

PARTIE 2

LES VIOLENCES CONJUGALES

Lacroix S., médecin généraliste - Offermans A.-M., sociologue

(Résumé)

Ont collaboré à ce guide :

Groupe de recherche SSMG

Bruwier G., D'Hauwe Ph., Lacroix S., Offermans A.-M., Parada A., Paulus D., Rey E.,
Vanhalewyn M.

Groupe de recherche WVVH

Pas L., Caris R. alias Reynders, De Deken L., Aertssen E., Ceulemans L., Boffin N.,

Les experts francophones contactés sont :

Boxho Ph., professeur à l'Institut de Médecine Légale, ULg
Le Conseil National de l'Ordre des médecins
Hirigoyen M.-F., médecin psychiatre et victimologue (Paris)
Kumps N., avocate et chargée de recherche, ULB
Longneaux J.-M., professeur en philosophie aux FUNDP, conseiller FIH, Wallonie
Nasielski S., psychologue, psychothérapeute, professeur en analyse transactionnelle
Schreiden L., psychologue, psychothérapeute, conseiller en prévention
Van Blaere J., coordinatrice du service d'assistance policière aux victimes – Liège
Warlet F.-J., juge de Paix

Soutien rédactionnel:

Bolly C., Denis B., Vanhalewyn M.

Evaluation de ce guide sur le terrain :

D'Hauwe Ph., Parada A., Rey E.

INHOUDSOPGAVE

1. AVANT-PROPOS.....	5
2. AVERTISSEMENT DE LECTURE	5
3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	6
3.1. Fréquence.....	6
3.2. Conséquences et coût financier.....	6
4. DEFINITIONS.....	6
4.1. Généralités.....	6
4.2. Les différentes formes de violences.....	7
5. POINTS DE REPERE POUR LA PRATIQUE MEDICALE	7
5.1. Caractéristiques générales	7
5.2. Un processus de longue durée et de caractère répétitif	7
5.3. <i>Le silence et l'ambivalence des femmes victimes de violences conjugales : un paradoxe ?</i>	8
5.4. Quelques idées-reçues à déconstruire.....	9
5.5. Pièges et enjeux relationnels	9
6. DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE PRECOCE	9
6.1. Enjeux du diagnostic.....	9
6.2. Non-spécificité des symptômes	10
6.3. Règles à respecter dans la démarche diagnostique	10
6.4. Constats cliniques.....	10
6.4.1. <i>Facteurs de risque</i>	10
6.4.2. <i>Symptômes présentés par la personne victime</i>	11
6.4.2.1. Lésions traumatiques :	11
6.4.2.2. Plaintes gynécologiques et obstétriques.....	11
6.4.2.3. Plaintes somatiques chroniques et psychosomatiques.....	11
6.4.2.4. Manifestations psychologiques et psychiatriques	11
6.4.3. <i>Comportements particuliers observés chez la femme victime de violences</i>	11
6.4.4. <i>Comportements particuliers observés chez l'homme auteur de violences</i>	11
6.4.5. <i>Signes et symptômes présentés par l'enfant</i>	12
6.5. Issues de la démarche diagnostique.....	12
7. L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES.....	12
7.1. Soigner.....	12
7.2. Accueillir une révélation de violences	13
7.2.1. <i>Enjeux</i>	13
7.2.2. <i>Savoir-être et savoir-faire</i>	13
7.3. Evaluer la situation et sa dangerosité potentielle	14
7.3.1. <i>Enjeux</i>	14
7.3.2. <i>Détermination des formes de violences subies et bilan de santé</i>	14
7.3.3. <i>Evaluation des ressources à disposition, du degré d'autonomie et</i>	

