

Partnergeweld

Rol van de huisarts

- Samenvatting -

Februari 2004

Sophie Lacroix, huisarts
Anne-Marie Offermans, socioloog

Vertaling en Vlaamse aanpassing in bijlage
Leo Pas
Rita Caris alias Reynders
Lutgart De Deken

In opdracht voor FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

De onderzoeksgroep van SSMG bestaat uit:

- Geneviève Bruwier, huisarts
- Philippe D'Hauwe, huisarts, psychotherapeut, seksuoloog
- Sophie Lacroix, huisarts
- Anne-Marie Offermans, socioloog
- Alberto Parada, huisarts
- Dominique Paulus, huisarts
- Evelyne Rey, huisarts
- Michel Vanhalewyn, huisarts

De experts waarmee contact opgenomen werd langs Franstalige zijde zijn :

- Philippe Boxho, professor aan het Institut de Médecine Légale, ULg
- De Nationale Raad der Orde van Geneesheren vertegenwoordigd door Mr. D. Holsters, voorzitter, Dr. Joset, Franstalige onder-voorzitter, Dr. Uyttendaele, Nederlandstalige onder-voorzitter, Marie-Noëlle Verhaegen, juridisch raadgeefster aan de dienst voor studie-advies.
- Fernand Geubelle, ere-professor van de kindergeneeskunde aan de ULg, pediater SOS-Enfants Luik
- Annick Goossens et Maryline Horemans de l'Institut pour l'Egalité des Hommes et des Femmes
- Marie-France Hirigoyen, psychiater en slachtofferdeskundige (Paris)
- Nathalie Kumps, advocaat en onderzoeksrechter, ULB
- Jean-Michel Longneaux, professor en doctor in de Filosofie, belast met de lessen aan FUNDP, ethisch adviseur van de Fédérations des Institutions Hospitalières de Wallonie (FIH-W)
- Salomon Nasielski, psychologe, psychotherapeute, lesgeefster in de transactionele analyse
- Luc Schreiden, psychologe, psychotherapeute, raadgeefster in preventie en psychosociale aspecten.
- Joëlle Van Blaere, coördinator van maatschappelijk politiedienst voor slachtoffers – Lokale Politie Luik
- François-Joseph Warlet, vrederechter

De hierna volgende personen hebben de tekst herlezen en/of een bijdrage geleverd voor de geschreven versie:

- Cécile Bolly, huisarts en psychotherapeute
- Baudouin Denis, huisarts
- Michel Vanhalewyn, huisarts

De volgende huisartsen hebben deze gids getest op het terrein:

- Philippe D'Hauwe, huisarts, psychotherapeut, seksuoloog te Thy-le-Château
- Alberto Parada, huisarts te Basse-Bodeux
- Evelyne Rey, huisarts te Awirs

De onderzoeksgroep van de WVVH bestaat uit

- Leo Pas, huisarts
- Rita Caris alias Reynders, wetenschappelijk medewerker
- Lutgart De Deken, huisarts
- Erna Aertssen, Klinisch Psychologe
- Lucas Ceulemans, huisarts
- Nicole Boffin, socioloog en documentalist

De samenvatting, in haar Franstalige versie, herneemt de belangrijkste gedachten uitgewerkt en geëxpliciteerd in de gids met betrekking tot de begeleiding van personen die leven in een context van partnergeweld.

Met het oog op de specifieke situatie in de Vlaamse Gemeenschap werd de Nederlandse samenvatting aangevuld met een aantal aspecten onder de hoofding «interdisciplinaire consensus voor de aanpak van intrafamiliaal geweld» ontwikkeld in samenwerking tussen Vlaamse huisartsen en diensten betrokken bij de aanpak van geweld. Daarbij werden een aantal Vlaamse bijlagen gevoegd onder volgende hoofdingen :

- bijlage 1 : rechten van het slachtoffer
- bijlage 2 : bijdrage van specifieke diensten
- bijlage 3 : Post-traumatisch stress syndroom
- bijlage 4 : Seksueel geweld
- bijlage 5 : de seksuele agressie set
- bijlage 6 : algemeen juridisch kader (tekst aangepast aan Vlaamse juridische experts)

Inhoudstafel

1. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS	1
1.1. Frequentie.....	1
1.2. Gevolgen en kosten	1
2. DEFINITIES	1
2.1. Algemeen	1
2.2. Verschillende vormen van geweld	1
3. AANWIJZINGEN VOOR DE PRAKTIJKVOERING.....	2
3.1. Algemene kenmerken.....	2
3.2. Een langdurig proces met repetitief karakter	2
3.3. Het stilzwijgen en de ambivalentie van vrouwelijke slachtoffers van geweld: een paradox?	3
3.4. Misvattingen.....	3
3.5. Valkuilen & problemen voor hulpverleners.....	4
4. DIAGNOSE EN VROEGTIJDIGE OPSPORING	4
4.1. Belang van de diagnose.....	4
4.2. Niet specificiteit van de symptomen	4
4.3. Regels voor de diagnostische aanpak.....	4
4.4. Klinische vaststellingen.....	5
4.3. Verschillende situaties kunnen zich voordoen	7
5. BEGELEIDING VAN EEN SLACHTOFFER VAN PARTNERGEWELD	8
5.1. Verzorging.....	8
5.2. Het verhaal van de patiënt helpen ontrafelen	8
5.3. Evaluatie van de situatie en van het gevaar.....	9
5.4. Voorstellen voor interventie.....	10

6. SPECIFIEKE BEGELEIDING VAN EEN VERMOEDELIJKE DADER.....	13
7. SPECIFIEKE BEGELEIDING VAN KINDEREN DIE GETUIGE OF SLACHTOFFER ZIJN VAN PARTNERGEWELD	13
8. BEHANDELEND GENEESHEER VAN BEIDE PARTNERS.....	15
9. OPVOLGING EN INTERDISCIPLINAIR NET-WERK	16
9.2. Communicatie	16
9.3. Psychologische hulp.....	16
9.4. Juridische bijstand	17
10. DEONTOLOGISCH EN JURIDISCH KADER.....	18
10.1 Algemene beschouwingen.....	18
10.2. Speciale vraag: het gedeelde beroepsgeheim	19
11. HULPVERLENINGSMOGELIJKHEDEN.....	21
12. LITERATUURLIJST.....	21

Voorwoord

Deze gids verstrekt de nuttige basis voor het begrip van partnergeweld en aanwijzingen voor de rol van de huisarts. Een specifiek overzicht van de diensten waarop de arts beroep kan doen wordt voor iedere gemeenschap toegevoegd. Dit document werd gemaakt op verzoek van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij gaat voort op een actieonderzoek gesubsidieerd door de Waalse Minister van Sociale zaken en Gezondheid die voortvloeide uit een samenwerking tussen de “Collectif contre les Violences Familiales et l’Exclusion”, “l’InterGroupe des Maisons Médicales” en de “Société Scientifique de Médecine Générale”. Hij werd langs Franstalige kant en Vlaamse kant voorgelegd aan LOK groepen van huisartsen. Een aan de specifieke wensen van elke groep aangepaste versie is op vraag beschikbaar. In verschillende stappen van de ontwikkeling werd beroep gedaan op experts.

Aandachtspunten bij de lectuur

Sommige formuleringen in deze gids zijn beïnvloed door twee feiten waar je niet omheen kunt : de statistische vaststelling dat vrouwen vaker slachtoffer zijn van partnergeweld dan mannen, en de bestaande literatuur die bijna uitsluitend schrijft over vrouwen als slachtoffer van geweld. Ook mannen kunnen slachtoffer zijn van partnergeweld. Daarom werd, bij het ontwikkelen van de Franse tekst, besloten zoveel mogelijk te spreken over "slachtoffer". Dit begrip wijst op de persoon die geweld ondergaat en moet niet geïnterpreteerd worden als zou deze persoon in een slachtofferrol geduwd worden. Het Vlaamse provinciale overleg heeft gevraagd hier extra aandacht aan te besteden. In de vertaling van de oorspronkelijke voorlopige tekst werd daarom zoveel mogelijk de vrouwelijke vorm door neutrale bewoordingen vervangen.

Via een consensusprocedure door Delphi onderzoek werd in Vlaanderen een gemeenschappelijke visie geformuleerd die een aantal specifieke accenten legt.

De essentie van deze Vlaamse consensus werd in de meer uitgebreide tekst in kaders toegevoegd. Vlaamse definities worden hierbij toegevoegd. Op vraag van de LOK's werd eveneens een meer schematische synthese gemaakt; om de Vlaamse vertaling te ontlasten werden enkele tabellen ingelast en een aantal passages uit de Franse tekst samengevat in tabellen. Enkele aspecten werden meer uitgewerkt met aanvullende bijlagen voor thema's die aan bod kwamen bij de LOK bespreking in Vlaanderen, en kunnen in deskundigheidsbevordering in het veld gebruikt worden (zie aparte bijlagen bij Vlaams eindrapport).

Geraadpleegde Vlaamse experts zijn:

- I. Stalls, maatschappelijke assistent, politie Antwerpen
- Provinciale coördinatoren geweld en hun werkgroepen

Ter voorbereiding werden langs Nederlandstalige kant gesprekken werden gevoerd met een aantal juristen:

- Prof. Hutsebaut, Mr S. Oplinus, Mevr. I. Stalls en Prof. M. Verrycken

Er werd een vergadering belegd in Leuven waaraan deelnamen:

- Prof. Hutsebaut, Mr. L. Nouwynck, Prof H. Nys, Mevr I. Stalls en Prof. M. Verrycken.

Tot slot vindt men achteraan een overzicht van diensten samengebracht i.s.m de provinciale coördinatoren geweld in Vlaanderen. Regelmatige aanpassing hiervan is nodig.

