assess the physical and mental status of the patient > SSP 235.

⁴⁸ SR 811.21.

fahren verwertbaren Dokumentation ist ein wesentliches Element für eine angemessene Versorgung der Opfer häuslicher Gewalt. Der Bundesrat teilt die Auffassung der Arbeitsgruppe, wonach die erstellte Dokumentation bestimmte Qualitätskriterien erfüllen muss, damit deren Kosten gestützt auf das OHG übernommen werden können. Er stellt fest, dass die Problematik der Finanzierung und der Qualität einer solchen Dokumentation nicht nur die Opfer häuslicher Gewalt, sondern auch die Opfer anderer Gewaltformen betrifft.

In seiner Stellungnahme zur Interpellation Molina (19.4135) wies der Bundesrat darauf hin, dass sich mit der Frage, ob die Geheimhaltungspflicht des medizinischen Personals Vorrang vor allfälligen Meldepflichten oder -rechten gegenüber den Strafverfolgungsbehörden haben soll, auch die Problematik verbindet, ob das Opfer darüber entscheiden soll, dass eine Strafuntersuchung eingeleitet wird. Dies gelte auch bei Straftaten, die von Amtes wegen verfolgt werden. In seinem Bericht vom 27. Februar 2013 in Erfüllung des Postulats Fehr 09.3878 «Mehr Anzeigen, mehr Abschreckung»⁴⁹ brachte der Bundesrat seine Überzeugung zum Ausdruck, dass dem Opfer die Möglichkeit belassen werden muss, selbst zu beurteilen, ob in seinem konkreten Fall eine Anzeige der Gewalttat zweckmässig ist oder nicht. Die Rolle des Staates sei es, diesen Schritt zu erleichtern und das Opfer vor allenfalls daraus resultierenden negativen Konsequenzen zu schützen. Damit trage er auch zur Steigerung der Anzeigequote bei. In diesem Sinn befürwortet der Bundesrat das Instrument der vertraulichen Spurensicherung und ist der Ansicht, dass die Kantone dieser Thematik besondere Aufmerksamkeit schenken sollten. In diesem Zusammenhang werden die Kantone eingeladen, die Situation der verschiedenen Opferkategorien, namentlich der Kinder, zu berücksichtigen.

8.4 Auftrag im OHG

Schliesslich betont der Bundesrat, dass die medizinische Versorgung in Fällen häuslicher Gewalt in die Zuständigkeit der Kantone fällt und dass das Thema folglich nicht im OHG zu regeln ist. Wie die Arbeitsgruppe festgehalten hat, enthält das OHG bereits die notwendigen rechtlichen Grundlagen, um die Möglichkeit der Finanzierung einer rechtsmedizinischen Sprechstunde als Soforthilfe nach den Artikeln 13 und 14 OHG zu prüfen. Der Bundesrat ist hingegen bereit, wie von der Arbeitsgruppe vorgeschlagen, bei einer künftigen Revision des OHG zu prüfen, ob für die Behörden ein Informations- und Sensibilisierungsauftrag bezüglich Opferhilfe im Gesetz verankert werden soll.

⁴⁹ <https://www.ejpd.admin.ch/ejpd/de/home.html> > Aktuell > News > 2013 > Opfer von Straftaten stärker unterstützen > Bericht des Bundesrates (Stand: 11.12.2019).



Berne, le 20 mars 2020

Prise en charge médicale des cas de violence domestique. Politiques et pratiques cantonales et opportunité d'un mandat explicite dans la LAVI

Rapport du Conseil fédéral donnant suite au
postulat 14.4026 Groupe socialiste du
26.11.2014

Table des matières

1	Contexte	4
1.1	Mandat découlant du postulat	4
1.2	Travaux connexes	4
1.2.1	Mise en œuvre de la Convention d'Istanbul	4
1.2.2	Postulat Feri 13.3441 « Gestion des menaces émanant de violences domestiques. Faire le point sur la situation juridique et créer une définition nationale »	6
1.2.3	Postulat Feri 12.3206 « Violences intrafamiliales à l'égard des enfants. Créer les conditions permettant un dépistage par des professionnels de la santé »	6
1.2.4	Postulat Glanzmann – Hunkeler 15.3945 « Prévenir la violence sur les personnes âgées »	6
1.2.5	Postulat Graf 19.3618 « Stop aux féminicides dans le contexte domestique en Suisse. Rapport sur les causes et liste de mesures »	7
2	Élaboration du rapport	7
2.1	Suspension des travaux	7
2.2	Création d'un groupe de travail interdisciplinaire	7
2.3	Mandat de recherche externe	7
3	Résultats de l'analyse de la situation en Suisse	8
3.1	Démarche	8
3.2	Etat des lieux des concepts et pratiques en Suisse	8
3.2.1	Catégories	9
3.2.2	Différences régionales	9
3.2.3	Connaissance des concepts et pratiques par les professionnels de la santé et aides souhaitées	10
3.3	Description et problématiques des concepts et pratiques identifiés	11
3.3.1	Détection précoce	12
3.3.2	Examen et documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire portant sur les blessures et les troubles des patients victimes de violence	13
3.3.2.1	En général	13
3.3.2.2	Financement	15
3.3.3	Tri et orientation vers des services et des professionnels spécialisés	16
3.3.4	Informations sur l'offre	17
3.3.5	Collaboration interinstitutionnelle	17
3.3.6	Évaluation et modifications planifiées	18
3.3.7	Statistiques	18
3.3.8	Différences au niveau des contextes d'action, des catégories professionnelles et des formes de violence	19
4	Bonnes pratiques	19
4.1	Unité de médecine des violences (UMV) du CHUV	20
4.2	Service des urgences de l'hôpital de l'Île de Berne	20
5	Recommandations pour prévenir les problèmes existants lors de la mise en œuvre des concepts et pratiques	21
5.1	Information et formation en matière de prise en charge des victimes de violence domestique	22
5.2	Collaboration interinstitutionnelle, secret professionnel et échange de données	22
5.3	Établissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire	23
6	Standards minimaux des concepts en matière de prise en charge médicale des victimes de violence domestique	23
6.1	Groupes cible et formes de violence	23
6.2	Information sur l'offre et facilité d'accès	23
6.3	Prise en charge globale des victimes de violence domestique	24
6.3.1	Détection précoce, y compris discussion de la violence domestique	24

6.3.2	Prise en charge médicale globale des victimes	24
6.3.3	Etablissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire.....	24
6.3.4	Orientation des victimes vers des services spécialisés	24
6.4	Mesures visant à garantir la durabilité des concepts	24
6.5	Mesures d'assurance qualité.....	25
7	Mesures proposées par le groupe de travail	25
7.1	Information et formation	25
7.2	Concept global.....	25
7.3	Assurance de qualité et soutien	25
7.4	Collaboration interinstitutionnelle	26
7.5	Enregistrement systématique des cas	26
7.6	Standards minimaux.....	26
7.7	Documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire	26
7.7.1	En général	26
7.7.2	Coûts et financement.....	26
7.7.3	Confidentialité	27
7.8	Mandat dans la LAVI	27
8	Conclusions.....	27
8.1	Appréciation générale	27
8.2	Information et formation	27
8.3	Documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire	28
8.4	Mandat dans la LAVI	29

1 Contexte

1.1 Mandat découlant du postulat

Le présent rapport trouve son origine dans le postulat 14.4026 « Prise en charge médicale des cas de violence domestique. Politiques et pratiques cantonales et opportunité d'un mandat explicite dans la LAVI » déposé le 26 novembre 2014 par le Groupe socialiste¹. Le Conseil fédéral a proposé d'adopter le postulat en date du 11 février 2015. Le Conseil national a adopté le postulat en date du 5 mai 2015.

Les auteurs du postulat relèvent, dans son développement, ce qui suit. « Au niveau national, l'ampleur de la violence domestique est à ce jour sous-estimée d'un point de vue politique de santé publique. Il revient aux cantons d'édicter leurs politiques et stratégies de lutte contre la violence intrafamiliale. L'approche de la violence domestique comme enjeu de santé publique diffère selon les cantons. Le canton de Vaud, par exemple, fait office de pionnier avec l'ouverture en 2006 de l'Unité de médecine des violences au sein du CHUV. Par une approche pluridisciplinaire et intégrative, l'UMV assure une prise en charge globale des victimes de violence, en particulier les constats médicaux de coups et blessures (CCB) réalisés par des médecins et des infirmières. Il est établi qu'un CCB dûment établi est une base indispensable pour que la victime puisse faire valoir le préjudice subi ou lors de l'instauration de mesures protectrices de l'union conjugale ou de procédures de divorce. L'UMV a également pour mission de poursuivre et d'intensifier la politique de formation tant dans les milieux de la santé qu'auprès de la police et des autres secteurs concernés (justice de paix, médecins installés, acteurs du réseau social, etc.). Cette politique doit permettre d'assurer une meilleure qualité des soins offerts à la population, d'augmenter le dépistage et la prise en charge précoce des situations de violence afin de diminuer l'ampleur et la gravité des répercussions de violence. D'autres cantons ont également développé des services ou des procédures dans ce domaine. Un recensement des différentes politiques et pratiques cantonales doit permettre de mettre en lumière les besoins spécifiques du milieu médical en matière de prise en charge de la violence domestique, et d'y apporter des solutions, en révélant les bonnes et mauvaises pratiques et les synergies possibles. L'opportunité de créer une base légale en la matière dans la LAVI² devra également être analysée. »

Aux termes du texte déposé, « le Conseil fédéral est chargé de faire un état des lieux des politiques et pratiques cantonales en matière de prise en charge médicale des cas de violence domestique et d'analyser l'opportunité de consacrer un mandat explicite en la matière dans la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI). » L'Office fédéral de la justice (OFJ) a été chargé d'effectuer les travaux.

1.2 Travaux connexes

1.2.1 Mise en œuvre de la Convention d'Istanbul

Le Convention d'Istanbul³ est entrée en vigueur en Suisse en date du 1^{er} avril 2018. Le domaine Violence du Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG) a été désigné comme organe national officiel responsable de la coordination, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques et autres mesures destinées à prévenir et combattre toutes les formes de violence couvertes par la Convention d'Istanbul. Au niveau cantonal, les travaux sont principalement menés par la Conférence Suisse contre la violence domestique

¹ <https://www.parlament.ch/fr> > Travail parlementaire > Curia Vista > Recherche > 14.4026 (état : 11.12.2019).

² Loi fédérale du 23 mars 2007 sur l'aide aux victimes d'infractions, RS **312.5**.

³ Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, RS **0.311.35**.

(CSVD) ainsi que par la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS).

Selon l'art. 3, let. b, de la Convention d'Istanbul, le terme « violence domestique » désigne tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime.

La Convention d'Istanbul contient également des articles spécifiques en matière de prise en charge médicale des victimes de violence. Aux termes de l'art. 20, al. 2, les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour que les victimes aient accès à des services de santé et des services sociaux, que les services disposent des ressources adéquates et que les professionnels soient formés afin de fournir une assistance aux victimes et de les orienter vers les services adéquats. L'art. 25 prévoit que les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour permettre la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils.