<i>d'isolement</i>	14
7.3.4. <i>Evaluation de la dangerosité potentielle de la situation</i>	14
7.4. Propositions d'intervention	14
7.4.1. <i>Généralités</i>	14
7.4.2. <i>Etablir un scénario de protection</i>	15
7.4.3. <i>Constater dans le dossier médical et rédiger le certificat</i>	15
8. L'ACCOMPAGNEMENT D'UN AUTEUR DE VIOLENCES : PARTICULARITES	16
9. L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS TEMOINS OU VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES : PARTICULARITES	17
10. ETRE LE MEDECIN TRAITANT DES DEUX PARTENAIRES	18
11. SUIVI ET TRAVAIL EN RESEAU INTERDISCIPLINAIRE	19
11.1. Enjeux	19
11.2. Communication d'informations	20
11.3. Prise en charge psychologique	20
11.4. Aide juridique	20
12. CADRE DEONTOLOGIQUE ET JURIDIQUE	21
12.1. Considérations générales	21
12.1.1. <i>Les références normatives</i>	21
12.1.2. <i>L'information reçue et recueillie</i>	21
12.1.3. <i>La référence aux valeurs sociétales et le secret professionnel</i>	22
12.2. Question spéciale : le secret partagé	22
13. BIBLIOGRAPHIE	24

Le résumé présenté ci-après, dans sa version française, reprend les principales lignes directrices largement explicitées et illustrées dans le guide en matière d'accompagnement des personnes vivant des situations de violences au sein du couple.

Par ailleurs, pour rencontrer au mieux les sensibilités et les réalités de terrain de la région flamande, le résumé néerlandophone s'est vu complété par un ensemble de chapitres intitulés « Consensus interdisciplinaires relatifs à la prise en charge des violences intrafamiliales » établis par des généralistes et les instances flamandes concernées par la problématique. Y figurent également des annexes détaillées sur les thèmes suivants :

- Annexe 1 : les droits de la victime
- Annexe 2 : les prestations de services spécifiques
- Annexe 3 : le stress post-traumatique
- Annexe 4 : les violences sexuelles
- Annexe 5 : le set d'agression sexuelle
- Annexe 6 : le cadre juridique général

1. AVANT-PROPOS

Le guide propose des bases utiles à la compréhension des violences conjugales ainsi que des repères quant au rôle du médecin généraliste. Il offre également un aperçu synthétique des ressources auxquelles le médecin peut faire appel.

La réalisation de ce document est issue d'un appel à projets émanant du Ministère Fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Il profite d'une expérience acquise lors d'une recherche-action subsidiée par le Ministère Wallon des Affaires Sociales et de la Santé et résultant d'une collaboration menée en région liégeoise entre le Collectif contre les Violences Familiales et l'Exclusion, l'InterGroupe des Maisons Médicales et la Société Scientifique de Médecine Générale. Il fut soumis pour avis à divers médecins généralistes, notamment dans le cadre de GLEM. A diverses étapes, il a bénéficié de l'apport de différents experts par le biais d'interviews et de relectures. Par ailleurs, dans sa version néerlandophone, il a fait l'objet d'une adaptation par la Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) pour rencontrer au mieux les sensibilités et les réalités de terrain de la région flamande.

2. AVERTISSEMENT DE LECTURE

Certaines formulations du guide sont influencées par deux types de réalités incontournables : les données statistiques à savoir le fait que les femmes sont plus souvent victimes de violences conjugales que les hommes, et la littérature existante qui se penche de façon quasi-exclusive sur la situation des femmes victimes de ces violences. Cela ne signifie pas pour autant que nous ignorons que les hommes sont aussi victimes de violences conjugales. D'ailleurs, lors de la rédaction du texte, il a dès lors été décidé de reformuler les principes de base en parlant de personne victime. L'adjectif « victime » a pour but de définir la personne qui subit les violences et ne doit pas être interprété comme un rôle psychologique auquel la personne tiendrait.

3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

3.1. Fréquence

Les violences conjugales ne constituent pas un phénomène rare. L'ensemble des études internationales ¹ atteste que si l'homme et la femme sont tous deux concernés par ces violences, celles-ci touchent plus spécifiquement les femmes (plus ou moins un cas de violence déclarée à l'encontre d'un homme pour cinq cas à l'encontre d'une femme ²).