1 . E P I D E M I O L O G I S C H E G E G E V E N S

1.1. Frequentie

Partnergeweld is geen zeldzaam fenomeen. Het geheel van internationale studies geeft weer dat de man en de vrouw allebei betrokken zijn bij dit geweld maar dat het meer specifiek de vrouwen treft (op ongeveer één geval van aangegeven geweld tegen de man zijn er vijf ten opzichte van de vrouw).

In dat opzicht lijkt de situatie van de vrouwelijke populatie meer zorgwekkend.

In België hadden in 1998 voor de leeftijdsgroep van 20-49 jaar, 1 vrouw op 7 (13,4%) en 1 man op 40 (2,3%) op een bepaald ogenblik in hun leven ernstig fysisch of seksueel geweld vanwege de partner ondergaan.

Terwijl deze resultaten op zijn minst al opmerkelijk zijn, is ook noodzakelijk nog andere vormen van geweld die hierbij horen te vermelden, met name: het verbaal, psychologisch en economisch geweld.

Bovendien treffen de ernstige gevallen van geweld alle socio-economische milieus ongeacht de sociale status, de leeftijd, het opleidingsniveau, het beroep, de herkomst of de godsdienst ¹. Andere studies ² onderstrepen de frequentie van implicatie van de kinderen in deze problematiek.

1.2. Gevolgen en kosten

Volgens de WGO ³, gaat het om een duidelijk probleem van Volksgezondheid, met toenemende ernst zowel op menselijk als financieel vlak. Traumatische gevolgen van partnergeweld zijn belangrijk. Ze gaan van wonden en blauwe plekken tot de dood via gevallen van permanente invaliditeit. Ze hebben gevolgen op psychologisch gebied. Een overdracht bestaat van generatie naar generatie.

2 . D E F I N I T I E S

2.1. Algemeen

Volgens de WGO, gaat het om "elke vorm van geweld in een intieme relatie die schade berokkent of lichamelijke, psychologische of seksuele letsels veroorzaakt aan de betrokkenen"⁴. Eveneens begrepen in deze definitie zijn "dreigen met geweld, dwang of vrijheidsberoving, zowel aan het openbare leven als in de privé sfeer ⁵". Geweld moet begrepen worden vanuit verschillen in persoonlijke tolerantie en lijden van elk individu.

2.2. Verschillende vormen van geweld

Geweld is niet eenvormig. Bepaalde gedragingen wijzen duidelijk naar geweld, andere meer subtiele vormen zijn moeilijker te identificeren. Men onderscheidt psychologisch geweld, verbaal geweld, economische onderdrukking, lichamelijk geweld, en seksueel geweld.

1 VIVIO, La prise en charge médicale de la violence conjugale, rapport réalisé par l'Institut de l'Humanitaire dans le cadre du programme européen Daphné (2000-2003), p. 13

2 Rodgers K, Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe, Juristat, 14, 9 (Ottawa: statistiques Canada, centre canadien de la statistique juridiques, 1994); Thomas, Telmon, Allery, Pauwels, Rougé, La violence conjugale dix ans après, Le concours médical, 2000, 122 (9)

3 Op citaat n° 3, p. 112-115

4 Op citaat n° 3, p. 99

5 Aide-mémoire de l'OMS, n° 239, juin 2000

3. AANWIJZINGEN VOOR DE PRAKTIJK-VOERING

3.1. Algemene kenmerken

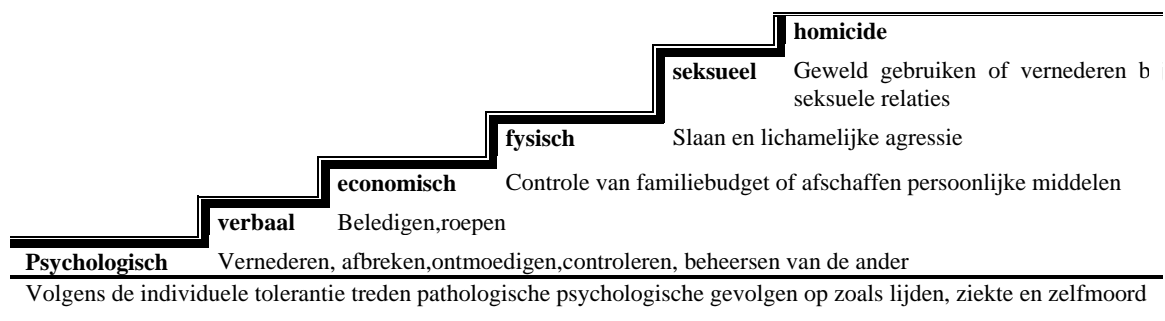
- *lage zichtbaarheid*: deze gewelddadige daden zijn heimelijk
- *progressie*: zij komen herhaaldelijk en lange tijd voor
- zij tasten de mentale en lichamelijke gezondheid van het slachtoffer en van zijn kinderen aan
- *relationele intensiteit*: een diepgaande psychische en affectieve band bindt de partners
- *Asymmetrie*: een machtsrelatie doet zijn intrede in het koppel en wordt mettertijd een machtswanverhouding
- *Onderkenning en onderschatting*: het slachtoffer en zijn huisgenoten herkennen de situatie niet als gewelddadig en onderschatten de ernst ervan
- *Ontkenning*: dader ontkent dikwijls het gepleegde geweld of zijn verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn huisgenoten

Al deze kenmerken maken een vroegtijdige identificatie moeilijk...

3.2. Een langdurig proces met repetitief karakter

3.2.1 De escalatie van verschillende vormen van geweld:

In het algemeen treedt geweld progressief op en neemt toe met de tijd. De escalatie kan snel optreden maar ook over maanden zelfs jaren verlopen.



Men kan dus werkelijk spreken van een geschiedenis van geweld: gerapporteerd geweld zijn geen geïsoleerde feiten, andere gaan vooraf of volgen.

3.2.2. De progressieve toename van geweld

Het uiten van geweld beperkt zich niet tot momenten van spanning maar is bijna als constante aanwezig. Dit lineaire verloop is eigen aan geweld. Het ontbreken aan adempauzen maakt het voor het slachtoffer onmogelijk om te recupereren.

3.2.3. De cyclus van geweld⁶

De patroon van geweld volgt een cyclisch verloop, waarbij vaak slechts in de acute fase tot *melding* wordt overgegaan. De huisartsen dienen deze fasen te onderkennen en hierop gepast in te spelen.

A. Toename van de spanningen in de dagelijkse activiteiten van het koppel

⁶ Hier wordt een aanpassing voorgesteld van de geweld cyclus van Léonore Walker (WALKER L. E., The battered woman, Springer Publishing Company, 2000, 327 p.) op basis van interviews bij 400 vrouwen slachtoffer van lichamelijk en psychisch geweld.

- B. *Gewelddadige episodes* (verbaal, lichamelijk, seksueel). Hierbij wordt vaak de hulp ingeroepen en hulp toegelaten door een derde persoon.
- C. *Vergeven*: Hierbij toont de dader zich erg behulpzaam, probeert te verleiden en is vriendelijk, en geeft prachtige beloften. Het koppel leeft in de illusie van eeuwige goedheid, totdat,...De herhaling van deze cyclus vormt een spiraal. De partners zijn gevangen in deze spiraal en momenten van kalmte en verzoening worden zeldzamer en korter.

3.3. Het stilzwijgen en de ambivalentie van vrouwelijke slachtoffers van geweld: een paradox?

Na een episode van geweld raadplegen twee op drie vrouwen niet⁷. Globaal gezien raadplegen de betrokken vrouwen vaker de huisarts, psychologen en psychiaters en spoedgevallendiensten. Waarom spreken vrouwen niet en behouden ze de stilte?

De stilte

Sommigen twifelen aan hun belevenissen omdat de agressie zo subtiel is of omdat de verantwoording voor het gedrag van de dader zo overtuigend is; dit geldt vooral bij psychologisch geweld. Anderen ervaren de daden niet als gewelddadig, omdat ze niet met opzet schijnen te worden gepleegd of plaatsvinden onder invloed van alcohol, of nog, omdat ze denken dat ze zelf het geweld hebben veroorzaakt. Nog anderen denken, dat deze daden worden gepleegd omdat ze er iets van zullen leren.

Sommige vrouwen erkennen niet het geweld of de ernst ervan, anderen schamen zich o.a. omdat ze in een voor hen schadelijke omgeving blijven; ze willen niet de oorzaak zijn van het uit elkaar vallen van de familie. Anderen vrezen de reacties van de hulpverleners (zoals bij melding aan de politie). Ze wachten tot de arts het hen vraagt en erover spreekt.

De ambivalentie

Verschillende elementen leiden tot het bewustzijn van de vrouw: toename van het geweld, kindermishandeling, tegengesteld aan de eigen verwachtingen of beloften verandert de partner niet. Het idee weg te gaan rijpt zo. Maar andere dilemma's komen dan naar voren: bij weggaan wordt de eigen autonomie op de proef gesteld, moet het slachtoffer het hoofd bieden aan moeilijkheden en breken met een diepgaande affectieve relatie.

Zij breken slechts geleidelijk met hun omgeving; gedurende maanden of jaren gaan ze weg en komen weer terug. Sommigen beleven de scheiding als een mislukking wat leidt tot ontmoediging. Een partner verlaten is een moeilijke beslissing. Het is geen garantie op veiligheid. Geweld kan voorduren of nog toenemen na hun vertrek.