En ce qui concerne la formation des professionnelles, la Convention d'Istanbul prévoit à son art. 15 que les Parties dispensent ou renforcent la formation adéquate des professionnels pertinents ayant affaire aux victimes ou aux auteurs de tous les actes de violence couverts par le champ d'application de la Convention, sur la prévention et la détection de cette violence, l'égalité entre les femmes et les hommes, les besoins et les droits des victimes, ainsi que sur la manière de prévenir la victimisation secondaire (al. 1). Les Parties encouragent l'inclusion dans la formation d'une formation sur la coopération coordonnée interinstitutionnelle afin de permettre une gestion globale et adéquate des orientations dans les affaires de violence couverte par le champ d'application de la Convention (al. 2).

Dans son message concernant l'approbation de la convention d'Istanbul⁴, le Conseil fédéral arrive à la conclusion que le droit suisse satisfait dans l'ensemble aux exigences de la convention. La convention d'Istanbul poursuit une approche globale et sert de cadre de référence aux autorités, aux institutions et aux organisations à tous les niveaux fédéraux pour l'élaboration et le développement de la prévention de la violence, de la protection des victimes et de la poursuite pénale. L'amélioration de la protection des personnes victimes de violence est un processus continu et une tâche permanente.

Dans ce contexte, il sied de préciser que le Conseil fédéral a récemment adopté l'ordonnance sur les mesures visant à prévenir et à combattre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (ordonnance contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique⁵). L'ordonnance est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Le Parlement se prononcera dans le cadre du budget 2021 sur le crédit prévu pour les aides financières. Le Conseil fédéral a ainsi créé les bases légales permettant de concrétiser les mesures de prévention de la violence à l'égard des femmes et de la violence domestique. L'ordonnance permettra par exemple de soutenir des campagnes nationales d'information et de sensibilisation, des mesures de formation pour les professionnels et des projets de prévention destinés aux victimes et aux auteurs de violence. Elle contribuera par ailleurs à garantir une meilleure coordination des acteurs privés et publics, et à renforcer leur collaboration.

⁴ FF 2017 163.

⁵ RS 311.039.7.

1.2.2 Postulat Feri 13.3441 « Gestion des menaces émanant de violences domestiques. Faire le point sur la situation juridique et créer une définition nationale »

En date du 11 octobre 2017, le Conseil fédéral a approuvé le rapport « La gestion des menaces, en particulier dans le contexte de la violence domestique »⁶ en exécution du postulat cité en titre, contenant une analyse des systèmes cantonaux et interinstitutionnels de la détection, la prévention et la lutte en matière de violence domestique. Il en ressort notamment que la plupart des cantons ont instauré un concept de gestion de menaces ou œuvraient à son introduction. Les travaux du groupe de travail ayant accompagné l'OFJ dans l'élaboration du rapport ont montré qu'il n'était pas nécessaire de légiférer en la matière sur le plan fédéral. Le Conseil fédéral a partagé ledit avis dans ses conclusions au rapport, tout en soulignant qu'il s'agit d'un domaine qui ressort de la compétence des cantons. Des recommandations à l'intention de ces derniers ont été formulées.

1.2.3 Postulat Feri 12.3206 « Violences intrafamiliales à l'égard des enfants. Créer les conditions permettant un dépistage par des professionnels de la santé »

Aussi, le Conseil fédéral a approuvé le 17 janvier 2018 le rapport « Détection précoce des violences intrafamiliales envers les enfants par les professionnels de la santé »⁷ en réponse au postulat cité en titre. Ce rapport, ainsi que l'étude détaillée sur laquelle il se base, se concentrent sur la détection précoce des violences domestiques sur les enfants et les jeunes, mais comprennent aussi plusieurs explications sur d'autres mesures de détection précoce. Dans ses conclusions, le Conseil fédéral a constaté que les praticiens de la santé ont recours à des mesures de détection précoce des violences intrafamiliales mais qu'il n'existe guère de prescription sur la manière de procéder en cas de suspicions. Aussi, l'état des connaissances empiriques a été considéré insuffisant au vu de l'analyse de la littérature scientifique concernant l'adéquation, l'efficacité et l'applicabilité des mesures de détection précoce et concernant les réactions des professionnels de la santé en cas de suspicions de mise en danger du bien de l'enfant. Le Conseil fédéral a constaté que les procédures de détection précoce doivent être adaptées aux différents groupes professionnels et aux contextes dans lesquels ces derniers travaillent. Il a souligné qu'elles doivent être intégrées dans un concept institutionnel, interinstitutionnel et/ou interdisciplinaire qui réponde aux violences intrafamiliales et aux autres formes de mise en danger du bien de l'enfant en accord avec les particularités régionales. Enfin, le Conseil fédéral a indiqué que les possibilités d'échanges interdisciplinaires et de mise en réseau doivent être promues et qu'il faut intégrer systématiquement la thématique dans la formation de base, la formation postgraduée et la formation continue des professionnels de la santé, ce qui était loin d'être le cas en Suisse.

1.2.4 Postulat Glanzmann – Hunkeler 15.3945 « Prévenir la violence sur les personnes âgées »

Le postulat cité en titre charge le Conseil fédéral de rédiger un rapport pour illustrer l'étendue de la violence chez les personnes âgées et prendre des mesures appropriées. Il a été adopté le 15 juin 2017 par le Conseil national. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), chargé d'effectuer les travaux, a fait réaliser une étude par un mandataire externe afin de réunir les connaissances actuelles sur la maltraitance des personnes âgées, d'établir un état des lieux des mesures d'information, de prévention et d'intervention en Suisse,

⁶ <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home.html> > Société > Aide aux victimes d'infractions > Publications > La gestion des menaces, en particulier dans le contexte de la violence domestique. Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat Feri 13.3441 du 13.06.2013 (état : 11.12.2019).

⁷ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home.html> > Politique sociale > Politique de l'enfance et de la jeunesse > Protection de l'enfance > Détection précoce des violences intrafamiliales > Rapport du Conseil fédéral "Détection précoce par les professionnels de la santé des violences intrafamiliales envers les enfants" (état : 11.12.2019).

d'identifier les éventuelles lacunes et de proposer des pistes d'amélioration. Le rapport du Conseil fédéral, prévu pour le 2^{ème} trimestre 2020, s'appuiera sur les résultats de la recherche.

1.2.5 Postulat Graf 19.3618 « Stop aux féminicides dans le contexte domestique en Suisse. Rapport sur les causes et liste de mesures »

Le postulat cité en titre charge le Conseil fédéral d'élaborer un rapport portant sur les causes des féminicides et sur les mesures préventives et protectrices qui pourraient être mises en place. Il a été adopté par le Conseil national le 27 septembre 2019.

L'Office fédéral de la statistique (OFS) mène actuellement, avec le soutien du BFEG, une enquête pour une période de cinq ans (2019 - 2024) sur l'ensemble des homicides de la statistique policière de la criminalité (SPC). L'objet de cette enquête, qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul, est d'obtenir des informations approfondies sur les conditions de vie des victimes et des auteurs, de même que sur les circonstances, les motifs et les causes des homicides, et de disposer ainsi de données pouvant appuyer le travail de prévention. Les résultats de cette enquête seront publiés dans un rapport, lorsque suffisamment de données seront disponibles pour une analyse significative, soit probablement en 2025.

2 Élaboration du rapport

2.1 Suspension des travaux

Vu le lien de connexité avec les postulats Feri 13.3441 et 12.3206 (cf. ch. 1.2.2 et 1.2.3), il a été décidé d'attendre les conclusions des rapports donnant suite à ces derniers avant de commencer les travaux.

2.2 Création d'un groupe de travail interdisciplinaire

Pour préparer le présent rapport, l'OFJ a choisi de se faire accompagner par un groupe de travail interdisciplinaire, réunissant des représentants du BFEG, de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de l'OFAS, de la CSVD, du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), de la CCDJP, de l'Hôpital de l'Île de Berne, de l'Office de coordination en matière de violence domestique du canton St-Gall, d'une avocate indépendante ainsi que de la Conférence suisse des offices de liaison de la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (CSOL - LAVI).

2.3 Mandat de recherche externe

En avril 2018, l'OFJ a mis au concours une étude relative à la prise en charge médicale des cas de violence domestique. En juillet 2018, l'OFJ a mandaté la Haute école de Lucerne (HSLU), la Haute école spécialisée bernoise (BFH) et la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) de s'occuper de cette étude.

Les auteurs de l'étude ont été chargés d'examiner quels concepts et pratiques s'appliquent aujourd'hui dans les cantons pour garantir un soutien global en matière de prise en charge médicale des cas de violence domestique. Dans le cahier des charges relatif au mandat de recherche, il a été précisé que l'analyse devait se concentrer sur la violence domestique. Cependant, si l'examen de la situation démontrait que les concepts et les pratiques de certains cantons dépassaient ce cadre, le rapport devait le mentionner.

Le cahier des charges précisait que les points centraux de l'étude devaient être l'identification de la violence domestique, la documentation, l'information aux victimes quant aux possibilités qui leur sont offertes, l'orientation des victimes et des enfants également concernés

vers les différents organismes de soutien, ainsi que leur intégration dans un système de gestion des menaces pour la prévention de violences futures (cf. ch. 1.2.2). La question centrale était celle du financement des documents pouvant servir de moyens de preuves. Le but de l'étude était ainsi d'obtenir un aperçu des systèmes existant dans tous les cantons et de présenter concrètement les bonnes pratiques de ceux-ci.

Les experts devaient aussi, par le biais de recommandations, faire des propositions de méthodes visant à réduire les problèmes existant dans la pratique et proposer des standards minimaux, en tenant compte des différences induites par le fédéralisme. En outre, il fallait également différencier entre les professionnels de la santé, les médecins privés et les hôpitaux. Pour l'élaboration des standards minimaux, il pouvait être tenu compte des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

3 Résultats de l'analyse de la situation en Suisse

Les résultats de l'analyse de la situation en Suisse ont débouché sur un rapport final intitulé « Prise en charge médicale des cas de violence domestique »⁸ du 2 mai 2019 (ci-après rapport final). Le contenu de ce document sera résumé ci-dessous.

3.1 Démarche

Les approches méthodologiques suivantes ont été choisies par les auteurs de l'étude⁹ :

- Une recherche systématique sur Internet et dans la littérature ;
- Une enquête téléphonique non standardisée auprès de 128 représentants d'institutions (notamment bureaux cantonaux de l'égalité, services cantonaux d'intervention et de coordination contre la violence domestique) ;
- Une enquête en ligne concernant la mise en œuvre des concepts et pratiques auprès de 304 praticiens de la santé en Suisse ;
- Des analyses qualitatives et quantitatives des éléments identifiés dans le cadre de la recherche sur Internet et dans la littérature ainsi que lors des deux enquêtes.

Aussi, des critères de bonnes pratiques ont été déterminés à partir de la littérature et discutés avec le groupe de travail interdisciplinaire et l'OFJ afin de sélectionner des exemples pratiques relatifs aux différents aspects des concepts et de déduire des standards minimaux pour les concepts de prise en charge médicale des victimes de violence domestique.