A cet égard, la situation de la population féminine apparaît comme nettement plus préoccupante. En Belgique, en 1998, dans la tranche d'âge 20-49 ans, une femme sur sept (13,4 %) et un homme sur quarante (2,3 %) ont subi, à un moment donné de leur vie, des violences physiques ou sexuelles graves de la part de leur partenaire ³.

Si ces résultats sont pour le moins impressionnants, il est sans doute nécessaire de souligner l'importance de toutes les autres formes de violences associées à ces violences physiques et sexuelles, c'est-à-dire les violences verbales, psychologiques et économiques. En outre, les formes graves de violences touchent tous les milieux socio-économiques quels que soient le statut social, l'âge, le niveau de scolarité, la profession, l'origine ou la religion ⁴. D'autres études ⁵ soulignent la fréquence de l'implication des enfants dans cette problématique.

3.2. Conséquences et coût financier

Selon l'OMS ⁶, il s'agit d'un réel problème de santé publique, de plus en plus inquiétant tant d'un point de vue humain que financier. Les séquelles traumatiques liées aux violences conjugales sont importantes. Elles vont de coupures et d'ecchymoses à la mort en passant par une invalidité permanente. Les violences constituent également un risque pour la santé mentale. Les conséquences sur la santé génésique ne sont pas négligeables.

4. DEFINITIONS

4.1. Généralités

Selon l'OMS, il s'agit de "tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie" ⁷. Sont également envisagées dans cette définition "la

1 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 réunis sous la présidence de Monsieur le Professeur Roger Henrion, Février 2001, p. 18-20

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

3 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

4 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

5 Rodgers K, Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe, Juristat, 14, 9 (Ottawa: statistiques Canada, centre canadien de la statistique juridique, 1994) ; THOMAS, TELMON, ALLERY, PAUWELS, ROUGÉ, La violence conjugale dix ans après, Le concours médical, 2000, 122 (9)

6 RAPPORT MONDIAL SUR LA VIOLENCE ET LA SANTÉ, OMS, 2002, p. 112-115

7 Op cité n° 6, p. 99

menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou en privé ⁸. L'acte violent doit être considéré en fonction du seuil de tolérance et donc du degré de souffrance de chacun.

4.2. Les différentes formes de violences

Le visage de la violence n'est pas unique. Certains comportements sont à l'évidence des actes violents ; d'autres, plus subtils, mais tout aussi destructeurs, sont plus difficiles à identifier comme tels : violences psychologiques, violences verbales, violences économiques, violences physiques, violences sexuelles.

5. POINTS DE REPÈRE POUR LA PRATIQUE MÉDICALE

5.1. Caractéristiques générales

- *Visibilité faible* : ces violences entre adultes sont cachées et l'intervention de tiers est réduite
- *Evolutivité* : généralement, elles s'établissent insidieusement en un processus de longue durée et de caractère répétitif
- *Intensité relationnelle* : un lien psychoaffectif fort soude les partenaires
- *Asymétrie* : au fil de la construction, par les deux partenaires, de la relation de couple, une prise de pouvoir asymétrique s'installe progressivement. Cette situation est le plus souvent rigidifiée bien qu'il existe des couples où les violences émergent de façon symétrique
- *Méconnaissance et sous-estimation* : la personne victime sous-estime généralement la gravité ou n'identifie pas nécessairement la situation de violences comme telle. L'entourage ne les voit pas ou n'y croit pas
- *Déni* : l'auteur nie fréquemment les violences commises ou sa responsabilité en regard de ces dernières

L'ensemble de ces caractéristiques font entrevoir toute la difficulté d'un diagnostic précoce...

5.2. Un processus de longue durée et de caractère répétitif ^{9 10 11}

Trois principes théoriques permettent de mieux comprendre la dynamique des violences conjugales :

- **L'escalade dans le recours aux diverses formes de violences** : généralement, les violences apparaissent et s'installent progressivement entre partenaires. Dans la majorité des cas, la violence s'aggrave avec le temps. L'escalade peut être rapide ou prendre des mois, voire des années.