3.4. Misvattingen

Elke visie wordt beïnvloed door het collectief bewustzijn. Men moet eigen opvattingen herzien in het licht der werkelijkheid. Enkele verkeerde misvattingen zijn:

- « *Partnergeweld bestaat enkel in de armste klassen of in sociaal of cultureel achtergestelde klassen.* »,
- « *Gewelddadige partners zijn mensen met psychiatrische problemen of waren slachtoffer van geweld in hun kinderjaren.* »,
- « *Het verbruik van alcohol ontketent de toevlucht tot geweld.* »,
- « *De vrouw heeft het verdiend, ze heeft het gezocht.* »,
- « *Geweld wordt veroorzaakt door een plotseling gebrek aan controle.* ».

⁷ LINDSEY K., STEVENS H., The role of the accident and emergency department, The health professionals, 169-177

- « Vrouwen die mishandeld worden « houden ervan » om geslagen te worden, anders zouden ze hun huis verlaten.»,
- « Vrouwen zoeken geweld, ze verdienen het dus.»

3.5. Valkuilen & problemen voor hulpverleners

Partnergeweld is een affectief geladen probleem. De waarden, emoties en visie van hulpverleners op de problematiek kan heel verschillend zijn en zullen hun eigen reacties, evenals die van hun patiënten beïnvloeden.

4. DIAGNOSE EN VROEGTIJDIGE OPSPORING

4.1. Belang van de diagnose

Het ondervragen van de patiënt is een teken van belangstelling en erkenning van het probleem en draagt bij tot het bewustwordingsproces van de patiënt. Slachtoffers van geweld worden graag in privé en in het kader van een vertrouwelijke consultatie hierover door de arts ondervraagd. Indien er geen diagnose gesteld is kan de arts zich overspoeld voelen door de talrijke gedragingen en klachten van personen die slachtoffer zijn van partnergeweld.

4.2. Niet specificiteit van de symptomen

De meeste tekens voor partnergeweld zijn niet specifiek. Men dient rekening te houden met verschillende factoren samen. Hoe meer elementen aanwezig zijn, des te waarschijnlijker is het partnergeweld en des te ernstiger zijn de gevolgen. Lage specificiteit heeft drie gevolgen:

- niet herkennen van partner geweld (vals negatieven);
- aan de diagnose denken, maar er niet op ingaan;
- medicaliseren van het probleem omdat men er niet echt over spreekt.

4.3. Regels voor de diagnostische aanpak

- Het ritme van de patiënt respecteren: meerdere consultaties zijn nodig voor de bewustwording van de situatie. Bovendien kan het - ondanks de gegeven aandacht en respect - moeilijk zijn erover te spreken.
- de vertrouwelijkheid van de bekomen informatie bevestigen;
- Vragen te stellen onder vier ogen: spreken over partnergeweld in bijzijn van de partner, de kinderen of naasten kan niet: de patiënt kan niets vertellen. Wanneer een dader weet heeft van de ontboezeming kunnen represailles volgen die zelfs de dood tot gevolg kunnen hebben. Als de vermoedelijke dader aanwezig is moet er een voorwendsel gevonden worden om het slachtoffer alleen te spreken;

- Vragen stellen: meestal worden directe vragen voorgesteld, anderen stellen voor een in functie van de verschillen in bewijsvoering te handelen en het ritme van de patiënt te volgen
- Woordkeuze: bepaalde woorden moet men vermijden (termen zoals « geslagen vrouw » of « mishandelde vrouw » kunnen haar gevoel van schaamte vergroten, kunnen haar doen blijven steken in haar slachtofferrol en kunnen het op gang brengen van een assertief proces belemmeren.

4.4. Klinische vaststellingen

4.4.1. Risicofactoren

Samengaan van verschillende persoonlijke en omgevingsfactoren ⁸ verhoogt het risico op geweld. Er moet geen oorzakelijke relatie gelegd worden maar wel is waakzaamheid geboden bij voorkomen van deze factoren..

Individuele factoren: jonge leeftijd (20-25 jaar ⁹), overmatig alcoholgebruik, persoonlijkheidsstoornissen (perversies...), antecedenten van familiaal geweld op kinderleeftijd
Familiale en omgevingsfactoren: scheiding, echtelijke ruzie, zwangerschap, jonge kinderen, gehandicapte in familie, laag inkomen, werkloosheid, verlies van arbeid, falen in het werk, maatschappelijke waarden die geweld bevorderen, oude opvattingen over geslachten

4.4.2. Klachten gepresenteerd door het slachtoffer

⁸ Op citaat n° 3, p. 110

⁹ Op citaat n° 5 ; Statistique Canada (1993). L'enquête sur la violence envers les femmes. Le quotidien, 18, novembre 1993, 1-10

4.4.2.1. Traumatische letsels

Bepaalde tekens zijn suggestief en moeten aan partner geweld doen denken: Een axiale verdeling (hoofd, hals, (nek en keel), thorax, borst, buik en genitaliën) , Simultane aanwezigheid van letsels op verschillende lichaamsdelen, talrijke letsels in verschillende genezingsstadia (kunnen duiden op traumata die op verschillende momenten zijn ontstaan), Letsels die niet stroken met het door de patiënt gedane verhaal (te vaag of te gedetailleerd) of weigering om oorzaak van de symptomen uit te leggen. Op te zoeken bij acute traumatische letsels zijn subduraal hematoom, intra-abdominale letsels, tandbreuken, fracturen aan de kaak of aan het gezicht, verminderd gehoor of verminderd gezichtvermogen

4.4.2.2. Gynaecologische en obstetrische symptomen

Letsels aan de borst, aan de buik en aan de genitaliën (anaal en vaginaal), SOA's, recidiverende infecties van het genito-urinair stelsel, menstruatiestoornissen, dyspareunie, anorgasmie, bloedingen voor een bevalling, miskraam of ongewenste zwangerschap. Een verzoek om een zwangerschap te onderbreken, te laat of bijna niet komen op de prenatale consultaties moeten ook de aandacht trekken

4.4.2.3. Chronisch somatische klachten en psychosomatische klachten

- **Pijn** is een frequent symptoom: hardnekkige hoofdpijn, pijn in de borst, rugpijn, buikpijn en aan het bekken, spierpijn en krampen, dyspareunie; ook regelmatig gebruik van geneesmiddelen kan een signaal zijn.
- **Symptomen waarvoor een organische oorzaak kan worden uitgesloten:** asthenie, gastro-intestinale klachten, vertigo, palpitations, paresthesie, dyspnoe (kortademigheid, ademnood), chronische pijn.
- **Verergering van een chronische reeds bestaande pathologie:** (diabetes, hypertensie, astma, angor, ontsteking van de articulaties) dit kan o.a. het gevolg zijn van het verbod om te consulteren of om therapie te volgen en op de voorgeschreven controles te komen. Wanhoop en demotivatie kan tot verwaarlozing leiden.

4.4.2.4. Psychologische en psychiatrische symptomen

Depressie, angst, paniek, slaapstoornissen, eetstoornissen (anorexie of boulimie), concentratieproblemen, zelfmoordgedachten en -pogingen, posttraumatische stoornissen ten gevolge van stress, misbruik van legale geneesmiddelen (antidepressiva, anxiolytica, hypnotica, analgetica, alcohol, tabak) of van niet legale middelen, emotionele problemen (woede, schaamte, droefheid, schuldgevoel, gevoel van onmacht, verlies van zelfrespect)

4.2.3. Gedragsaanwijzingen bij slachtoffer

Abnormaal frequente medische consultaties, niet komen opdagen voor consult, lange termijn tussen optreden letsels en raadpleging, consult annuleren. Of nog de patiënt neemt niet of met moeite het woord, de patiënt vraagt goedkeuring aan de partner en kijkt naar hem vooraleer arts te antwoorden, de patiënt weigert zich uit te kleden, de patiënt is angstig, vermijdt contact met hulpverlener bij de patiënt thuis.

4.2.4. Gedragsaanwijzingen bij dader

Sommige van de volgende gedragsstoornissen ten opzichte van de partner zijn kenmerkend indien ze herhaaldelijk voorkomen of indien ze tezamen met andere tekens aanwezig zijn: de dader antwoordt in de plaats van het slachtoffer, de dader bekritiseert het slachtoffer en haar handelen, gebruikt negatieve woorden bij het verhaal, maakt minachtende gebaren (vb. zucht of heft de ogen ten hemel wanneer het slachtoffer een klacht uit, dicteert het gedrag van de partner of van de arts, controleert de partner met zijn mimiek of met intimiderende

houdingen; de dader benadrukt dat hij/zij altijd aanwezig wil zijn. Alhoewel de dader in besloten kring een gewelddadig gedrag heeft, kan hij/zij overdreven beleefd en uitermate attent zijn in het openbaar en zeer vriendelijk met de arts.

4.2.5. *Tekens en symptomen bij het kind*

Psychologische problemen (slaap-, eet-, spraakstoornissen, angst, schrik, depressie, posttraumatisch stress syndroom), houding en gedragsstoornissen (agressiviteit, geweld, weglopen van huis, delinquentie, achteruitgang resultaten of geen of juist overmatig toelagen op school, zelfmoordgedachten, gebruik van legale of illegale middelen o.a. toxicomanie) psychosomatische problemen (sfincterproblemen, vertraagde groei of gewichtsproblemen, gehoorproblemen, taalproblemen, buik- of maagpijn, regelmatig terugkomende respiratoire problemen).

4.3. Verschillende situaties kunnen zich voordoen

De patiënt vertelt over het geweld, maar banaliseert het...

Dit is de meest voorkomende situatie. De arts kan, indien hij het onderhoud wenst voort te zetten en hiervoor de tijd heeft, de patiënt uitnodigen om het verhaal uitgebreid te doen en kan vragen welke verwachtingen de patiënt van de arts heeft. Deze benadering wordt in de volgende paragrafen besproken.

De patiënt erkent het geweld niet...