3.2 Etat des lieux des concepts et pratiques en Suisse

Les auteurs de l'étude ont identifié dans les 26 cantons suisses 38 concepts et pratiques en matière de prise en charge médicale des victimes de violence domestique¹⁰. L'étude définit les notions principales utilisées dans le texte¹¹. La notion de « concept » se réfère à un plan ou à un programme portant sur les grandes lignes. Dans le même sens, la notion de « politique » doit être comprise comme une démarche entreprise par les gouvernements, les organisations ou d'autres acteurs analogues pour atteindre des objectifs déterminés. L'étude fait un usage large du terme de « concept » qui peut comprendre, en matière de prise en charge médicale des cas de violence domestique, des directives, une brochure d'information et sen-

⁸ Umgang mit häuslicher Gewalt bei der medizinischen Versorgung, Schlussbericht der Hochschule Luzern (HLU), der Berner Fachhochschule (BFH) und der Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), Luzern/Bern/Siders 2. Mai 2019 (mandant: Office fédéral de la justice ; <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home.html> > Société > Aide aux victimes d'infractions > Publications).

⁹ p. VII du rapport final.

¹⁰ p. 13 du rapport final.

¹¹ p. 6 du rapport final.

sibilisation des professionnels de la santé ou des recommandations. Ces « concepts » peuvent être accessibles au public ou être conçus comme documents internes. La notion de « pratique » se réfère en revanche aux différentes manières de prendre en charge les victimes de violence domestique en matière médicale. L'étude utilise principalement la notion de « concepts et pratiques », qui va être reprise dans le présent rapport afin d'utiliser une terminologie uniforme.

3.2.1 Catégories

L'étude et les analyses menées montrent que les concepts et pratiques identifiés peuvent être distingués selon qu'ils sont internes ou externes au système¹². Les concepts et pratiques internes au système se caractérisent par le fait que les exigences ont été élaborées par et pour les représentants du système de santé ; les concepts et pratiques externes par le fait que les exigences ont été rédigées par des représentants d'autres systèmes, comme par exemple le système de poursuite pénale. Une combinaison de concepts et pratiques internes et externes est possible.

L'étude différencie également les concepts et pratiques en fonction des mesures qu'elles contiennent ou de leurs objectifs. Elle identifie notamment les concepts et pratiques axés sur des normes, ceux axés sur l'information ainsi que ceux axés sur l'information et les structures. Les concepts axés sur des normes se réfèrent aux normes légales, comme par exemple le code pénal (CP)¹³, les lois en matière de violence domestique ou l'obligation d'aviser des médecins. Les concepts axés sur l'information ont comme objectif la sensibilisation et l'information des professionnels. Les concepts axés sur l'information et les structures ont comme but la mise en place de mesures structurelles pour la prise en charge médicale des cas de violence domestique, en particulier par la mise à disposition de professionnels spécialisés ou d'unités de médecine des violences pour prendre en charge les victimes.

3.2.2 Différences régionales

Les auteurs de l'étude ont relevé que les trois quarts des concepts et pratiques dans 20 cantons peuvent être décrits comme axés sur l'information, sept concepts et pratiques dans sept cantons comme axés sur l'information et les structures et les deux concepts et pratiques restants dans deux cantons comme axés sur des normes légales¹⁴.

Des différences nettes au niveau des régions linguistiques ont été constatées. Dans les cantons germanophones de la Suisse du Nord-Ouest, de la Suisse orientale et de la Suisse centrale ainsi que de Zurich, les concepts et pratiques sont majoritairement axés sur l'information. Par contre, la moitié des concepts et pratiques dans les cantons de la région lémanique et de l'Espace Mittelland (hormis dans le canton de Soleure) sont axés sur l'information et les structures. Les concepts et les pratiques du Tessin et du Valais sont en revanche axés sur les normes légales.

Des différences régionales entre la Suisse alémanique et la Suisse romande existent même lorsque l'on se trouve en présence de concepts et pratiques axés sur l'information et les structures. En Suisse alémanique, les concepts sont souvent développés et introduits par les professionnels de la santé respectivement par les hôpitaux, en parallèle aux concepts cantonaux, alors qu'en Suisse romande, les concepts sont en premier lieu développés par les professionnels de la santé et soutenus par les cantons.

¹² p. 13 s. du rapport final.

¹³ Code pénal suisse du 21 décembre 1937, RS 311.0.

¹⁴ p. 15 du rapport final.

L'étude montre que les différences régionales précitées s'expliquent par l'évolution différente des concepts et pratiques¹⁵. Lorsque les concepts ont été développés sous la houlette des professionnels de la santé et qu'ils sont soutenus par des instances cantonales, les mesures structurelles sont plus nombreuses, alors que lorsque le thème est considéré en premier lieu sous l'angle de la politique de sécurité au niveau cantonal et que le secteur de la santé n'est pas systématiquement associé, les mesures prises semblent porter essentiellement sur l'information et la sensibilisation. Dans ce dernier cas de figure, la décision d'adopter également des mesures structurelles dépendra de la volonté des différents professionnels de la santé ou des différents hôpitaux ou institutions, avec le risque que les concepts développés à l'intérieur du système n'aient aucun lien avec les concepts cantonaux correspondants. Cela pourrait avoir comme conséquence que les synergies potentielles ne soient pas exploitées, notamment en ce qui concerne les aspects structurels des concepts et leur financement. Il ressort de l'analyse effectuée que les cantons suisses alémaniques utilisent principalement des politiques développées d'après une logique de sécurité. En Suisse romande, la violence domestique serait plutôt traitée sous l'angle des politiques sociales et sanitaires. Le canton du Tessin représente une exception, les professionnels de la santé semblant se fonder exclusivement sur leur obligation d'aviser les autorités compétentes.

Les auteurs de l'étude arrivent à la conclusion que les concepts axés uniquement sur l'information ainsi que ceux axés uniquement sur les normes ne suffisent pas pour garantir une prise en charge adaptée des victimes de violence domestique mais qu'il faut développer un concept global orienté sur l'information ainsi que sur les structures, développé par et avec les professionnels de la santé et soutenu par le canton.

Les auteurs de l'étude estiment que la Suisse a du retard à combler à ce niveau¹⁶.

3.2.3 Connaissance des concepts et pratiques par les professionnels de la santé et aides souhaitées

Les résultats de l'enquête effectuée auprès de 304 praticiens de la santé en Suisse via un questionnaire en ligne a permis aux auteurs de l'étude de faire des constats concernant la mise en œuvre des concepts et pratiques en Suisse, notamment en ce qui concerne la connaissance des concepts et pratiques par les professionnels de la santé¹⁷.

Alors que 57% des personnes interrogées ont indiqué avoir été confrontées, dans la pratique, à au moins un cas de violence domestique dans l'année précédant l'enquête, les résultats de cette dernière montrent que seulement 24% des personnes interrogées savent qu'il existe un concept en matière de prise en charge médicale des victimes de violence domestique. Près de deux tiers des personnes interrogées (61.8%) ne connaissent aucun concept, les personnes restantes n'étant pas sûres (14.2 %). Des différences entre les différentes catégories professionnelles ont été relevées par les auteurs de l'étude. Le personnel infirmier a beaucoup plus rarement connaissance d'un concept (18.1%), comparé aux psychothérapeutes (43.6%) ou aux médecins du secteur stationnaire (46.2%) ; les médecins généralistes et les sages-femmes se situent entre deux (25.0% et 20.9%). Des différences entre les catégories professionnelles ont été constatées également en ce qui concerne la confrontation à des cas de violence domestique : 80% des médecins somatiques et des psychothérapeutes ont été confrontés au moins à un cas de violence domestique dans l'année précédant l'enquête, tandis que la proportion est de 62.8% pour les sages-femmes et de 45.9% pour le personnel infirmier.

¹⁵ p. 72 s. du rapport final.

¹⁶ p. 85 du rapport final.

¹⁷ p. 55 ss. du rapport final.

Environ la moitié seulement des personnes connaissant l'existence d'un concept se basent sur celui-ci dans la pratique. Les raisons mentionnées par les personnes interrogées sont l'absence d'intégration au niveau institutionnel des concepts, leur manque de praticabilité ainsi que le manque de temps. Les réponses aux questions montrent que, malgré la définition fournie par les auteurs de l'étude, la notion de concept a été interprétée de manière différente. Les personnes interrogées ont qualifié de concept non seulement les lois et les stratégies cantonales mais aussi les indicateurs, l'attitude personnelle ainsi que les principes régissant la conduite des entretiens. Enfin, environ un quart (24%) des personnes interrogées considèrent le concept mentionné comme « très praticable/utile », environ 40% comme « plutôt/partiellement praticable/utile », 7.4% comme « plutôt/pas du tout praticable/utile » ; environ 30% des personnes n'ont pas pu procéder à une appréciation.

Les mesures entreprises le plus souvent par les personnes interrogées lorsqu'elles ont été confrontées à un cas de violence domestique ont principalement consisté à informer les patients sur les offres d'aide et de soutien, à documenter les blessures et à diriger les patients vers des services ou professionnels spécialisés.

Environ deux tiers (67.1%) des personnes interrogées ont indiqué n'avoir suivi aucune formation sur le thème de la violence domestique. De ce point de vue, il n'est au sens des auteurs de l'étude, pas surprenant que certaines thématiques, notamment le fait de détecter la violence domestique, d'examiner la situation d'éventuels enfants ainsi que de respecter le droit et l'obligation d'aviser l'autorité compétente, aient été considérées comme importantes mais aussi comme problématiques par un grand nombre des personnes interrogées.

Sur la base de l'enquête menée, il ressort que le plus souvent les personnes interrogées souhaiteraient la mise à disposition de fondements conceptuels, comprenant notamment des lignes directrices et des brochures. Le souhait d'avoir accès à des informations en matière de bases légales a été exprimé à plusieurs reprises. Le personnel infirmier ainsi que certains représentants du milieu obstétrique, de la psychothérapie et de la médecine somatique souhaiteraient en outre des formations (continues) sur le thème de la violence domestique ainsi qu'une sensibilisation générale sur le thème. Certains représentants des différentes catégories professionnelles voient enfin le besoin d'une consultation plus compétente et à bas seuil.

3.3 Description et problématiques des concepts et pratiques identifiés

La majorité des concepts et pratiques identifiés se rapportent explicitement à la violence domestique (76%) et comprennent explicitement le fait d'exercer ou de menacer d'exercer de la violence physique, psychique ou sexuelle à l'encontre d'un adulte ou d'un enfant. Certains éléments des concepts développés en Suisse romande se rapportent spécifiquement à la violence conjugale. Trois concepts se rapportent en partie à la violence interpersonnelle de manière générale. Deux concepts se focalisent sur la violence sexuelle mais peuvent être transposés à la violence domestique ; deux autres concepts se rapportent spécifiquement à la prise en charge des maltraitements et négligences sur les enfants auprès des hôpitaux pédiatriques. La violence économique et sociale est spécifiquement mentionnée dans treize concepts et six pratiques. Les enfants en tant que personnes concernées par la violence domestique sont explicitement pris en considération dans la majorité des concepts.

Les auteurs de l'étude relèvent qu'indépendamment de la forme de violence à laquelle se rapportent les concepts et pratiques, elles couvrent principalement les aspects ci-dessous¹⁸.

¹⁸ p. 21 ss. du rapport final.

3.3.1 Détection précoce

L'analyse effectuée montre que la détection précoce des cas de violence domestique fait partie intégrante de la majorité des concepts et des pratiques identifiés (84%)¹⁹. Malgré cela, la détection précoce ainsi que le fait d'aborder le sujet avec le patient constitue un défi pour beaucoup des personnes interrogées.