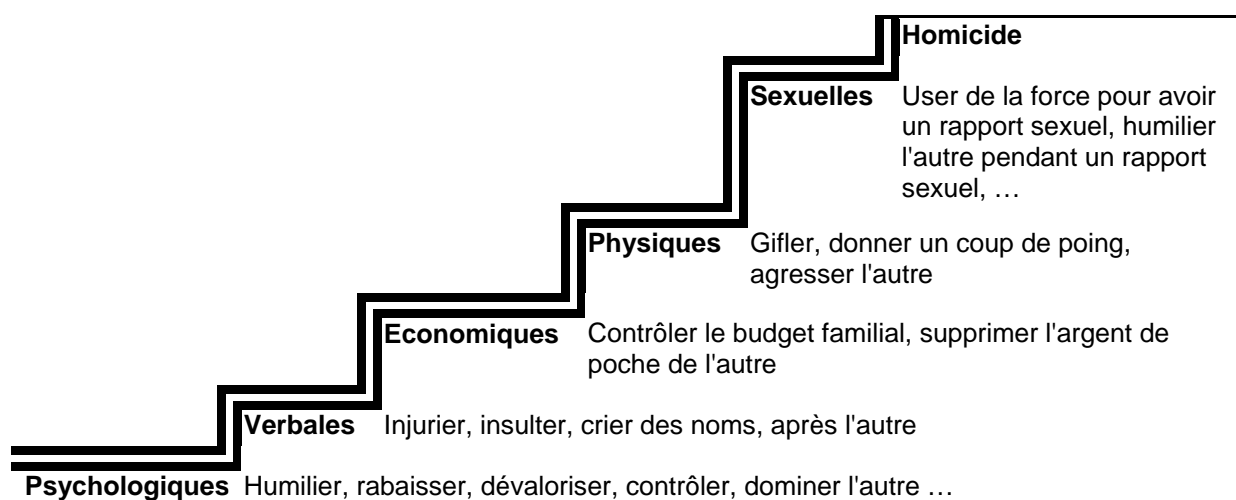
On peut donc réellement parler d'une histoire de violence : les paroles et actes rapportés par les patients ne sont pas des faits uniques, d'autres faits les précèdent et leur succéderont.

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

9 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

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

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



Selon le seuil individuel de tolérance,

Répercussions pathologiques personnelles telles souffrances, maladies, **suicide**

- **La linéarité de l'évolution des violences psychologiques** : il s'agit de violences froides, insidieuses. Les marques d'hostilité n'apparaissent pas uniquement dans les moments d'énerverment ou de tension ; elles sont là de façon permanente, à petites touches, tous les jours ou presque.
- **Le cycle des violences physiques** : sur une trame linéaire et constante de violences psychologiques, les violences physiques s'installent selon un processus cyclique en 3 étapes, répétitif et stéréotypé¹² :
 1. Montée des tensions dans le quotidien du couple
 2. Episode de violences (verbales, physiques, sexuelles). C'est souvent à cette occasion que l'aide de tiers est demandée ou autorisée.
 3. Phase d'amour et de pardon. Lorsqu'elle se met en place, on y voit l'auteur des violences se montrer très attentionné, reproduire des actes de séduction et d'amour, et faire des promesses augurant des jours meilleurs. Le couple vit dans l'illusion du couple parfait jusqu'au jour où...

La répétition de ces cycles ne se fait pas en boucle, mais en spirale. Les partenaires deviennent dépendants de ce cercle vicieux et des moments de plus en plus rares d'accalmie et de réconciliation.

5.3. Le silence et l'ambivalence des femmes victimes de violences conjugales : un paradoxe ?

Après un épisode de violences, deux femmes sur trois ne consultent pas¹³. Par ailleurs, globalement, ces femmes recourent davantage aux consultations de médecine générale, aux consultations psychiatriques et aux services d'urgence. Pourquoi ces femmes ne parlent-elles pas de ces violences et maintiennent-elles le système violent ?