Meerdere consultaties zullen misschien nodig zijn opdat de patiënt bewust wordt van de situatie en erover kan praten. Het begrip van de vragen, de capaciteit en wil om hierop te antwoorden zal afhangen van het geweld. Het is noodzakelijk het eigen ritme van de patiënt te respecteren en de bereidheid om te luisteren zullen de deur openen voor een ultieme bekentenis.

De arts heeft een sterke verdenking van geweld...

In geval van sterke verdenking, moet er een duidelijke boodschap gegeven worden: de arts kan mensen in nood helpen, o.a. mensen met huwelijksproblemen.

Een nieuwe afspraak kan binnen de 48 uur worden gemaakt om de evolutie van de psychische en fysische tekens te controleren en om de zaak uit te diepen, hetgeen des te noodzakelijker is naarmate de situatie ernstiger lijkt.

5 . B E G E L E I D I N G V A N E E N S L A C H T O F F E R V A N P A R T N E R G E W E L D

Volgende aanpak schetst een systematische benadering voor de arts ongeacht of het gaat om vermoeden of zekerheid van geweld. Deze principes kunnen in deze volgorde toegepast worden, in één consultatie, opgedeeld worden of zelfs in vraag gesteld.

5.1. Verzorging

De slachtoffers van partnergeweld consulteren om zorgen te verkrijgen.

Een eerste bewijs van respect bestaat erin aan deze vraag te beantwoorden. Verstrekt zonder oordeel en met empathie zullen deze zorgen toelaten een vertrouwensrelatie te installeren die het verhaal en de vorderingen van de persoon ten goede komt.

De lichamelijke letsels.

Het klassieke werk van de huisarts is letsels verzorgen, zoeken naar niet zichtbare traumata (m.b.v. radiografieën, en desgevallend NKO-onderzoek, oogheelkundig onderzoek, gynaecologisch advies, neurologie, EEG, CT Scan en NMR,...) en evolutie opvolgen. Het belang van bijkomende onderzoeken heeft een dubbel doel: curatief aanpakken mogelijk maken en medico-legale documentatie.

De psychische problemen

Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen de klachten en de geschiedenis van geweld om te kunnen evalueren of er een verband is tussen beide, teneinde voor elk probleem afzonderlijk een antwoord te formuleren.

Psychotrope geneesmiddelen (antidepressiva, anxiolytica, hypnotica) kunnen nuttig zijn, maar enkel als ondersteuning bij het opstarten van een veranderingsproces.

Ze worden voorgeschreven voor een zo kort mogelijke periode en verstrekt met de klassieke informatie over afhankelijkheid en verslaving.

De psychotherapeutische ondersteuning complementair aan de geneesmiddelen geniet aanbeveling.

5.2. Het verhaal van de patiënt helpen ontrafelen

5.2.1. Sleutelmoment

De openbaring van geweld aan een hulpverlener is een sleutelmoment, omdat slachtoffers meestal reeds verschillende malen getracht hebben gehoor te vinden om het geweld bespreekbaar te maken in de eigen vertrouwde omgeving.

5.2.2. Specifieke aandachtspunten

Volgende vaardigheden zijn een reële voorwaarde voor het begeleiden van personen betrokken bij een geval van partnergeweld:

- Bevestig dat je openstaat voor het verhaal van de patiënt en uit je bezorgdheid voor veiligheid. Het stilzwijgen van bepaalde zaken is medeplichtig zijn.
- Hecht geloof aan het verhaal en zeg dit : wat de patiënt zegt en voelt is belangrijk
- Informeer over de feitelijke en potentiële gevolgen op de gezondheid van hem/haarzelf en de(haar) kinderen, over de relatie tussen partnergeweld en de geobserveerde symptomen, de verergering en het cyclisch terugkomen van geweld, het verbod door de wet: fysisch en seksueel geweld is een juridisch strafbaar feit, het vertrouwelijk karakter van het onderhoud
- Verschil maken tussen de gepleegde daden en de persoon die de daden pleegt en deze visie aan de patiënt mededelen. De daad kan beoordeeld worden (« hetgeen een persoon ondergaat door zijn partner is onaanvaardbaar »), maar niet de persoon die de daad pleegt.
- Spreek over verantwoordelijkheid. Een slachtoffer kan nooit verantwoordelijk zijn voor daden die zij/hij ondergaat, zelfs indien er bepaalde uitlokkende factoren, waarbij zij een rol speelt. Niemand verdient het om aangevallen te worden. Het slachtoffer heeft echter de verantwoordelijkheid om op de veiligheid van zichzelf en van zijn/haar kinderen te letten.
- Erken de waarde van de patiënt door haar potentiële autonomie te ondersteunen : Maak tijd maken (door stress en door « te snel » te reageren op het verhaal ontstaat het risico dat het denkpatroon van de gewelddadige partner overgenomen wordt en i.p.v denken en handelen van de patiënt. Herhaal de feiten met respect. Help de patiënt greep te krijgen om het eigen leven weer in eigen handen te nemen. Verzeker dat geen enkele maatregel getroffen zal worden zonder zijn/haar toestemming (met uitzondering van de beroepsplicht, zie paragraaf betreffende wettelijk kader).
- Verduidelijk de zelf opgenomen taken, beschikbaarheid en grenzen en verwijs door indien nodig; laat de patiënt weten dat je beschikbaar bent en dat je haar/hem steunt in de stappen die hij/zij zal zetten.
- Waak erover om niet alleen te blijven, iemand achter zich te hebben die ook aan het beroepsgeheim gehouden is. Opleidingen, groepen met professionelen die meer of minder gespecialiseerd zijn, evenals supervisie zijn allemaal middelen om inzicht te krijgen in de gedragingen en de onderliggende aspecten beter te begrijpen, zodat men de werkelijke behoeften van de patiënt leert herkennen en ze niet met de eigen behoeften verwacht.
- Help om een eigen vraag voor hulp te formuleren (iedere bekentenis is geen vraag om hulp, maar vele klachten kunnen de voedingsbodem hiervoor vormen).

5.3. Evaluatie van de situatie en van het gevaar

5.3.1. Wat staat er op het spel?

De evaluatie zal toelaten de meest adequate hulp aan te bieden: opstellen van een beveiligingsscenario, bepalen waarover verder zal gesproken worden, nadenken over nuttige aflossing, enz...

Dit bevordert ook de bewustwording van het slachtoffer van geweld over de dagelijkse realiteit en het hierbij gelopen gevaar.

De arts moet waakzaam blijven en de evaluatie herzien aan de hand van de consultaties, want een persoon die partnergeweld ondergaat, kan - al dan niet bewust - het gevaar waarmee ze geconfronteerd wordt minimaliseren.

Bepalen van de vormen van geweld en gezondheidsbalans

De anamnese zal vooral de impact van het geweld op de fysieke en psychische gezondheid trachten vast te stellen, het type van het ondergaan geweld bepalen, het situeren in de tijd van de aanvang en het ritme van het geweld en de eventuele toename ervan zijn belangrijk.

Evaluatie van de mogelijkheden ter beschikking, van de graad van autonomie en isolement

Deze evaluatie moet inschatten welke vat de partner heeft, welke hulppersonen beschikbaar zijn, de financiële situatie van de patiënt, situaties van kwetsbaarheid of verhoogd risico (handicap, migrant, taalprobleem,...).

Evaluatie van het potentieel gevaar van de situatie

Het gaat hier om het evalueren van de onmiddellijke veiligheid, het risico op suïcide en dood van het slachtoffer alsook de veiligheid van de kinderen. Idealiter dient vanwege de onmiddellijke belang ervan de evaluatie van het potentieel gevaar te gebeuren vóór het beëindigen van het onderhoud met de eerste revelatie van geweld. In geval van gebrek aan tijd moet een afspraak worden vastgelegd of verwezen worden naar een duidelijk vooropgestelde collega.

5.4. Voorstellen voor interventie

5.4.1. Algemeenheden

- Ruimte bieden aan het slachtoffer om te spreken en te reflecteren waardoor het geheel van facetten van de situatie kan benaderd worden. Door besef te creëren over de oorzaak zal het slachtoffer de meest adequate oplossingsroute voor zichzelf kunnen kiezen.
- Het slachtoffer in contact brengen met de mogelijkheden op het veld, telefoonnummers en adressen bezorgen en de karakteristieken van de diensten uitleggen.
- Voorzien om met het slachtoffer contact te kunnen houden, indien gewenst en na te denken over een veilige manier om dit te doen.
- De manieren om de veiligheid te kunnen garanderen samen bepalen (cfr. veiligheidsscenario)
- Zich verzekeren dat het slachtoffer over een veilige plek beschikt om zich te beschermen (familie, schuilplaats, ziekenhuisopname overwegen,...)
- De mogelijkheid om klacht neer te leggen aangeven en aanraden een advocaat te raadplegen teneinde de inhoud en het doel van een klacht te bespreken.

5.4.2. Opstellen van een beschermingsscenario

Een beschermingsscenario is een plan dat men opstelt om zich voor te bereiden op geweld en om stand te houden.

Het moet opgesteld zijn als reëel interventie mechanisme en niet als reddingsboei voor een slachtoffer dat niet in de mogelijkheid verkeert om zijn woonplaats te verlaten.

De doeltreffendheid van dit scenario hangt af van het anticiperen van de gevaarsituatie en van de verschillende mogelijkheden die worden overwogen.

Dit scenario wordt opgesteld in samenwerking met het slachtoffer om zo dicht mogelijk de realiteit te benaderen.

Het slachtoffer in kwestie is het best geplaatst om te denken in functie van de situatie; de prioriteiten, diens geestelijk en lichamelijk vermogen, haar keuzen en reeds gebruikte overlevingsstrategieën.

Het uitdenken bevordert de bewustwording van haar dagelijks leefwereld.