L'importance d'une détection précoce de la violence domestique ainsi que les informations nécessaires aux praticiens dans ce domaine sont de manière générale transmises via les brochures destinées aux professionnels de la santé ou aux professionnels de manière générale. Ces brochures contiennent des indications concernant la manière de parler de violence avec les patients. Elles illustrent par exemple des questions-type pour aborder le sujet. De manière générale, lorsque le patient répond par la négative aux questions et que le professionnel soupçonne un cas de violence, il est recommandé d'illustrer les possibilités de soutien et de conseil et de signaler la disponibilité au dialogue. Le soupçon doit être intégré dans le dossier. Aussi, il est recommandé dans la majorité des cas d'entendre le patient seul, de prévoir assez de temps, de l'informer de l'obligation du médecin de garder le secret, de le prendre au sérieux et de ne pas le juger, afin d'éviter qu'il ne se sente responsable de la violence subie.

Le savoir en matière de violence domestique et de violence contre les personnes âgées est également transmis grâce à des formations offertes par différents acteurs du système, notamment les centres d'interventions et de coordination en matière de violence domestique au niveau cantonal, les centres de consultation LAVI, les centres d'accueil pour femmes victimes de violence, les hautes écoles spécialisées et les universités ainsi que les représentants des intérêts de différents groupes.

À la question de savoir comment il faut aborder le sujet de la violence domestique, les auteurs de l'étude relèvent qu'il est souvent recommandé aux professionnels de la santé de procéder à des questions de routine à tous les patients. Les recommandations de l'OMS²⁰ indiquent néanmoins que l'utilité d'un dépistage de routine n'est pas suffisamment prouvée pour recommander cette procédure ; il constitue entre autres une charge considérable pour les professionnels de la santé. Dans la pratique des hôpitaux ayant fait l'objet de l'enquête, il s'avère que les professionnels de la santé abordent souvent le sujet de la violence uniquement en cas de soupçons.

Comme mentionné plus haut (cf. ch. 3.2.3), 57% des personnes ayant répondu au questionnaire en ligne ont indiqué avoir été confrontées, dans la pratique, à au moins un cas de violence domestique dans l'année précédant l'enquête. Les résultats montrent qu'environ un quart de ces personnes n'ont jamais ou presque jamais abordé le sujet de la violence avec leurs patients. Trois quarts de ces personnes ont indiqué l'avoir fait occasionnellement. Une enquête de routine est menée plus rarement par le personnel infirmier (9.6%) et les médecins généralistes (5.9%) et du secteur stationnaire (0.0%) en comparaison des sages-femmes (32.0%) et des psychothérapeutes (38.7%). Des instruments de détection précoce standardisés sont utilisés rarement ; de manière générale, il est aussi rarement recommandé de les utiliser.

Sur la base de l'analyse de deux exemples pratiques de brochures²¹, les auteurs de l'étude relèvent que celles-ci ne sont pas suffisantes pour mettre les professionnels de la santé dans

¹⁹ p. 23 ss. du rapport final.

²⁰ World Health Organization, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines, Genève 2013.

²¹ Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes Vaud, Violence dans le couple, Détection-soutien-orientation des personnes victimes, Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s, Lausanne 2017 ; Berner Interventionsstelle gegen Häusliche Gewalt/SPITEX Verband Kanton Bern/Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA, Häusliche Gewalt gegen ältere Menschen: Erkennen und Hilfe einleiten, Berne 2016.

la position de savoir reconnaître dans la pratique les indicateurs de violence comme conséquence des blessures et des troubles et d'aborder le sujet avec le patient. Les professionnels de la santé devraient avoir la possibilité de participer à des formations, dans le cadre desquelles ils pourraient poser des questions et pratiquer les manières de procéder en étant guidés par des experts. Aussi, il ressort de l'étude que les brochures et les formations sont peu connues par les professionnels et n'atteignent pas toutes les catégories (par exemples le personnel infirmier et les sages-femmes). Lorsqu'il s'agit de formations payantes, il se peut que pour des raisons financières d'autres thèmes soient privilégiés par les hôpitaux.

Les enfants en tant que personnes concernées par la violence domestique ou de couple sont pris en considération dans la majorité des concepts (82%)²². Néanmoins, les concepts ne contiennent aucune indication concernant la manière de procéder en lien avec la détection précoce de la violence auprès des enfants. Le plus souvent ces indications se trouvent dans le matériel mis à disposition des professionnels qui sont régulièrement en contact avec les enfants et les jeunes, comme par exemple le personnel enseignant. Les professionnels de la santé ont également la possibilité de s'adresser à des groupes de protection des enfants ou aux CAN-Teams (« Child Abuse and Neglect-Teams »), dans lesquels il est possible de discuter des cas de manière anonyme.

3.3.2 Examen et documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire portant sur les blessures et les troubles des patients victimes de violence

3.3.2.1 En général

Dans tous les concepts et pratiques identifiés, il existe des indications concernant la documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire portant sur les blessures et les troubles des patients victimes de violence²³. Dans les brochures, il est régulièrement mis l'accent sur la pertinence de ladite documentation et sur le rôle clé des professionnels de la santé. Ces derniers doivent en informer leurs patients, souligner l'importance d'une telle démarche et préciser que la documentation ne sera transmise plus loin qu'avec leur consentement. Aussi, il ne peut être procédé à l'établissement d'un constat médical que si le patient donne son accord. Au-delà des brochures, le savoir correspondant est transmis via des formations ou des lignes directrices ; les cantons et certaines organisations mettent à disposition des informations et une documentation.

Les professionnels de la santé peuvent de manière générale contacter par téléphone le personnel des instituts de médecine légale afin de recevoir des conseils. En revanche, le recours aux instituts de médecine légale se fait généralement uniquement à travers les autorités de poursuite pénale. L'unité de médecine des violences, dans les cantons dans lesquels elle existe, est aussi une interlocutrice pour les professionnels de la santé à laquelle les patients peuvent être adressés directement.

Dans les brochures consacrées aux professionnels de la santé et dans les formations, ces derniers sont rendus attentifs aux éléments auxquels ils doivent faire attention dans le cadre de l'établissement de la documentation afin qu'elle soit utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire. Les auteurs de l'étude relèvent que les indications s'orientent de manière explicite ou implicite à la « 8-Punkte-Dokumentation », développée en Suisse²⁴ sur la base du

²² p. 26 du rapport final.

²³ p. 30 ss. du rapport final.

²⁴ FAUSCH S./WECHLIN A., Empfehlungen für das Vorgehen im Gesundheitsbereich, in: Fachstelle für Gleichstellung Stadt Zürich/Frauenklinik Maternité/Stadtpital Triemli Zürich/Verein Inselhof Triemli Zürich (Hrsg.), Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren, Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung, 2. Aufl., Bern 2010, S. 195-241.

MED-DOC-CARD®²⁵ allemand. Selon cet outil de travail, les professionnels de la santé devraient collecter des informations sur les points suivants :

1. Informations générales ;
2. Documentation de base du patient ;
3. Description du déroulement de l'acte de violence ;
4. Antécédents ;
5. Examen systématique de l'entier du corps ;
6. Diagnostic ou diagnostic présumé ;
7. Indications concernant les mesures supplémentaires ;
8. Documentation photographique.

Les auteurs de l'étude relèvent que les recommandations ci-dessus ne correspondent en partie pas aux standards médico-légaux, ce qui pourrait avoir comme conséquence que la documentation établie ne puisse pas être utilisée dans le cadre d'une procédure judiciaire. Ce cas de figure représenterait une charge inutile pour la victime et conduirait à une deuxième victimisation. Les auteurs de l'étude se réfèrent principalement au point 6 de la documentation et expliquent qu'il y a une différence entre la simple description des résultats de l'examen et l'évaluation de ces derniers. En effet, l'évaluation des résultats sort du cadre de l'établissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire. Les auteurs de l'étude font principalement référence aux recommandations de la Société Suisse de Médecine Légale (SSML)²⁶, dont il ressort que les médecins doivent se limiter aux résultats objectifs de l'examen et à la documentation ainsi qu'à la conservation des traces. Les mêmes constats ressortent de la brochure de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SGGG)²⁷.

Les recommandations contiennent également des indications concernant la manière dont les blessures doivent être documentées, notamment par des photos. Les photos ainsi que d'autres images (comme par exemple des radiographies) doivent devenir partie intégrante du dossier du patient. Dans la majorité des concepts et des pratiques il est demandé aux professionnels de la santé d'indiquer les informations données par le patient autant que possible de manière littérale. La documentation est conservée de manière générale par les professionnels de la santé ; elle doit être à disposition du patient de sorte qu'il puisse l'utiliser dans le cadre d'une procédure judiciaire. La transmission de la documentation aux centres de consultation LAVI ou aux autorités de poursuite pénale peut intervenir uniquement si le médecin a été délié du secret médical.

Un aspect intéressant concernant l'établissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire ressort des constats de Romain-Glassey et al.²⁸ : 81% des patients de l'Unité de médecine des violences du CHUV ont utilisé le constat médical de coups et blessures comme moyen de preuve ; les patients qui ne l'ont pas fait, ont néanmoins considéré l'établissement de la documentation comme (très) utile (94%). Romain-Glassey et al. en tirent dès lors la conclusion que l'établissement d'un constat médical a également un effet thérapeutique pour la victime.

²⁵ <http://www.befund-gewalt.de/> > Verletzungen dokumentieren > Anleitung zur Dokumentation > Med-Doc-Card (état : 11.12.2019).

²⁶ <https://www.sgrm.ch/fr/ssml-home/> > Médecine Forensique > Groupes de travail de la Section de Médecine forensique > Groupe QM médecine forensique > Examen clinique (allemand) (état : 11.12.2019)

²⁷ Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SGGG), Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen, Berne 2009.

²⁸ ROMAIN-GLASSEY N./GUT M./CATHIENI F./HOFNER M.-C./MANGIN P., A satisfaction survey conducted on patients of a medico-legal consultation, Journal of Forensic and Legal Medicine, 18(4), 2011, p. 158-161.

Dans le cadre de l'analyse de la mise en œuvre des concepts et pratiques, les auteurs de l'étude constatent enfin que malgré le fait que l'établissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire fasse partie des concepts cantonaux et que les informations nécessaires soient mises à disposition des professionnels de la santé, elle constitue un défi pour 21-33% des praticiens interrogés.

Une possibilité pour à la fois décharger les professionnels et garantir la qualité de la documentation serait l'embauche de professionnels bénéficiant d'une formation en médecine légale auprès des hôpitaux ou alors l'ouverture d'unités de médecine des violences. En outre, les professionnels de la santé devraient pouvoir bénéficier d'une formation afin de pouvoir s'exercer.

En règle générale, il existe des indications particulières et parfois une documentation spécifique concernant l'établissement d'un constat médical pour les patients ayant été victime de violence sexuelle. Cela s'explique notamment par le fait que les preuves ne peuvent être récoltées que dans un laps de temps limité et qu'il faut rapidement clarifier si la patiente est tombée enceinte respectivement si elle a été contaminée par une maladie sexuellement transmissible. En règle générale les patientes doivent être adressées à une clinique de gynécologie, les patients aux urgences, cela même lorsqu'il existe une unité de médecine des violences. Il est parfois fait appel à la médecine légale pour l'établissement de la documentation portant sur les blessures et les troubles. Le plus souvent les enfants victimes de violence (sexuelle) sont examinés par des professionnels spécialisés auprès des hôpitaux pédiatriques ; des pédiatres formés en gynécologie devraient être contactés en présence d'une enfant.