¹² Est ici proposée une adaptation du cycle de violences mis en évidence par Léonore Walker (WALKER L. E., *The battered woman*, Springer Publishing Company, 2000, 327 p.) sur base d'interviews auprès de 400 femmes victimes de violences psychiques et physiques.

¹³ LINDSEY K., STEVENS H., *The role of the accident and emergency department, The health professionals*, 169-177

- **Le silence** : certaines femmes ne reconnaissent pas la situation de violences et/ou sa gravité, d'autres ont honte d'elles-mêmes et se culpabilisent de rester dans une situation qu'elles savent nocive pour elles; souvent, elles ne veulent pas être la cause de l'éclatement familial. D'autres encore craignent particulièrement les réactions des professionnels de santé (notamment la dénonciation à la police). Enfin, elles attendent que le médecin s'interroge et leur en fasse part.
- **L'ambivalence** : différents éléments amènent les femmes à prendre conscience des réalités quotidiennes : l'aggravation des violences, les violences envers les enfants, et le fait que, contrairement à leurs propres attentes et aux promesses du compagnon, ce dernier ne change pas. L'idée d'un départ germe alors. Mais d'autres enjeux entrent alors en ligne de compte : quitter la situation équivaut à tester son autonomie, à faire face à d'autres difficultés (par rapport à l'argent, à la solitude, la monoparentalité,...) et à rompre une relation affective intense. Nombre de femmes rompent dès lors de manière évolutive, sur plusieurs mois ou années : elles partent et reviennent, ce sont les départs-tests. Sortir d'une relation violente relève donc de tout un processus et ne se résume pas à un événement ponctuel. Quitter son partenaire est une décision difficile. Ce n'est pas toujours en soi une garantie de sécurité. Il arrive que les violences continuent, voire s'amplifient après leur départ.

5.4. Quelques idées-reçues à déconstruire

Le regard individuel porté par tout un chacun est imprégné de la vision collective propre à chaque société. Il est fondamental de reconsidérer sa propre vision si les idées-reçues ne font pas écho à la réalité. Quelques grands classiques des idées-reçues :

- « *Les violences conjugales n'existent que dans les classes les plus pauvres ou culturellement et socialement défavorisées* »,
- « *Les partenaires violents sont des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou victimes de mauvais traitements durant leur enfance* »,
- « *C'est la consommation d'alcool qui déclenche le recours aux violences* »,
- « *Les violences sont provoquées par une perte de contrôle momentanée* »,
- « *Les femmes subissant les violences « aiment » être frappées sans quoi elles quitteraient leur domicile* »,
- « *La femme l'a bien mérité, elle l'a cherché* ».

5.5. Pièges et enjeux relationnels

La problématique des violences dans le couple est chargée affectivement. Les valeurs, émotions et représentations des professionnels influenceront leurs réactions et celles des patients et vice-versa.

6. DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE PRECOCE

6.1. Enjeux du diagnostic

Interroger le patient est un témoignage d'intérêt et participe à la prise de conscience des situations, particulièrement chez les personnes victimes de violences. L'absence de dépistage présente une série d'« effets secondaires » tant pour le patient que pour le médecin. Ainsi, le médecin peut se sentir dépassé voire excédé par les comportements et plaintes multiples des personnes victimes de violences.

6.2. Non-spécificité des symptômes

Les symptômes et signes d'appel sont, pour la plupart, non-spécifiques des violences conjugales. Cette non-spécificité implique d'interpréter ces constats les uns en fonction des autres, et surtout de tenir compte d'une accumulation de ceux-ci. Plus ces éléments sont nombreux, plus le diagnostic est probable et les violences potentiellement graves et chroniques. Cette absence de spécificité entraîne un triple risque :

- ne pas diagnostiquer les violences conjugales (faux négatifs)
- s'arrêter à un diagnostic sans rechercher ce qu'il cache
- médicaliser le problème puisque ces personnes n'évoquent pas spontanément leur situation