5.4.2. Vaststellen in het medisch dossier en het opstellen van het attest¹⁰

Belang:

- Van de kwaliteit van deze documenten hangt vaak de bewijskracht van de aanklacht van het slachtoffer af en als dusdanig ook de uitkomst van de instructie voor het gerecht.
- De gebruikte bewoording en het verhaal kunnen in de loop der tijd en onder verschillende invloeden variëren en de objectieve sporen kunnen van voorbijgaande aard zijn. Het medisch dossier zal dan dienen als geheugen voor de arts en ook voor de patiënt.
- De legale gevolgen zijn er ook voor de arts: een dossier bijhouden en een attest opstellen zijn medische akten die tot zijn professioneel takenpakket behoren.

Het vaststellen in het medisch dossier en het opstellen van een attest zijn twee duidelijk te onderscheiden zaken: ze zijn onderling niet verwisselbaar, noch qua inhoud noch qua vorm.

Het medisch dossier

Over de inhoud is er geen consensus op legaal en administratief gebied. Vanuit uitsluitend klinisch standpunt kan men zich inspireren door de aanbevelingen die gelden voor elk consult (SOEP-systeem):

- Anamnese: aanvang van het geweld, frequentie, vormen van geweld, geweld ten opzichte van andere familieleden, psychologische impact,... Het is belangrijk de visie van de patiënt zelf te vermelden.
- Klinisch onderzoek: exhaustieve lijst van letsels en sequelen met nauwkeurige beschrijving (lokalisatie, aspect, grootte, richting, ouderdom,...).
- Men dient het slachtoffer de reden uit te leggen van het gedetailleerde onderzoek: de volledigheid van het dossier, mogelijkheid om nadien nog een attest op te stellen indien de vraag nu niet werd geformuleerd.
- Men zal ook mededelen dat nieuwe letsels naderhand kunnen optreden en dat ook deze dienen te worden vastgesteld. Schema's en foto's (genomen met het akkoord van het slachtoffer) kunnen op medico-legaal vlak zeer nuttig zijn of bij het later opstellen van een attest.
- diagnostische hypothesen;
- zorgenplan;
- bijkomende onderzoeken en resultaten.

Het is aan te raden aan de arts om zijn eigen initiatieven te vermelden (consult van een collega voor advies, raadgeving aan patiënten) en eventueel ontbreken aan reacties van de patiënt om de situatie in gunstige zin te laten evolueren.

Wat betreft de twijfels en hypothesen zal elke arts beslissen om deze te noteren in het dossier met inzage voor de patiënt en onder de vorm van persoonlijke notities, zonder inzage voor de patiënt zelf maar wel voor andere hulpverleners die de patiënt begeleiden en die door hem zijn aangeduid.

¹⁰ Via herhaalde herlezingen vormt deze rubriek de vertaling van een consensus bereikt tussen de verschillende in het kader van dit project gecontacteerde experts langs Franstalige kant.

Het medische attest

Dit attest wordt ingevolge het contact met de patiënt(e) en op zijn verzoek opgesteld.

Het attest mag ook aan de patiënt(e) – en enkel aan haar / hem en in eigen handen overhandigd worden indien zij/hij daarom vraagt. Men zal ook aanraden een kopij te nemen.

Het attest kan ook in het dossier blijven totdat de patiënt(e) erom vraagt.

Indien er niet terstond gebruik van gemaakt wordt, is het belangrijk om te duiden op het risico, wanneer dit attest - bewaard bij de patiënt - door de dader gevonden wordt.

Het attest moet verplicht volgende gegevens bevatten:

- identificatie van de arts en van het slachtoffer
- plaats, datum en uur van het onderzoek
- handtekening van de arts op elke pagina
- uitgebreide beschrijving van de vastgestelde letsels met gebruik van de juiste medische terminologie: aspect (ecchymosen, hematomen...), de plaats, ouderdom en grootte van de letsels. Een schema of foto's kunnen vaak nuttig zijn.
- de beschrijving van de nodige voorgeschreven zorg evenals de lijst met bijkomende voorgeschreven en uitgevoerde onderzoeken
- de functionele gevolgen van de verwondingen, rekening houdend met de objectieve evaluatie van de arts en met de beweringen van de patiënte over de pijn, vermoeidheid en de mate van moeite om bepaalde bewegingen te maken.
- de duur van de totale arbeidsongeschiktheid (TAO). Deze ongeschiktheid betreft het persoonlijk werk en niet uitsluitend het professionele. De evaluatie van de AO is medisch en betreft ook de functionele en psychische gevolgen van de agressie. De psychische gevolgen worden vaak onderschat door de moeilijke evaluatie en het complexe oorzakelijk verband. Ze kunnen onmiddellijk duidelijk zijn of enkel maar verondersteld worden. Dan is het aan te raden terughoudend te zijn wat betreft de evolutie ervan en indien nodig, een bijkomend onderzoek te plannen een tijd na de feiten om de AO te bepalen.
- men voorziet de vermelding “onder voorbehoud van bijkomende complicaties” wanneer deze complicaties effectief te vrezen zijn.

Het attest mag geen causaal verband vermelden tussen het geweld en de letsels (dit is de rol van de gerechtelijke instructie) noch de identiteit van de dader van het geweld - zelfs indien deze door het slachtoffer werd aangeduid - noch de verantwoordelijkheid van elke partner. Het is mogelijk (en zelfs aangeraden in geval van seksueel geweld) de patiënt naar een collega met ervaring in de betrokken materie te verwijzen en het attest door hem opgesteld bij medisch dossier te voegen.

6 . S P E C I F I E K E B E G E L E I D I N G V A N E E N V E R M O E D E L I J K E D A D E R

Het is zeldzaam dat een man die thuis geweld pleegt spontaan naar de consultatie komt om hulp te vragen voor zichzelf en zijn probleem. Doorgaans zijn de redenen om op consultatie te komen van psychische of fysieke aard, het vertrek van de partner of als de vermoedelijke dader vermoed dat zijn partner over geweld komt vertellen aan de arts.

Ingaan op zijn vraag naar zorgverlening en hem uitnodigen door te praten zijn initiatieven die een sfeer van vertrouwen creëren en bevorderlijk zijn voor de diagnostiek en de evaluatie van de situatie.

Eens het geweld is benoemd, kan de vermoedelijke dader een rechtvaardiging invoeren, zoals controleverlies, problemen met alcohol of andere drugs, problemen op het werk, werkverlies, werkloosheid, een ongelukkige jeugd, gewelddadige ouders, het lijden door rouw, depressie, gebrek aan zelfvertrouwen,...

Deze verantwoordingen duiden op een lijden waar de dader zich niet altijd van bewust is; dit is het moment om hem hulp aan te reiken door hem te verwijzen. Wanneer er specifieke problemen zijn, zoals bijv. het gebruik legale of illegale drugs zal men hem ook informeren over de betrokken gespecialiseerde hulp.

Belangrijke boodschappen om mee te delen en/of over te brengen zijn:

- de handelingen getuigen van een lijden waarvan de vermoedelijke dader zich niet altijd van bewust is;
- empathie tonen voor zijn leed;
- iedere vorm van geweld moet stoppen en alleen de dader kan hiervoor kiezen;
- er zijn diensten (in het bijzonder voor psychologische ondersteuning en psychotherapie) die hem hulp kunnen bieden in nood en kunnen helpen met relatieproblemen;
- ieder individu heeft een eigen geschiedenis en ongeacht de ernst ervan, rechtvaardigt leed in geen enkel geval de toevlucht tot gewelddadig gedrag;
- gewelddadige gedragingen zijn onaanvaardbaar;
- geweld heeft ernstige gevolgen voor partner en kinderen;
- een dader is als enige verantwoordelijk voor zijn gedragingen

In geen enkel geval moet de arts gegevens verstrekken over de verblijfplaats van de partner.

7 . S P E C I F I E K E B E G E L E I D I N G V A N K I N D E R E N D I E G E T U I G E O F S L A C H T O F F E R Z I J N V A N P A R T N E R G E W E L D

In algemene geneeskunde worden deze kinderen klassiek vergezeld van een ouder.

Het kind, geconfronteerd met partnergeweld kan verschillende gedragspatronen vertonen.

In de literatuur ¹¹ wordt een klassieke evolutie beschreven: beginnend als “gewone” toeschouwer zal het kind vervolgens een ouder vervoegen om later een echte coalitie te vormen tegen de andere ouder. Uiteindelijk, onbegrepen zal hij zich agressief opstellen ten opzichte van elke externe persoon.

¹¹ LECOMTE, TUCKER, FORNES, Institute of Forensic Medicine, Paris, Homicide in women. A report of 441 cases from Paris and its suburb over a 7-year period, Journal of clinical Forensic Medicine, 1998, 5 (1):15-6

De voorgestelde manier van werken is analoog aan de hiervoor uiteengezette methode: het geweld vaststellen, de gevolgen evalueren en vervolgens de ‘begeleiding’ en ‘bescherming’ bespreekbaar stellen.

Opsporingsvragen kunnen aan de vergezellende ouder gesteld worden. Deze vragen worden zo gesteld dat het kind beschermd wordt tegen iatrogeen geweld.

Tegelijkertijd moet er een vertrouwensklimaat geschept worden waarin het veilig is voor het kind om te praten over wat er niet goed gaat.

Indien er geweld aan het licht komt, moet de begeleiding van het kind voortgezet worden en moet er gepaste hulp aan de aanwezige ouder voorgesteld worden.