3.3.2.2 Financement

Si des professionnels de la santé sont mandatés par les autorités de poursuite pénale pour établir la documentation portant sur les blessures et les troubles, les coûts sont assumés par celles-ci. En l'absence d'un tel mandat, les prestations médicales doivent être facturées d'une autre manière.

Dans les documents analysés par les auteurs de l'étude qui traitent de la question du financement, la violence est considérée du point de vue des assurances sociales comme un accident²⁹. L'assurance-accidents prend en charge les frais médicaux à la condition que le patient exerce une activité dépendante de minimum 8 heures par semaine ou alors, si cette durée minimale n'est pas atteinte, que l'épisode de violence soit survenu sur le chemin pour aller au travail voir pendant le temps de travail (art. 13 OLAA)³⁰. Si le patient n'a pas d'activité lucrative,³¹ les coûts sont pris en charge par l'assurance maladie ; restent à la charge de l'assuré la franchise et la quote-part. Les coûts qui ne sont pas pris en charge par les assurances sociales peuvent être assumés par l'aide aux victimes au sens de la LAVI, à la condition que le patient s'adresse à un centre de consultation et que la qualité de victime lui soit reconnue.

Les auteurs de l'étude identifient plusieurs problématiques en lien avec la prise en charge financière. Premièrement, ils relèvent que le fait de devoir annoncer l'épisode de violence à l'assurance-accidents ou auprès d'un centre de consultation LAVI peut susciter de la peur auprès de la victime. Aussi, la facturation via l'assurance-accidents ou l'assurance maladie ne prend pas en considération le risque que l'auteur des violences puisse découvrir la facture et que la victime puisse être confrontée à des nouveaux actes de violence. Enfin, le

²⁹ p. 37 ss. du rapport final.

³⁰ Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA), RS **832.202** ; les personnes au chômage bénéficient également de la couverture de la part de l'assurance-accidents selon l'art. 1a al. 1 let. b de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA), RS **832.20**.

³¹ Ou s'il ne s'agit pas d'une personne au chômage (art. 1a al. 1 let. b LAA).

temps nécessaire pour procéder à une consultation médico-légale (environ 4-5 heures au CHUV) sort de manière évidente du cadre posé par la facturation Tarmed, comme il ressort par exemple des lignes directrices de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SGGG)³².

Selon les résultats de l'étude, les professionnels de la santé ne problématisent guère l'aspect financier dans la pratique et trouvent des solutions pour facturer ces frais à travers les structures déjà existantes. La majorité des personnes interpellées parmi celles ayant été confrontées, dans la pratique, à au moins un cas de violence domestique dans l'année précédant l'enquête, se réfèrent à l'assurance-accidents et à l'assurance maladie, d'autres évoquent la possibilité de soutien de la part de l'aide aux victimes, d'autres encore mentionnent la possibilité que l'hôpital prenne en charge les coûts non-couverts de manière gratuite ou grâce à des fonds spéciaux. Au vu des difficultés de facturation des prestations fournies dans les échelles tarifaires actuelles, les auteurs de l'étude se posent la question de savoir si la documentation établie par les professionnels facturant leurs prestations via les assurances sociales répond aux standards. Le risque spécifique que la victime ne prenne pas en charge les prestations médicales fournies est par contre plus fréquemment problématisé.

Les auteurs de l'étude relèvent que les difficultés rencontrées par les victimes dans le paiement des prestations fournies, notamment les moyens financiers limités et la peur que l'auteur des violences puisse découvrir la facture, ainsi que les difficultés de facturation rencontrées par les professionnels de la santé, peuvent amener ces derniers à éviter d'aborder le sujet de la violence avec les patients, même lorsqu'il existe des soupçons. Aussi, les difficultés de facturation pèsent encore davantage sur le manque de temps que les médecins peuvent consacrer à leurs patients, empêchant ainsi de manière notable la détection précoce des cas de violence domestique.

Le seul canton ayant réglé la question du financement de la documentation est le canton de Vaud. Les coûts des prestations offertes par l'Unité de médecine des violences (UMV) du CHUV sont pris en charge par le département de la santé en tant qu'aide immédiate au sens de la LAVI ou en tant que « prestation de santé publique ». Grâce à cette solution, les professionnels de la santé ne doivent pas craindre que les prestations fournies ne soient pas payées. Les patients peuvent de leur côté se soumettre à l'examen médical sans avoir peur que l'auteur de violences puisse découvrir la facture correspondante. Ainsi, la probabilité que les professionnels de la santé abordent le sujet de la violence domestique augmente, tout comme la possibilité que les patients consultent les professionnels de la santé.

3.3.3 Tri et orientation vers des services et des professionnels spécialisés

Les auteurs de l'étude constatent que le tri et l'orientation des patients victimes de violence domestique font partie intégrante de presque tous les concepts et pratiques analysés. Afin d'informer les victimes de l'offre existante, les cantons mettent à disposition des dépliants, des brochures et des cartes indiquant les numéros à appeler en cas d'urgence dans plusieurs langues, à exposer dans les cabinets médicaux et à remettre sur demande aux patients.

Les praticiens de la santé trouvent pour leur part les renseignements nécessaires sur l'offre d'aide dans les brochures consacrées aux professionnels. De manière générale, ces supports d'information contiennent également des offres destinées aux enfants victimes, aux patients de langue étrangère ainsi qu'aux auteurs de violence. Le fait de contacter un centre spécialisé ou un centre de consultation pouvant constituer une charge importante pour la victime, les professionnels de la santé doivent la soutenir dans ces démarches. Le souhait de la

³² Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SGGG), Leitfaden Häusliche Gewalt. Verbesserung der Betreuung betroffener Frauen, Berne 2009.

victime de ne pas accepter les offres de soutien doit être respecté. En présence de personnes incapables de discernement ou d'enfants, il est de manière générale conseillé de prendre contact avec l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte.

La majorité des concepts et pratiques identifiés englobent une estimation des risques ainsi que l'établissement d'un plan de sécurité. Les professionnels de la santé peuvent dans ce cas solliciter l'aide des services cantonaux ou de la police. Des offres d'aide pour les auteurs de violence existent dans la majorité des concepts analysés.

3.3.4 Informations sur l'offre

Des informations relatives à la manière dont les victimes sont informées sur l'offre médicale existent dans 34 des concepts et pratiques analysés. Les auteurs de l'étude renvoient aux cartes portant les numéros à appeler en cas d'urgence, aux affiches et aux brochures mises à disposition par les centres cantonaux et qui s'adressent non seulement aux adultes mais également aux jeunes et à leur environnement. En général, ces documents sont également disponibles sur Internet, de sorte que les informations sont accessibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les informations sont normalement disponibles dans plusieurs langues.

Les auteurs de l'étude soulignent l'importance de garantir un accès à bas seuil à l'offre d'aide. Les horaires d'ouverture ainsi que la localisation des offres d'aide doivent être pris en considération. L'offre doit typiquement être accessible également pour les patients venant de la campagne. Dans ce cadre, il est fondamental que les médecins généralistes soient également suffisamment informés sur le thème de la violence domestique ainsi que sur les stratégies d'action.

Les auteurs de l'étude relèvent qu'il semble que les besoins des personnes souffrant de déficiences (cognitives) ne soient pour le moment pas pris en compte dans la communication d'informations (par exemple grâce à des informations en langue facile à lire).

3.3.5 Collaboration interinstitutionnelle

Il ressort de l'étude que dans la majorité des cantons il existe des comités interinstitutionnels au niveau cantonal et régional regroupant les représentants des différents milieux. La collaboration se déroule parfois également au niveau intercantonal. Elle est souvent institutionnalisée à travers des tables rondes, des commissions, des groupes de travail ou des systèmes de gestion de menaces. Dans certains groupes et commissions, des discussions anonymes des cas sont organisées. D'autres possibilités de réseautage sont rendues possibles par les formations.

Des différences au niveau régional ont été identifiées à ce niveau. Alors qu'en Suisse romande des représentants du système de la santé comptent régulièrement parmi les membres permanents des comités, le secteur de la santé est représenté de manière très différente en Suisse alémanique. Cet aspect peut avoir comme conséquence que la perspective du système de la santé ne soit pas prise en considération systématiquement dans le cadre des travaux des comités et que la transmission d'informations aux praticiens ne soit pas garantie. Par ailleurs, les auteurs de l'étude constatent que le manque d'informations (régulières) pourrait expliquer pour quelles raisons les concepts cantonaux ne sont pas connus par la majorité des personnes interrogées et pourquoi la praticabilité des concepts connus n'a pas pu être évaluée par une grande partie des personnes interrogées.

Le secret professionnel, auquel sont soumis les médecins et dont la violation est réprimée par le Code pénal (art. 321 CP), représente souvent un obstacle à la collaboration interinstitutionnelle et ceci même quand il existe le droit ou l'obligation d'aviser³³. Dès lors, les concepts basés sur les normes légales comme par exemple le Tessin, qui prévoit une obligation d'aviser l'autorité compétente pour les médecins, ne résolvent pas les problèmes, du moins pas pour tous les professionnels de la santé. En effet, le secret professionnel est considéré comme un élément important dans la construction du rapport de confiance avec le patient.

Au vu des constats qui précèdent, la possibilité de discuter des cas de manière anonyme s'avère très précieuse pour les professionnels de la santé. Néanmoins, les offres existantes ne semblent pas encore être connues de manière suffisante. Aussi, il ressort de l'étude que les professionnels de la santé prennent souvent contact avec réticence avec les autorités civiles et pénales. Des règles claires concernant l'échange de données entre les différents acteurs du système sont souvent prévues uniquement dans le cadre des systèmes de gestion de menaces, dans lesquels sont surtout impliqués les médecins spécialisés en psychiatrie forensique.

Pour éviter que la qualité de la collaboration et le réseautage ne dépendent de l'initiative de chacun, il est nécessaire de définir un cadre et de mettre à disposition les ressources nécessaires pour que le réseau soit entretenu.

3.3.6 Évaluation et modifications planifiées

Les auteurs de l'étude relèvent que les concepts et pratiques identifiés semblent rarement être soumis à des évaluations³⁴. La plupart des évaluations effectuées remontent déjà à plusieurs années et portent souvent sur l'acceptation d'éléments d'une politique et non pas sur son impact. Les concepts internes aux institutions sont souvent évalués régulièrement sans que les résultats de l'évaluation soient publiés, ce qui empêche les autres acteurs de profiter des expériences faites.

À côté des évaluations, les concepts sont adaptés en raison de changements structurels ou de la loi. Dans certains cantons, des modifications sont planifiées ou sont considérées comme nécessaires, mais ils manquent les ressources financières.

3.3.7 Statistiques

Afin de pouvoir mettre à disposition et coordonner une prise en charge médicale adaptée des victimes de violence domestique, il est important de collecter dans le système de soins les informations sur les cas traités³⁵. Depuis 2009 les cas de violence domestique sont comptabilisés dans la Statistique policière de la criminalité (SPC)³⁶. De plus, les centres de consultation LAVI tiennent leur propre statistique, qui est réunie au niveau fédéral par l'Office fédéral de la statistique (OFS)³⁷.