Het is aangeraden om het kind naar een specialist in deze materie te verwijzen. Toch kan door het gesprek met het kind de situatie geëvalueerd worden en kunnen enkele opmerkingen gemaakt worden:

- Hem voorstellen om te praten over thuis en wat hij daar beleeft (angst, schuldgevoelens, woede, droefheid, ...) zowel in algemene zin als in specifieke omstandigheden van het partnergeweld;
- Proberen om het type van relatie met de vader, moeder, broers en zussen te evalueren evenals de hechtingsband die hij met éénieder voelt, zijn graad van isolement en zijn individueel opvangnet;
- Hem laten weten dat hij niet verantwoordelijk is voor de familiale problemen;
- Hem in zijn waarde herstellen en helpen om zijn zelfrespect terug te vinden;
- Hem helpen om een zelfbescherming op te bouwen en zich ervan vergewissen dat de aanwezige ouder het hiermee eens is en dat het kind goed weet dat deze ouder hiervoor zijn goedkeuring geeft (vluchten naar de bureu,...).

Een dergelijk onderhoud geeft een eerste idee over de gevolgen van geweld op de gezondheid.

Een anamnese toegespitst op het opsporen van andere psychologische of fysische gevolgen zal dit nog aanvullen. De vaststellingen worden aan de begeleidende ouder medegedeeld, evenals informatie over andere zaken die een impact kunnen hebben op het huidig en toekomstig gedrag van het kind.

Indien het kind begeleid wordt door de ouder die slachtoffer van partnergeweld is, zal de arts het vermogen van deze laatste om voor zijn kind te zorgen benadrukken en trachten in het bijzijn van het kind de band tussen beiden te versterken.

Deze ouder kan duidelijk aan zijn kind uitleggen dat hij enerzijds de problemen met de partner zal oplossen en dat hij anderzijds zich met zijn kind zal bezighouden.

Zo kan men o.a. rolomkering vermijden waarbij het kind voor de ouder die slachtoffer is gaat zorgen en probeert hem te beschermen.

8 . B E H A N D E L E N D G E N E E S H E E R V A N B E I D E P A R T N E R S .

Enkele aanknopingspunten bij de begeleiding van een koppel:

Diagnostisch

- Partnergeweld bespreken in het bijzijn van de vermoedelijke dader, de kinderen, of naaste dient vermeden te worden
- Er bestaat geen belangenconflict in het bevragen van een koppel naar geweld, noch voor het opstellen van een urgentieplan ook al zijn beide partners patiënt.

Vertrouwelijkheid

- Indien de arts voelt dat zijn evaluatie door een zekere persoonlijke partijdigheid beïnvloed kan worden, is het aangeraden de patiënten door te verwijzen naar een collega.
- De arts zal niet als de bevoorrechte gesprekspartner tussen de twee partners optreden.
- Het wordt afgeraden om tussenbeide te komen bij twee partners tijdens dezelfde consultatie;
- Indien een slachtoffer vraagt om contact op te nemen met de partner, is het belangrijk dat een veiligheidsplan opgesteld wordt, omdat het risico bestaat dat de partner wraak zal nemen als het geweld aan het licht komt. De interpellatie van een koppel wordt afgeraden tenzij de geneesheer voldoende kennis heeft opgedaan over koppeltherapie en geweld en tenzij hij voldoende professionele ervaring heeft en de motieven van de bijeenkomst voldoende opgehelderd zijn;
- De arts zal niet met de vermoedelijke dader over geweld spreken zonder de instemming van het slachtoffer en als hij niet voldoende kennis heeft. (zie hierboven);
- Indien de dader met de arts over het geweld spreekt, zal de arts hierover niet met het slachtoffer spreken, tenzij de dader hiervoor de toestemming geeft en enkel als de arts voldoende kennis heeft (zie hierboven);
- Altijd het slachtoffer vragen wat het verwacht van de arts indien diens partner geweld aan bod brengt tijdens de consultatie.
- Vragen om te voorkomen dat het slachtoffer de arts om inlichtingen verzoekt of als de agressor op de één of andere manier op de hoogte is (in vertrouwen genomen door een derde, of omdat hij het medisch attest heeft gevonden,...). Zodoende kan men vermijden een feit te ontkennen, waarvoor hij misschien een bewijs heeft.

Evaluatie

- Indien de arts voelt dat bij de evaluatie van het risico beïnvloed wordt door zijn persoonlijk oordeel over één of andere partner, is het aangeraden dat hij deze partner laat behandelen door een collega.
- Indien de arts het veiligheidsrisico evalueert, is het van belang dat hij zich niet laat beïnvloeden door informatie die hij heeft over de dader van geweld.

Opstellen van een veiligheidsscenario

- Er is geen belangenconflict indien een veiligheidsscenario opgezet wordt wanneer geweld vermoed wordt of vaststaat.

Vaststelling in het medisch dossier

- In het medisch dossier van de partner zal de mogelijkheid van geweld of de bevestiging ervan door de evaluatie van zijn partner niet vermeld worden.
- Informatie die de vermoedelijke dader(mannelijke partner) verstrekt over geweld zal niet in het medisch dossier van de patiënt(e) opgenomen worden. De dossiers van de vermoedelijke dader blijft gescheiden.

9 . O P V O L G I N G E N I N T E R D I S C I P L I N A I R N E T - W E R K

- Adequate hulp bieden: deze patiënten hebben nood aan of vragen een medische, sociale, psychologische en/ of juridische bijstand dat voor het netwerk een grote inspanning vereist.
- De specificiteit van de medische rol verduidelijken. Aldus kan de arts herhalen dat het fysisch en seksueel geweld wettelijk wordt bestraft, maar dat hijzelf noch een politiemann, noch rechter, noch advocaat is. De arts heeft een bevoorrechte plaats, waardoor hij individuele emoties kan opvangen en de dynamiek van een koppel kan observeren; maar hij is noch psycholoog, noch psychotherapeut of psychiater, noch een relatiebemiddelaar.
- Neem een zekere afstand om te vermijden dat men verwickeld raakt in de echtelijke moeilijkheden.
- Delegeer de taken waarvan de bevoegdheid niet strikt medisch zijn om zich beter te kunnen concentreren op de taken die meer medisch zijn.

Samenwerken in een netwerk betekent dat men het werk aan een ander doorgeeft, terwijl men contact blijft houden. Het is uitermate belangrijk dat de arts de centrale figuur (spil) blijft de pijler waarop de andere professionelen beroep blijven doen; de arts moet erop toezien, dat het voorgestelde traject werkelijk wordt gevolgd. Voor de patiënt, het koppel of de familie, kan de arts kan zorgen voor stabiliteit in het gevolgde traject.

Verschillende gespecialiseerde of niet gespecialiseerde diensten in partnergeweld zijn beschikbaar. Een minimale kennis van deze instellingen is noodzakelijk om uitgaande van de situatie slachtoffers zo goed mogelijk te kunnen doorverwijzen en antwoord te kunnen geven op de door hen gestelde vragen over het soort voorgestelde hulp en om de rol van de hulpverleners die bepaalde taken over nemen, te verduidelijken.

9.2. C o m m u n i c a t i e

Buiten het werk in een netwerk, is het belangrijk er over te waken dat iedereen over de informatie beschikt die nodig is om zijn werk verantwoord te kunnen doen. Het is belangrijk dat de geneesheer en de patiënt beslissen wat deze laatste wenst te communiceren. Bij voorkeur wisselt men deze informatie persoonlijk of telefonisch uit en men vermijdt de uitwisseling via fax of post.

9.3. P s y c h o l o g i s c h e h u l p

Een psychotherapeutische aanpak moet geval per geval overwogen worden en kan een interessante aanvulling zijn op geneesmiddelenvoorschriften. De patiënt wint erbij indien een systeembenadering wordt voorgesteld in de moeilijke situatie. Indien op individueel niveau goed uitgevoerd, kan dit het slachtoffer helpen om een aangepaste houding te bepalen ten opzichte van de dagelijkse realiteit en om een betere welzijnstoestand te bevorderen. De therapie heeft als doel de traumatische relatie met de partner bespreekbaar te maken, het slachtoffer te ontdoen van een schuldgevoel en terug eigenwaarde te bevorderen, vooraleer de situatie te veranderen. In bepaalde gevallen zijn er bijkomende problemen, zoals alcoholverslaving of een andere verslaving, die in feite op de eerste plaats moeten behandeld worden ¹².

Indien de psychologische aanpak te veel nadruk legt op het uitleggen van allerlei begrippen, bestaat de kans dat de schuldgevoelens verergeren.

¹² Op citaat n° 6, p. 42

Huwelijks - of koppeltherapie kan interessant zijn, maar is niet of nauwelijks aangeraden als het geweld reeds ingeworteld is en het koppel geen ruimte meer heeft om te onderhandelen en de machtsverhoudingen niet meer redelijk zijn.

9.4. Juridische bijstand

De hulp van de juridische bijstand is op 2 momenten essentieel: voor de klacht en vooraleer het echtelijk dak te verlaten.

10 . D E O N T O L O G I S C H E N J U R I D I S C H K A D E R ¹³

De strafwet verbiedt expliciet geweld binnen de relatie¹⁴. Afgezien van de wet van 28 januari 2003 op slachtoffers van partnergeweld, is er niet een echt specifieke wetgeving die de bescherming regelt van partners. Dit wil echter nog niet zeggen dat de wetgeving iets specifiek zegt over de bescherming van de partners binnen een partnerrelatie. Ongetwijfeld is er informatie en zijn er ideeën die ons aanzetten om een adequate houding aan te nemen in geval van moeilijkheden. Er bestaat geen mirakelrecept, alles is een kwestie van informeren, sensibiliseren, van ethiek... en van grote verantwoordelijkheidszin.

10.1 Algemene beschouwingen

In het geval van ontdekken of vermoeden van mishandeling ¹⁵, wordt het gewenste gedrag toegespitst op 3 grote assen:

- het normale verwijsgedrag
- ontvangen en verzamelde informatie
- de waardeschaal die algemeen aanvaard wordt binnen een bepaalde maatschappij

10.1.1. Het normale verwijsgedrag

De kennis van de geneesheer van de wettelijke normen en van de medische deontologie, legt de geneesheer een professionele taak op, die hij niet kan ontwijken en waarvan hij niet steeds de draagwijdte kent. wij wijzen op het artikel 458 van het strafwetboek aanhalen, die het medisch beroepsgeheim behandelt. Artikel 458bis van het strafwetboek, die de mishandeling bekijkt vanuit de invalshoek van minderjarigen of kwetsbare personen en artikel 422bis van het Strafwetboek, dat de niet-hulpverlening aan personen in nood behandelt. Het gaat om de artikels 55, 56, 57, 61 (gewijzigd op 16.11.2002) et 31 van de Medische Plichtenleer. Uiteindelijk bepaalt de wet betreffende de patiëntenrechten dd. 22.08.2002, en met name voor gevallen van mishandeling : *Art. 7 §2, Art. 14 §1., "Art. 15 §2"*.

10.1.2. De verkregen informatie

"De geneesheer moet voldoen aan een aantal verplichtingen" : buiten de wetenschappelijke kennis eigen aan zijn beroep, betaamt het de arts te luisteren en aan de hand van theoretische en praktische informatie, de moeilijkheden van mishandeling waarmee hij geconfronteerd wordt juist in te schatten op elk moment. Ondanks zijn veronderstelde kennis ter zake en de veronderstelde en aangeleerde referentienormen samenhangend met de uitoefening van zijn beroep, moet hij toch de patiënt soms doorverwijzen naar gespecialiseerde diensten.

10.1.3. Sociale waarden en het medisch geheim

De inhoud zelf van de normen, en vooral de combinatie van verschillende met elkaar, veroorzaakt een aantal praktische moeilijkheden en soms zelfs tegenstrijdigheden bij de uitvoering ervan. Aldus, kan men zich dus de vraag stellen of de noodzaak van respect voor het beroepsgeheim primordiaal is in vergelijking met een ernstig en immens gevaar. Hoe kan men dit definiëren? De huisarts moet de reflectie maken, wat de waarden van een

¹³ Deze rubriek werd opgesteld door F-J Warlet, vrederechter en vormt via opéénvolgende herlezingen een consensus tussen de experts gecontacteerd door de Franstalige equipe met uitzondering van de passages vermeld tussen aanhalingstekens ("...")

¹⁴ Loi du 24 novembre 1997 visant à combattre la violence dans le couple, M.B. 6 février 1998, p.3353. La notion de couple est entendue au sens large. Il s'agit de l'époux ou de la personne avec laquelle on cohabite ou a cohabité et entretient ou a entretenu un relation affective et sexuelle durable.

¹⁵ Ce terme général recouvre ses différents aspects, quelquefois cumulés: physiques, psychologiques, financiers,...

samenleving zijn (en ongetwijfeld niet wat ze zouden moeten zijn); hij kan niet bepalen hoe de samenleving evolueert waarin de patiënt leeft ¹⁶.

De rechtspraak houdt anderzijds vast aan het principe dat van het medisch beroepsgeheim uitgesloten zijn, alle gevallen waarbij de opheffing van het geheim een belangrijke en onherstelbare schade kan vermijden. « Indien de volksgezondheid op het spel staat of wanneer er gevaar bestaat voor dood of zwaar gewonden », bestaat de noodzaak om gevaar aan te kaarten. Elke openbaring moet geval per geval bekeken worden. Uiteindelijk is het de vrederechter, die oordeelt of het verantwoord was het beroepsgeheim op te heffen. Van deze evaluatie hangt de noodzaak af of de geneesheer al dan niet vervolgd wordt voor het niet respecteren van het beroepsgeheim. Het is daarbij duidelijk dat de grootste voorzichtigheid aan de dag gelegd moet worden. « Kennisgeving van geweld kan slechts gebeuren binnen de limieten van het strikt noodzakelijke, voor een redelijke onderlinge verhouding tussen het voordeel van de bescherming en het schenden van het geheim. Het is belangrijk om hier te herhalen dat in elke situatie waarbij de geneesheer onzeker is, hij altijd advies kan vragen aan de Voorzitter van de Orde of aan andere collega's zonder hierbij de identiteit van de patiënt te vermelden.

Tenslotte, in geval van een ondervraging door een juridische autoriteit, is het belangrijk om enkel te antwoorden aan een substituut (of een Procureur des Koning in geval van een ernstig delict), een burgerlijk rechter of een strafrechter (nooit antwoorden aan politieofficieren). Men moet blijvend voorzichtig zijn, ook in het kader van « getuigenissen voor het gerecht », met bijzondere aandacht voor het belang van de patiënt. (cf. Advies van de Nationale Raad van 16.03.1991) »¹⁷.

10.2. Speciale vraag: het gedeelde beroepsgeheim

Uitzondering op het beroepsgeheim is toegestaan indien bepaalde vertrouwelijke informatie gedeeld wordt door leden van een team in het belang is van de patiënt. Deze communicatie heeft nochtans zekere beperkingen, duidelijk gedefinieerd door het onmisbaar zijn van de openbaring van de gegevens. Anderzijds, kan gedeeld beroepsgeheim ook een nadeel berokkenen aan de patiënt. Het is goed hierbij te verwijzen naar de bepalingen van artikel 61 van de Code van Medische Deontologie en naar artikels 14 en 15 van de wet van 22/08/02 met betrekking op de patiënten rechten.

Enkele richtlijnen dienen ook gevolgd te worden en zijn nodig om de kwaliteit van de uitwisselingen te garanderen:

- indien mogelijk, informeer de patiënt van de intentie informatie door te spelen aan een therapeutisch team. Bespreek de objectieven, voordelen en beperkingen en **probeer een akkoord te bekomen**.
- Deel de vertrouwelijke informatie niet aan meer mensen mee dan degenen die tussenkomen, beroepshalve en zijn die gelijkgesteld worden met degenen die gebonden

¹⁶ Le juge a pour mission de vérifier si, compte tenu des éléments de la cause, le refus de révéler un secret se justifie au regard de la nécessité sociale sur laquelle se fonde le principe (v. Cass. 29.10.91, Pas.1992, I, 162); v. aussi: Cass. 19.01.01, JT 2002, 9;

¹⁷ ELABORATION D'UN GUIDE DESTINÉ AUX INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE EN MATIÈRE DE VIOLENCES INTRA-FAMILIALES - Recherche commanditée par Ministère fédéral des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des soins, Rapport intermédiaire - Entretien avec le Conseil National de l'Ordre des médecins représenté par Mr D. Holsters, président, Dr Joset, vice-président francophone, Dr Uyttendaele, vice-président néerlandophone, Marie-Noëlle Verhaegen, conseiller juridique au service d'études - Juin 2003

zijn aan het beroepsgeheim; de betrokkenen moten dezelfde doelstelling nastreven voor hulp aan de patiënt.

- herdefinieer regelmatig in groep wat goede praktijkvoering is bij dergelijke patiënten in het kader van de specifieke kenmerken van de teamwerking

1 1 . H U L P V E R L E N I N G S M O G E L I J K H E D E N

Een aparte hulpverleningsgids voor Vlaamse diensten wordt in specifieke nederlandsstalige bijdrage apart bijgevoegd. De huisarts kan bijkomende gegevens vinden op de sociale kaart onderhouden door de provincies (www.soka.be).

Bij het Instituut van Gelijke Kansen is een aparte lijst te bekomen (Telefoon: (02/233 40 25 of 02/233 40 34) of kan een lijst geconsulteerd worden via de website: www.meta.fgov.be

1 2 . L I T E R A T U U R L I J S T

Academie Nationale de Médecine, Les violences familiales, Paris, 2002

Aide-mémoire de l’OMS, n° 239, juin 2000

Association Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, Maltraitées en famille. Recommandations pour l’intervention auprès des femmes s’adressant aux services sanitaires et sociaux, Ville de Bologne, 02/1999

Attestations médicales incluses dans la brochure « Aidez-les à rompre le silence » éditée par le Ministère de l’Egalité des Chances

BALAKRISHNAN C. et al., Burns in men secondary to spouse abuse, J Burn Care Rehabil, 1994 - 15(5).

BALAKRISHNAN C. et al., Perineal burns in males secondary to spouse abuse”, Burns, 1995 - 21(1).

BADER E, PEARSON P., Les stades de la croissance dans le couple, Actualités en Analyse Transactionnelle, Vol 9, n° 34, Avril 1985

BERGMAN B., BRISMAR B., Suicide attempts by battered wives, Acta Psychiatr Scand, 1991 :83 :380-384

BOXHO Ph., Aspects médico-légaux des violences, Grandes Journées de la SSMG, Harzé, 2002

BRADLEY F., "Primary care : reported frequency of domestic violence : cross sectional survey of women attending general practice", BMJ, vol 321, 02/02/2002

BROUÉ J., GUÈVREMONT CL., Option, Une alternative à la violence conjugale, Document d’accompagnement, Montréal, Canada, 2001

BRUYNOOGHE R., NOELANDERS S., OPDEBEECK S., Geweld ondervinden, gebruiken en voorkomen, Rapport ten behoeve van de Minister van Tewerkstelling en Arbeid en Gelijke-Kansenbeleid Mevrouw M. Smet, Limburgs Universitair Centrum, 1998

Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Violence et contexte, n° 24, De Boeck Université, Bruxelles, 2000

Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, "Traiter" la maltraitance infantile : une remise en question, n° 17, Boeck Université, Bruxelles, 1996

CAMPBELL J. C., Health Consequences of Intimate Partner Violence, The Lancet, 13/04/2002

CAMPBELL J., Assessing dangerousness : violence by sexual offenders, batterers, and child abusers. Thousand Oaks, Californie, Sage, 1995

CHAMBONNET J.Y., DOUILLARD V., URION J., MALLET R., La violence conjugale : prise en charge en médecine générale, La revue du praticien, 2000, 14(507):1481-85

CIRILLO S., DI BLASIO P., La famille maltraitante, Diagnostic et thérapie, ESF éditions, Paris, 1992

Code de déontologie médicale, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2002, 51 p.