Il ressort des résultats de l'étude qu'uniquement neuf des concepts identifiés dans sept cantons prévoient l'établissement d'une statistique des cas de violence domestique en matière de prise en charge médicale. Dans trois de ces concepts, les statistiques concernent uniquement la violence contre les enfants.

³³ Pour plus d'informations (sous ch. 5) : <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home.html> > Société > Aide aux victimes d'infractions > Publications > La gestion des menaces, en particulier dans le contexte de la violence domestique. Rapport du Conseil fédéral en exécution du postulat Feri 13.3441 du 13.06.2013 (état : 11.12.2019).

³⁴ p. 49 s. du rapport final.

³⁵ p. 51 ss. du rapport final.

³⁶ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html> > Trouver des statistiques > Criminalité et droit pénal > Police > Violence domestique (état : 11.12.2019).

³⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html> > Trouver des statistiques > Criminalité et droit pénal > Aide aux victimes (état : 11.12.2019).

L'OMS³⁸ recommande la collecte systématique des données suivantes :

- Caractéristiques principales de la personne touchée par la violence ;
- Forme de violence (physique, sexuelle, psychique) ;
- Relation victime-auteur ;
- Problèmes de santé de la victime ;
- Examens effectués ;
- Mesures thérapeutiques ;
- Orientation vers d'autres centres spécialisés, autres mesures de soutien.

Les résultats de l'étude montrent que les données en matière de prise en charge médicale des cas de violence domestique ne sont en Suisse guère collectées, notamment au niveau cantonal. Les statistiques de la SPC ainsi que celles tenues par les centres de consultation LAVI ne donnent pas d'indications par rapport au nombre de personnes touchées par la violence domestique qui s'adressent aux professionnels de la santé. L'étendue des registres et par conséquent leur valeur probante diffèrent. Les auteurs de l'étude relèvent que les concepts qui comprennent un système de collecte des données systématique ont été développés par les professionnels de la santé et, en partie, soutenus par les cantons.

3.3.8 Différences au niveau des contextes d'action, des catégories professionnelles et des formes de violence

Il ressort de l'étude qu'il y a peu de différences au niveau des concepts par rapport au contexte d'action (cabinet privé ou hôpital) ainsi que par rapport aux différentes catégories professionnelles. Néanmoins, les brochures s'adressent de manière explicite ou implicite aux médecins généralistes et aux médecins de famille pour adultes et atteignent moins le personnel infirmier ou les sages-femmes.

En ce qui concerne les différentes formes de violence, les auteurs de l'étude relèvent que sur la base de l'analyse, on a l'impression que la manière de procéder avec les victimes de violence sexuelle (cf. ch. 3.3.2.1) soit mieux ancrée au niveau structurel par rapport à la manière de procéder avec les victimes de violence domestique. Ils expliquent cette observation par le fait que le thème de la violence sexuelle a été abordé plus tôt.

Des différences entre la manière de procéder au niveau stationnaire et ambulatoire sont également décelables. Dans les cliniques ou dans les hôpitaux il y a plus souvent la possibilité d'échanger entre collègues de manière interdisciplinaire. De plus, les services sociaux internes aux hôpitaux déchargent de manière importante les professionnels de la santé, par exemple en ce qui concerne le tri. Ils permettent aussi de limiter l'accès à la documentation attestant les blessures et les troubles, dans la mesure où ils s'occupent dans certains hôpitaux de la conserver. La possibilité d'engager du personnel soignant formé en matière médico-légale est également plus grande au niveau stationnaire.

4 Bonnes pratiques

Afin de concrétiser les standards minimaux développés sous ch. 6, le groupe de travail interdisciplinaire ayant accompagné l'OFJ dans les travaux a décidé, sur la base des résultats de l'étude, de présenter deux concepts cantonaux parmi les différentes bonnes pratiques existantes. Il s'agit de l'UMV du CHUV et du Service des urgences de l'hôpital de l'Île de Berne.

³⁸ World Health Organization, Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence, Genève 2017.

4.1 Unité de médecine des violences (UMV) du CHUV

Dans le domaine de la prise en charge médicale des victimes de violence domestique le canton de Vaud fait office de pionnier avec l'ouverture en 2006 de l'UMV au sein du CHUV³⁹. L'UMV assure une prise en charge globale des victimes de violence par une approche pluridisciplinaire et intégrative. Il tient compte de la situation des enfants et des jeunes exposés à la violence conjugale. L'UMV est rattachée au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML). La consultation de l'UMV est destinée à toute personne adulte (dès 16 ans) victime de violence, indépendamment du fait qu'il s'agisse de violence domestique ou d'autres formes de violence. L'établissement des constats médicaux de coups et blessures est au centre de l'activité de l'unité. L'unité est composée d'une responsable de l'Unité, des médecins légistes, d'une équipe infirmière spécifiquement formée, d'une chargée de recherche et de secrétaires.

Une grande partie de la prise en charge médicale des victimes de violences est assumée par le personnel infirmier formé en matière médico-légale, qui parle avec les victimes de leur vécu, s'occupe de l'examen médical et établit le constat médical que ces dernières pourront utiliser dans le cadre d'une procédure civile, pénale ou administrative. Le personnel infirmier s'enquiert auprès des victimes de leurs besoins, évalue leurs ressources et les informe sur les possibilités de soutien. La consultation est confidentielle.

Le concept développé au CHUV tient compte du fait qu'une collaboration interdisciplinaire et interinstitutionnelle efficace est nécessaire au regard de la protection et du soutien des victimes ainsi qu'au regard des auteurs. En effet, l'UMV travaille de manière interdisciplinaire et coopère avec les autres unités de l'hôpital, comme par exemples les maternités, ainsi qu'avec les acteurs externes, comme par exemple les centres de consultation LAVI ou les autorités de poursuite pénale.

Un des éléments centraux du concept développé au CHUV réside dans le fait que les coûts en lien avec la prise en charge des victimes de violence ne sont pas à la charge des victimes mais sont assumés par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), soit en tant qu'aide immédiate au sens de la LAVI, soit en tant que « prestation de santé publique ». La consultation est dès lors gratuite pour les patients.

À travers son offre de formation continue et la recherche sur la thématique des violences interpersonnelles, l'UMV contribue également à faire en sorte que le thème de la violence domestique soit systématiquement ancré en tant que question de santé publique au niveau cantonal.

L'UMV collecte systématiquement les données relatives aux cas traités.

Une Unité de médecine des violences existe depuis le 5 novembre 2012 à l'Hôpital d'Yverdon-les-Bains (eHnv), depuis le 1^{er} janvier 2016 à l'Hôpital Riviera-Chablais, site de Montreux (HRC) et depuis le 1^{er} octobre 2018 à Nyon.

4.2 Service des urgences de l'hôpital de l'Île de Berne

En Suisse alémanique, il n'existe actuellement aucune offre comparable à celle de l'UMV. Un concept de prise en charge de victimes de violence domestique a néanmoins été développé et mis en œuvre par le Service des urgences de l'hôpital de l'Île de Berne⁴⁰. Dans le canton de Berne spécifiquement, les victimes peuvent également s'adresser au City-Notfall qui offre un point de contact pour les victimes de violence domestique.

³⁹ p. 18 s. du rapport final ; <https://www.curml.ch/unite-de-medecine-des-violences-umv> (état: 11.12.2019).

⁴⁰ p. 19 s. du rapport final.

Le Service des urgences de l'hôpital de l'Île de Berne a notamment élaboré des indications sur la manière de procéder dans la prise en charge des victimes de violence domestique. Ces indications servent à la formation de l'équipe et sont un instrument de travail quotidien disponible à partir du tri des patients, c'est-à-dire lors du premier contact avec le patient. Elles définissent les tâches de chaque professionnel de la santé. Elles intègrent également des dépliants destinés aux victimes, contenant des informations sur les différentes offres d'aide.

Le concept élaboré au Service des urgences de l'hôpital de l'Île prévoit une prise en charge médicale composée de plusieurs phases. Dans une première phase, les données personnelles des patients sont enregistrées ; une évaluation du danger existant pour la victime a lieu et les mesures de sécurité nécessaires sont les cas échéant prises. Dans une deuxième phase intervient le tri des patients ; des règles spécifiques sont prévues pour les victimes d'infractions contre l'intégrité sexuelle. En particulier, les victimes de sexe féminin sont redirigées vers la clinique gynécologique afin de procéder à un relevé des traces. Les hommes sont pour leur part pris en charge par les urgences, en collaboration avec l'institut de médecine légale. Dans la phase de tri les premiers soins sont les cas échéant administrés. Le patient est ensuite pris en charge d'abord par le personnel infirmier puis par le médecin, qui procède aux soins d'urgence et établit une documentation minimale (date et heure des événements, durée, documentation photographique, etc.). Lorsque le patient peut quitter l'hôpital, un rendez-vous lui est fixé dans les 48 heures qui suivent avec un chef de clinique de l'équipe centrale. Ce contrôle ultérieur a notamment pour but de procéder à l'établissement d'une documentation médico-légale (si elle n'a pas encore été établie auparavant), d'assurer un suivi du patient au niveau physique ainsi que de procéder à une évaluation de son état psychique. De plus, il permet de clarifier avec le patient quelles sont les offres d'aide possibles et de lui fournir les informations nécessaires. Enfin, le chef de clinique effectue un examen de la situation d'éventuels enfants et implique le cas échéant les groupes de protection des enfants. Afin de garantir la protection des données du patient, la documentation établie à l'aide d'un formulaire est enregistrée dans un « share point » séparé, dont l'accès est réservé à l'équipe centrale et à une secrétaire. L'équipe centrale est notamment composée par des chefs de clinique des urgences provenant de différents milieux médicaux et ayant reçu une formation de trois heures en matière médico-légale.

Actuellement, l'offre du Service des urgences de l'hôpital de l'Île de Berne se limite aux victimes de violence domestique qui s'adressent aux urgences de cet hôpital.

5 Recommandations pour prévenir les problèmes existants lors de la mise en œuvre des concepts et pratiques

Comme mentionné plus haut (cf. ch. 3.2.3), l'étude montre que des concepts et des pratiques devant garantir la prise en charge au niveau médical des victimes de violence domestique existent déjà en Suisse. Néanmoins, il ressort du sondage mené que ces concepts et pratiques sont à peine connues par les praticiens et que, même quand ils le sont, la prise en charge des victimes de violence domestique ne se base pas sur ceux-ci.

Sur la base des résultats de l'étude, il a été possible de déduire des recommandations pour éviter les problèmes existants lors de la mise en œuvre des concepts et pratiques⁴¹.

⁴¹ p. 78 ss. du rapport final.

5.1 Information et formation en matière de prise en charge des victimes de violence domestique

L'étude montre qu'un des problèmes principaux en lien avec la mise en œuvre des concepts est le manque d'information des professionnels de la santé dans le domaine de la violence domestique et par rapport aux concepts existants.

Afin que les professionnels de la santé soient en mesure de prendre en charge de manière adéquate les victimes de violences domestiques, il apparaît fondamental d'ancrer systématiquement le thème de la violence domestique dans la formation initiale, la formation postgraduée et la formation continue des professionnels de la santé en Suisse, de sorte que la connaissance du domaine ne dépende pas de l'intérêt personnel de chacun. Dans le cadre des formations, les professionnels de la santé auraient également la possibilité de réfléchir à leurs schémas de pensées inappropriés et d'effectuer des exercices pratiques. Dans la mesure où ces formations sont conçues de manière interdisciplinaire, elles offriraient aussi une possibilité de réseautage. Afin que les professionnels de la santé puissent profiter des formations offertes, il faut non seulement que la question du financement soit résolue mais aussi qu'ils puissent bénéficier du temps nécessaire pour y participer.