Comité Priorité Violence Conjugale, Formation en violences conjugales et familiales s'adressant aux professionnels des Forces Armées Canadiennes, Montréal, 2001

Counting the costs. Estimating the impact of domestic violence in the London Borough of Hackney, report, 1998

Dans la pratique médicale, dépister les situations de violences conjugales, évaluer la dangerosité des hommes, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité, Préfecture de la Région d'Ile-de-France, 05/2001

DELLENBACH P., REMPP Ch., HAERINGER M. Th., SIMON Th., MAGNIER F., MEYER Ch., Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique, Gynécol. Obstét Fertil 2001 ; 29 :234-243

DESSARD A., OFFERMANS A.-M., Les violences conjugales : mythes et réalités, Santé Conjuguée, Bruxelles, octobre 2002, n° 22, p. 46-52

DUTTON D. G., De la violence dans le couple, Bayard Editions Psychologie, 1996

Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, Enquête coordonnée par l'Institut de démographie, Paris I, décembre 2000

Femmes et enfants victimes de violences, Aide aux victimes - Liste d'adresses et profils des structures d'aide - Province Hainaut, Liège, Luxembourg, Namur, Ministère fédéral de l'emploi et du travail - Direction de l'égalité des chances, avril 2001

FRANCK P., VAN LINT P., La violence dans le couple, Journée d'Etudes "La violence au sein du couple : puis-je dénoncer ? Dois-je dénoncer ?", Mars 2003

GONZO Lucia, Violence à l'égard des Femmes : la Culture des Médecins et des Intervenants Sanitaires et Sociaux, Bologne, Ville de Bologne, service des politiques sociales, santé et sécurité, 1998

Guide de dépistage de la violence conjugale, Regroupement des CLSC de Montréal Métropolitain

Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale. Lignes directrices à l'intention des médecins, Unité de la Prévention de la violence familiale, Santé Canada, 1999

HENDRICKS-MATTHEWS M.K., Survivors of abuse , Health care issues, Family violence and abusive relationships, Primary care, vol. 20, 2, june 1993, 391-406

HILBERMAN, MUNSON, Sixty battered women, Victimology : an International Journal, 1977-1978, 2(3/4) :460-71

HIRIGOYEN M.-F., La violence psychologique : repérer et soigner, Grandes Journées de la SSMG, Harzé, 2002

HOFNER M-CI et al, Ressources locales en matière de prise en charge des patients adultes victimes de violence et de maltraitance : une méthode de présentation et de diffusion, revue médicale de la Suisse Romande, 122, 649-652, 2002. Des contacts téléphoniques ont également eu lieu avec ce service en vue d'obtenir certaines précisions méthodologiques.

JACOBSON NS et al., Psychological factors in the longitudinal course of battering : when do the couples split up ? When does the abuse decrease ? Violence and Victims, 1996, 11:371-392

JEWKES R., "Intimate Partner Violence : Causes and Prevention", The Lancet, 20/04/2002.

KUMPS N, VAN BEEK G, La politique judiciaire en matière de violence au sein du couple, KUL/ULB, rapport à l'initiative de Mme L. Onkelinx, 2002

LACROIX S., VANOVERBEKE CH. , MARNEFFE C., Abus sexuels intrafamiliaux, rôle du médecin généraliste », SSMG-Fonds Houtman (ONE), 2002

LEBLANC B., Le médecin généraliste face aux violences conjugales, FMC Hebdo, 2000, 59:44-5

LECOMTE, TUCKER, FORNES, Institute of Forensic Medicine, Paris, Homicide in women. A report of 441 cases from Paris and its suburbsover a 7-year period, Journal of clinical Forensic Medicine, 1998, 5 (1):15-6

Le dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale. Protocole de dépistage et guide d'intervention. Criviff, CLSC Saint Hubert, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1998

La violence conjugale, Intervention infirmière auprès des femmes, Ordre des infirmières et Infirmiers du Québec

Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de la santé, Rapport du Ministre chargé de la santé réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence de Monsieur le Professeur Roger Henrion, Février 2001

LINDSEY K., STEVENS H., "The role of the accident and emergency department" in the "The health professionals" p169-177

Maryland Physicians' Campaign Against Family Violence - Module One : Domestic Violence, The Medical and Chirurgical Faculty of Maryland, May 1994

MORENO C G., "Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women", *The Lancet*, 27/04/2002.

MORVANT C. Le Médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude auprès des médecins généralistes, thèse de doctorat en médecine sous la direction du Docteur Jacques Lebas 09/05/2000

MORLEY, R. (1995). "The sociologist's view more convictions won't help victims of domestic violence", *BMJ*, 16,311.

NASIELSKI S., Traitement de l'homme qui recourt à la violence à l'égard de sa femme, Grandes Journées de la SSMG, Harzé, 2002

NAZARE-AGA I., Les manipulateurs et l'amour, Ed. de l'Homme, Montréal

NERNEY M., JONES T., FRIEDMANN PD., Barriers to screening for domestic violence, *Journal of general internal medicine*, Vol 17, February 2002

PARADA A., OFFERMANS A.-M., Violences, famille et médecine...Un phénomène répandu, mais bien dissimulé, *Revue de médecine générale*, n° 196, octobre 2002

PERRONE R.; NANNINI M., Violence et abus sexuels dans la famille - une approche systémique et communicationnelle, ESF éditeur, Issy-les-Moulineaux, 2000

PLAN NATIONAL D'ACTION CONTRE LA VIOLENCE A L'EGARD DES FEMMES - ETAT D'EXECUTION DU PROGRAMME CONTENU DANS LA NOTE DE L'ETAT FEDERAL, Cabinet de la Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Politique d'Egalité des Chances entre hommes et femmes, Bruxelles, juin 2002

Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale, POLITIQUE D'INTERVENTION EN MATIERE DE VIOLENCE CONJUGALE, QUEBEC, 1995.

RAMSAY J. et alii, "Primary care : should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review, *BMJ*, 10/08/2002

RAPPORT MONDIAL SUR LA VIOLENCE ET LA SANTÉ, OMS, 2002

RAVACHE-QUIRINY, Aspects médico-légaux en matière d'agression sexuelle, *Rev Med Liège*, 2000, 55:7:708-714

Répertoire des acteurs provinciaux et locaux en matière de violences physiques et sexuelles à l'égard des femmes, Province de Liège - Service d'Egalité des Chances, novembre 2002

RICHARDSON J. et alii, "Primary care : identifying domestic violence : cross sectional study in primary care"., *BMJ*, vol 321, 02/02/2002

RODGERS K, Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe, *Juristat*, 14, 9 (Ottawa: statistiques Canada, centre canadien de la statistique juridiques, 1994)

ROUNSAVILLE, WEISSMAN, Battered women : a medical problem requiring detection, International Journal of Psychiatry Medicine, 1977-1978, 8 :192-202

SAUREL-CUBIZOLLES, BLONDEL, LELONG, ROMITO, Violence conjugale après une naissance, Contraception Fertilité Sexualité, 1997, vol. 25, n° 2, 159-164.

SIVIC, www.sivic.org, sur les violences conjugales à l'usage des professionnels de santé, 2000

SONKIN D. J. PhD, MARTIN D., WALKER L., The male battered, a treatment approach, Springer Publishing Company, 1985, 249 p.

STARK, FLITCRAFT, Spouse abuse, in Violence in America : a public health approach, Rosenburg, Fenley, (Eds.), New York, Oxford University Press, 1991

Statistique Canada (1993). L'enquête sur la violence envers les femmes. Le quotidien, 18, novembre 1993, 1-10

THOMAS, TELMON, ALLERY, PAUWELS, ROUGÉ, La violence conjugale dix ans après, Le concours médical, 2000, 122 (9)

VERHAEGEN M.-N., HERVEG, Le secret professionnel - Atelier 1 - professionnels de la santé, Droit en mouvement, p.. 109-136

VIOLENCES CONJUGALES, le mâle d'amour, L'observatoire, n° 34, mars/mai 2002

VIVIO, La prise en charge médicale de la violence conjugale, rapport réalisé par l'Institut de l'Humanitaire dans le cadre du programme européen Daphné (2000-2003), p 28

VUITTON D.A., de WAZIÈRES, DUPOND J.L., Psycho-immunologie : un modèle en question , Rev Méd Interne 1999 ; 20 :934-946

WALKER L. E., The battered woman, Springer Publishing Company, 2000, 327 p.

WALKER L. E., Abused women and survivor therapy, a practical guide for the psychotherapist, American psychological Association, Washington DC, Second printing january, 1995.

WARLET F-J, Fondements juridiques du secret professionnel, Revue Contact, 2003, 94, p. 13-15

WATTS Ch., ZIMMERMAN C., "Violence Against Women : Global Scope and Magnitude", The Lancet, 06/04/2002.

WELZER-LANG, Daniel , Les hommes violents, Paris, Lierre et Coudrie, 1991.

WELZER-LANG D. „Arrête! tu me fais mal! la violence domestique: 60 questions, 59 réponses, Montréal, VLB éditeur, Le jour, éditeur (1992b).

WILSON M., DALY M. Spousal Homicide, Juristat Bulletin Service, 1994, 14:1-15

YEHUDA R., Post-traumatic Stress Disorder, New Engl J Med, 346, n° 2, January 10, 2002