Les auteurs de l'étude soulignent également l'importance des brochures d'information et des lignes directrices sur la thématique, qui permettent de servir de cadre de référence dans la pratique. Ces documents doivent être régulièrement vérifiés et actualisés et leur existence doit systématiquement être rappelée aux professionnels de la santé.

5.2 Collaboration interinstitutionnelle, secret professionnel et échange de données

En raison de l'obligation de garder le secret professionnel (art. 321 CP), les professionnels de la santé sont souvent confrontés à la question de savoir s'ils doivent ou peuvent signaler le cas aux autorités civiles et pénales. Afin que cette insécurité au niveau juridique n'ait pas comme résultat que les praticiens évitent d'aborder avec leurs patients le thème de la violence, ceux-ci doivent non seulement pouvoir acquérir les connaissances juridiques nécessaires lors des formations ou grâce aux brochures mais aussi avoir la possibilité de discuter des leurs doutes dans le cadre des formations afin de pouvoir trouver des stratégies de résolutions des problèmes dans la pratique.

L'obligation de garder le secret professionnel est étroitement liée à la question de l'échange de données. Les auteurs de l'étude relèvent que la possibilité pour les professionnels de la santé de pouvoir échanger avec les autres acteurs du système les décharge de manière importante. Une bonne collaboration interinstitutionnelle présuppose le respect mutuel entre les différents acteurs, qui doivent connaître leurs compétences respectives et leurs limites. Il s'ensuit ainsi que la collaboration interdisciplinaire doit être voulue et ancrée au niveau institutionnel, afin que son succès ne dépende pas uniquement de l'engagement de quelques personnes. L'échange de données doit être réglé de manière explicite et les professionnels de la santé doivent être régulièrement représentés dans les commissions cantonales et régionales en matière de violence domestique, de sorte que leur perspective puisse être prise en compte dans le développement des concepts et que les informations puissent circuler jusqu'aux praticiens. À ce propos, les moyens financiers et les ressources en personnel nécessaires doivent être mis à disposition, comme le mentionne également l'art. 8 de la Convention d'Istanbul.

5.3 Établissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire

Afin de garantir la qualité de la documentation constatant les blessures et les troubles et d'éviter une deuxième victimisation du patient victime de violence en raison d'une documentation insuffisante, les professionnels de la santé doivent recevoir les informations nécessaires à son établissement lors de la formation initiale, de la formation postgraduée et/ou de la formation continue. Les brochures informatives doivent contenir les informations suffisantes et tenir compte des standards médico-légaux.

Un concept orienté uniquement sur l'information ne suffit pas pour garantir une prise en charge adéquate des victimes de violence domestique. Les praticiens devraient au moins avoir la possibilité de pouvoir consulter par téléphone des professionnels formés afin d'être conseillés. Il pourrait s'agir notamment de professionnels de soins spécialisés (par exemple en matière médico-légale) ou alors de collaborateurs des unités de médecine des violences.

La documentation doit être enregistrée dans le dossier du patient et être mise à sa disposition sur demande. Les hôpitaux devraient vérifier s'il existe la possibilité de garantir que seul un nombre limité de personnes puissent avoir accès à la documentation (en prévoyant qu'elle soit enregistrée auprès d'un autre service comme par exemple le service social interne à l'hôpital).

6 Standards minimaux des concepts en matière de prise en charge médicale des victimes de violence domestique

Les auteurs de l'étude ont déduit de la littérature des standards minimaux en matière de prise en charge médicale des victimes de violence domestique et ont relevé que les aspects suivants devraient au moins être abordés par les concepts cantonaux⁴².

6.1 Groupes cible et formes de violence

L'étude rappelle que, du moins en observant les données statistiques disponibles, les femmes sont plus souvent victimes de violences domestiques que les hommes. Les hommes sont cependant aussi touchés par la violence domestique. Une attention particulière doit être portée aux enfants victimes de violence domestique ainsi qu'à la violence domestique dans un contexte de soins.

Non seulement la violence physique et sexuelle doit être prise en compte mais également et de manière explicite la violence psychique, sociale et économique, ainsi que la négligence en relation avec les enfants et les personnes dépendantes de soins.

6.2 Information sur l'offre et facilité d'accès

L'information concernant l'offre médicale doit être accessible facilement jour et nuit par les personnes touchées, ce qui est possible par exemple grâce à des dépliants et aux pages d'accueil des sites Internet au niveau cantonal et institutionnel. Il faut veiller aux besoins spécifiques de certains groupes cible, tout en s'assurant que les victimes ne soient pas exposées au risque de nouvelles violences du fait qu'elles se procurent les informations nécessaires. L'offre en elle-même doit aussi être accessible facilement. Les victimes doivent pouvoir entrer jour et nuit en contact avec les professionnels formés, indépendamment de leur lieu de vie (ville ou campagne).

⁴² p. 82 du rapport final.

6.3 Prise en charge globale des victimes de violence domestique

Les auteurs de l'étude ont relevé que la prise en charge médicale de victimes de violence domestique doit être globale et doit comprendre au moins les étapes suivantes.

6.3.1 Détection précoce, y compris discussion de la violence domestique

Les professionnels de la santé sont souvent les premiers interlocuteurs des victimes de violence domestique. Ils ont dès lors un rôle central dans leur prise en charge et dans la détection précoce des cas de violence domestique. Indépendamment du fait qu'il soit procédé à un dépistage de routine (déconseillé par les recommandations de l'OMS⁴³) ou que le thème soit abordé avec les patients, il est important que les concepts globaux des cantons intègrent des mesures de détection précoce.

6.3.2 Prise en charge médicale globale des victimes

La prise en charge des victimes ne doit pas se limiter à la prise en charge des blessures et des douleurs physiques. Elle doit aussi intégrer la prise en charge des conséquences psychiques de la violence, une évaluation de la mise en danger de la victime ainsi que l'établissement d'un plan de sécurité. Il faut procéder de manière respectueuse et avec circonspection afin d'éviter une deuxième victimisation.

6.3.3 Etablissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire

Les prescriptions pour l'établissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire doivent respecter les standards de médecine légale. Les professionnels de la santé doivent pouvoir disposer d'une documentation et poser leurs questions auprès d'un interlocuteur disposant des compétences nécessaires.

6.3.4 Orientation des victimes vers des services spécialisés

Lorsque les victimes sont orientées vers des services spécialisés, les besoins spécifiques des patients doivent être pris en compte.

6.4 Mesures visant à garantir la durabilité des concepts

L'étude souligne que différentes mesures devraient être prises en considération afin de garantir la durabilité des concepts en matière de prise en charge médicale de victimes de violence domestique.

Tout d'abord, les auteurs de l'étude mettent l'accent sur la formation. Ils constatent notamment que dans le cadre des formations, les professionnels de la santé peuvent acquérir les compétences nécessaires, exercer la manière de procéder en matière de violence et avec les victimes ainsi que se confronter avec les autres acteurs du système.

Une réglementation claire du financement des prestations fournies est également fondamentale. Afin d'éviter que les professionnels de la santé craignent de voir leurs honoraires impayés, il est indispensable de régler de manière claire la prise en charge des coûts des prestations fournies. Le système mis en place par le CHUV, qui prévoit une prise en charge des coûts par les cantons, a comme avantage que le patient ne doit pas se soucier du fait qu'il ne pourra pas payer la facture ou alors qu'il pourrait être à nouveau victime de violence si l'auteur devait découvrir la facture.

⁴³ World Health Organization, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines, Genève 2013.

Les auteurs de l'étude soulignent ensuite la nécessité que les responsabilités soient claires et qu'il existe des accords entre les institutions concernées. L'échange de données entre les institutions doit être règlementé de manière claire.

Enfin, les ressources nécessaires doivent être consacrées à la mise en place des canaux de communication entre les acteurs du système afin que les représentants des différents milieux puissent échanger et s'accorder sur la manière de collaborer sur la base de cas concrets. Il est fondamental que chaque acteur connaisse les compétences et les limites du travail de chacun. Les lignes directrices et les indications doivent être fixées par écrit.

6.5 Mesures d'assurance qualité

Une mesure pouvant à la fois augmenter la qualité de la prise en charge des victimes de violence domestique, le caractère utilisable de la documentation ainsi que contribuer à décharger les médecins et le personnel soignant impliqué, est l'engagement de professionnels spécialisés. Il pourrait s'agir de professionnels de la santé spécifiquement formés en matière forensique engagés auprès des hôpitaux ou alors de la mise en place d'une unité de médecine de violences.

Aussi, l'application des concepts devrait être évaluée régulièrement. Les problèmes existants devraient être identifiés et traités.

7 Mesures proposées par le groupe de travail

Le groupe de travail interdisciplinaire ayant accompagné l'OFJ dans les travaux constate que les concepts existent mais souvent uniquement de manière ponctuelle, par exemple dans certains hôpitaux ou lieux ou alors uniquement sous forme de brochure d'information sans ancrage structurel. Ces concepts ne sont en outre guère connus par les professionnels de la santé et, même quand ils sont connus, ils ne sont pas souvent suivis dans la pratique. Sur la base des résultats de l'étude, il propose les mesures suivantes.

7.1 Information et formation

Le groupe de travail soutient la possibilité de renforcer la thématique dans la formation des médecins. Il propose que cette question soit discutée avec l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM). Il relève que non seulement les médecins devraient être touchés mais également le personnel infirmier, qui est normalement sujet à moins de variations de personnel.

7.2 Concept global

Le groupe de travail relève qu'aucun canton ne connaît une politique qui couvre tous les besoins. Il encourage les cantons à développer un tel concept couvrant l'ensemble du territoire, axé à la fois sur l'information et les structures.

7.3 Assurance de qualité et soutien

Le concept global qui devrait être mis en place par les cantons devrait assurer la qualité de la prise en charge au niveau médical des victimes de violence domestique. Des unités de médecine des violences devraient être mises en place par les cantons. Alternativement, les hôpitaux devraient engager du personnel de soins formé en matière médico-légale. Des bons exemples existent en Suisse pour ces deux formes de concept (cf. ch. 4).

Le groupe de travail constate que le personnel médical serait déchargé par ces mesures car il pourrait se référer à un interlocuteur spécialisé lors de la prise en charge de victimes de violence domestique. Les hôpitaux pourraient pour leur part économiser des coûts sur le long-terme.

7.4 Collaboration interinstitutionnelle

Le groupe de travail souligne l'importance de mettre en place une collaboration interinstitutionnelle efficace. Le concept global mentionné sous ch. 7.2 devrait comprendre des mesures visant à inclure les différents acteurs du domaine de la santé (médecins d'urgence, médecins de famille, pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, gynécologues, sages-femmes, personnel infirmier, pharmaciens, etc.) dans les tables rondes concernant la violence domestique existantes dans les cantons. Il est fondamental que tous les acteurs connaissent le rôle de chacun et sachent à qui s'adresser et à qui transmettre les données.

7.5 Enregistrement systématique des cas

La collecte de données en matière de violence est aussi un thème faisant partie des travaux de mise en œuvre la Convention d'Istanbul. Le groupe de travail met l'accent sur la nécessité que les données soient compatibles entre elles et que leur collecte soit standardisée, afin que ces mêmes données puissent être comparées entre les cantons et fournies dans la cadre de la procédure d'évaluation prévue par la Convention d'Istanbul. Ces données doivent en particulier aussi servir à identifier les besoins afin de pouvoir prendre les mesures nécessaires ou développer les mesures existantes.

7.6 Standards minimaux

Le groupe de travail suggère que les cantons s'inspirent des bonnes pratiques développées, comme par exemple dans le canton de Vaud, qui a mis en place depuis 2006 déjà une unité de médecine des violences auprès du CHUV de Lausanne. Les cantons pourraient en outre intégrer et définir dans leur concept global les standards minimaux déduits de la littérature et exposés dans l'étude.

7.7 Documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire

7.7.1 En général

La CSVD a élaboré un rapport sur la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul au niveau cantonal sur mandat de la CCPJD et de la CDAS⁴⁴. Le rapport identifie sept priorités pour la mise en œuvre des mesures intercantionales. L'une de ces priorités concerne l'art. 25 de la Convention d'Istanbul portant sur le soutien aux victimes de violences sexuelles. Le but est de fournir aux victimes de violences sexuelles la possibilité de pouvoir bénéficier facilement des examens médicaux et médico-légaux nécessaires. L'accès confidentiel à un centre de crise à bas seuil a pour but de garantir qu'une documentation de bonne qualité portant sur les blessures et les traces de violence puisse être établie même en l'absence d'une dénonciation pénale. Dans ce contexte, l'objectif est de faire un état des lieux des bonnes pratiques et des difficultés rencontrées et d'élaborer une recommandation pour les cantons.

Le groupe de travail recommande d'inclure dans ces travaux le thème de la documentation des blessures causées par la violence domestique.

7.7.2 Coûts et financement

Le groupe de travail propose qu'il soit examiné avec la CSOL-LAVI comment les coûts pour l'établissement de la documentation ainsi que les autres coûts éventuels sont pris en charge par la LAVI en tant qu'aide immédiate et comment cette prise en charge des coûts pourrait être insérée dans ses recommandations. La prise en charge des coûts par la LAVI devrait

⁴⁴ <https://csvd.ch/> > Convention d'Istanbul > Publications > Etat des lieux concernant la Convention d'Istanbul, septembre 2018 (état : 15.01.2020).

être conditionnée à des exigences de qualité (notamment les standards médico-légaux) afin d'être utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire.

7.7.3 Confidentialité

L'interpellation 19.4135 Molina « Relevé confidentiel des traces. Un moyen de renforcer les droits des victimes? », déposée au Conseil national le 25 septembre 2019 par le conseiller national Fabian Molina, met en évidence le conflit qui existe d'une part entre les droits et les obligations d'aviser l'autorité pénale du personnel médical prévus dans certaines législations cantonales, et d'autre part l'intérêt de la victime à bénéficier d'une prise en charge médicale confidentielle et à décider seule si et quand une instruction pénale doit être ouverte.

Cette problématique est évoquée dans l'étude uniquement du point de vue du personnel médical. En effet, le secret professionnel est considéré comme un élément important dans la construction du rapport de confiance avec le patient, de sorte que les professionnels de la santé prennent souvent contact avec réticence avec les autorités. De plus, l'étude montre que le respect des droits et des obligations d'aviser l'autorité compétente est considéré comme une thématique importante mais aussi problématique par un grand nombre des personnes interrogées. Le groupe de travail estime que les cantons devraient prêter une attention particulière à cette thématique, notamment à l'importance pour la victime de violence de pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale confidentielle.

7.8 Mandat dans la LAVI

Les auteurs du postulat demandent d'analyser l'opportunité de créer une base légale en la matière dans la LAVI. Le groupe de travail est de l'avis que la LAVI contient déjà les bases légales nécessaires qui permettraient d'évaluer la possibilité de financer une consultation médico-légale à travers l'aide immédiate au sens des art. 13 et 14 LAVI. Une révision de la LAVI sur ce point n'apparaît dès lors pas nécessaire.

Le groupe de travail regrette en revanche qu'il ait été renoncé à inscrire un mandat d'information et de sensibilisation à l'attention des autorités concernant l'aide aux victimes lors de la dernière révision de la loi et propose que cet aspect soit abordé lors d'une future révision de la LAVI.

8 Conclusions

8.1 Appréciation générale

Le Conseil fédéral est conscient du fait que la violence domestique représente un enjeu de santé publique fondamental. La prise en charge médicale des cas de violence domestique et d'autres formes de violence doit faire partie de toute politique cantonale de santé publique.

Le Conseil fédéral salue les efforts des cantons pour mettre en place des concepts et pratiques en matière de prise en charge médicale des cas de violence domestique. Il relève que dans plusieurs cantons des concepts et pratiques ont été développés et mis en place, ce qui confirme une prise de conscience des cantons envers cette thématique.

Au vu de son appréciation, le Conseil fédéral encourage les cantons à poursuivre leurs efforts dans le domaine de la prise en charge médicale de victimes de violence domestique et à mettre en place un concept global au niveau cantonal qui couvre l'ensemble du territoire. Il invite la CDS, la CCDJP ainsi que la CDAS à examiner ces aspects.

8.2 Information et formation

Le Conseil fédéral partage l'avis du groupe de travail en ce qui concerne le besoin d'encore mieux intégrer le thème de la violence domestique dans la formation des professionnels de

la santé. Il se réfère en particulier à ses conclusions figurant dans le rapport en exécution du postulat Feri 12.3206⁴⁵. Suite à la réforme selon PROFILES⁴⁶, les études de médecine se dérouleront désormais sur la base d'objectifs d'apprentissage fondés sur les résultats (« outcome »). Concernant le thème de la violence domestique, les objectifs d'apprentissage précisent de manière contraignante que les diplômés doivent savoir détecter et diagnostiquer la violence domestique et les abus sexuels et doivent être en mesure de documenter la violence physique et sexuelle⁴⁷. Le Conseil fédéral est ainsi de l'avis que le thème de la violence domestique est déjà suffisamment intégré dans le cadre de la formation initiale des médecins.

En ce qui concerne la formation médicale postgraduée et continue, la Confédération ne dispose pas d'une compétence lui permettant de déclarer certains thèmes obligatoires. La Confédération ne peut dès lors pas introduire un module obligatoire pour tous les médecins. Le Conseil fédéral est néanmoins prêt à ouvrir la discussion avec l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), afin de déterminer dans quelle mesure il serait judicieux et praticable de renforcer l'intégration de la thématique de la violence domestique dans le cadre de la formation postgraduée et continue des médecins. Il s'agira aussi d'évaluer dans quels domaines cela serait utile. L'OFSP entamera les discussions afin de combler les éventuelles lacunes identifiées.

Les mêmes constats valent pour la formation des infirmiers. Le 1^{er} février 2020 est entrée en vigueur la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan⁴⁸). Sur cette base, la Confédération, notamment l'OFSP, pourra discuter avec ses partenaires externes et déterminer les possibilités de renforcer l'intégration de la thématique de la violence domestique dans la formation des infirmiers.

Le Conseil fédéral relève en outre que la Confédération a la possibilité d'octroyer des aides financières destinées à encourager la formation spécifique du personnel des centres de consultation et des personnes chargées de l'aide aux victimes (art. 31, al. 1, LAVI). Pour autant que les conditions soient remplies, la Confédération peut octroyer des aides financières pour des formations visant à sensibiliser et à former de manière spécifique les personnes chargées de l'aide aux victimes, dont font partie également les professionnels de la santé, au thème de la violence domestique et des autres formes de violence.

8.3 Documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire

Le Conseil fédéral chargera ensuite le DFJP (OFJ) d'examiner avec les cantons (CSOL-LAVI) comment les coûts pour l'établissement de la documentation utilisable dans le cadre d'une procédure judiciaire ainsi que les autres coûts éventuels sont pris en charge par la LAVI en tant qu'aide immédiate et comment ce point pourrait être inséré dans ses recommandations. L'établissement d'une documentation utilisable dans le cadre d'une procédure civile ou pénale constitue un élément fondamental dans la prise en charge adéquate des victimes de violence domestique. Le Conseil fédéral partage l'avis du groupe de travail quant au fait que la documentation établie doit remplir certains critères de qualité afin de pouvoir être prise en charge par la LAVI. Le Conseil fédéral constate que la problématique du financement et de la qualité d'une telle documentation ne concerne pas uniquement les victimes de violence domestique mais s'étend également aux autres formes de violence.

⁴⁵ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home.html> > Politique sociale > Politique de l'enfance et de la jeunesse > Protection de l'enfance > Détection précoce des violences intrafamiliales > Rapport du Conseil fédéral "Détection précoce par les professionnels de la santé des violences intrafamiliales envers les enfants" (état : 11.12.2019).

⁴⁶ <http://www.profilesmed.ch/> (état: 11.12.2019).

⁴⁷ <http://www.profilesmed.ch> > SSPS > 4.7. Psychosocial issues > SSP 235 domestic violence, sexual abuse, rape; <http://www.profilesmed.ch> > EPAS > 2. Assess the physical and mental status of the patient > SSP 235.

⁴⁸ RS 811.21.

Dans sa réponse à l'interpellation Molina (19.4135), le Conseil fédéral a relevé que la question de savoir si le devoir de confidentialité du personnel médical doit primer sur une éventuelle obligation ou droit d'aviser l'autorité pénale est liée à la problématique de savoir s'il appartient à la victime de décider si une instruction pénale doit avoir lieu, y compris dans le cadre d'infractions se poursuivant d'office. Dans son rapport du 27 février 2013 établi en exécution du postulat Fehr 09.3878 « Dénonciation et effet dissuasif vont de pair »⁴⁹, le Conseil fédéral s'est dit convaincu de la nécessité de laisser à la victime la possibilité de juger elle-même s'il est adéquat de dénoncer ou non l'acte de violence subi. Le rôle de l'Etat est de faciliter cette démarche et de protéger la victime des conséquences négatives qui peuvent en résulter. Ce faisant, il contribue aussi à un accroissement du nombre de dénonciations. Dans ce sens, le Conseil fédéral est favorable à l'instrument de la conservation confidentielle des traces et estime que les cantons devraient prêter une attention particulière à cette thématique. Dans ce contexte, les cantons sont invités à tenir compte de la situation des différentes catégories de victimes, notamment des enfants.

8.4 Mandat dans la LAVI

Le Conseil fédéral relève enfin que la prise en charge médicale des cas de violence domestique est un domaine qui ressort de la compétence des cantons et qu'il n'y a dès lors pas lieu de régler la matière dans la LAVI. Comme mentionné par le groupe de travail, la LAVI contient en outre déjà les bases légales nécessaires qui permettraient d'évaluer la possibilité de financer une consultation médico-légale à travers l'aide immédiate au sens des art. 13 et 14 LAVI. Le Conseil fédéral est par contre disposé à examiner l'opportunité d'inscrire un mandat d'information et de sensibilisation à l'attention des autorités concernant l'aide aux victimes lors d'une future révision de la LAVI, comme proposé par le groupe de travail.

⁴⁹ <https://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home.html> > Actualité > News > 2013 > Mieux accompagner les victimes d'infractions pénales > Rapport du Conseil fédéral (état : 11.12.2019).