6.3. Règles à respecter dans la démarche diagnostique

- Respecter le rythme du patient : plusieurs consultations sont parfois indispensables pour que la personne victime prenne conscience de la situation dans laquelle elle se trouve. Ensuite, malgré une approche respectueuse, il est possible qu'elle ne se sente pas prête à en parler
- Informer de la confidentialité
- Des questions à poser en tête-à-tête : aborder le sujet des violences conjugales en présence du conjoint, des enfants ou des proches est à proscrire. A leurs côtés, le patient peut ne rien révéler. Mais le risque majeur, lié au fait que l'auteur des violences ait connaissance de la révélation, est celui des représailles, qui peuvent aller jusqu'à mettre la vie du patient en danger. Si l'auteur est présent, il est nécessaire de trouver un prétexte pour voir la personne victime seule
- La façon d'interroger : la plupart des lignes directrices cliniques favorisent l'emploi de questions directes, mais certains travaux proposent au médecin de choisir une approche plutôt qu'une autre selon la solidité des éléments de preuve et la connaissance qu'il a du patient
- Le choix des mots : certains mots tels précisément celui de « violences » sont à proscrire

6.4. Constats cliniques

6.4.1. Facteurs de risque

C'est la conjugaison de certains facteurs individuels, familiaux et environnementaux¹⁴ qui augmente le risque d'exposition ou de recours aux violences. Il ne s'agit pas ici d'établir un lien causal direct entre ces facteurs et les violences, mais bien d'éveiller une vigilance lors de l'observation de ces facteurs.

<p>¹⁵ Individuels: jeune âge (classe d'âge 20 à 25 ans), consommation abusive d'alcool, troubles de la personnalité (perversion...), antécédents de violences familiales vécues dans l'enfance</p> <p>Familiaux, environnementaux : séparation, conflit conjugal, grossesse, enfants en bas âge, une personne handicapée dans la famille, faible revenu, chômage, perte d'emploi, échec au travail, valeurs sociales propices aux violences, représentations traditionnelles des rôles des deux sexes</p>
--

14 Op cité n° 6, p. 110

15 Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, Enquête coordonnée par l'Institut de démographie, Paris I, décembre 2000; Statistique Canada (1993). L'enquête sur la violence envers les femmes. Le quotidien, 18, novembre 1993, 1-10

6.4.2. Symptômes présentés par la personne victime

6.4.2.1. Lésions traumatiques :

Certains signes suggestifs doivent faire penser à des violences conjugales : localisation axiale fréquente (tête, cou (nuque et gorge), thorax, poitrine, abdomen et organes génitaux); présence simultanée de lésions sur différentes parties du corps; lésions multiples à différents stades de guérison, évoquant des traumatismes survenus à différents moments; lésion discordante avec le récit fourni (trop vague, ou trop détaillé) ou avec refus d'en expliquer l'origine. En cas de suspicion de violence, il y a des lésions traumatiques graves et moins évidentes à rechercher systématiquement à savoir hématome sous-dural, lésions intra-abdominales, fractures dentaires, du massif facial ou de la mandibule, traumatisme tympanique (baisse de l'acuité auditive) ou ophtalmique (baisse de l'acuité visuelle) ;

6.4.2.2. Plaintes gynécologiques et obstétriques :

Lésions à la poitrine, à l'abdomen et au niveau génital (anal et vaginal), infections sexuellement transmissibles, infections récurrentes de l'appareil génito-urinaire, trouble du cycle menstruel, dyspareunie, anorgasmie, hémorragie avant l'accouchement, fausse couche, grossesse non désirée. Une demande d'interruption de grossesse, des retards ou présences sporadiques aux visites prénatales doivent aussi attirer l'attention.

6.4.2.3. Plaintes somatiques chroniques et psychosomatiques :

La douleur est un symptôme fréquent : céphalées persistantes, douleur thoracique, mal de dos, douleur pelvienne ou abdominale, douleur et tension musculaire, dyspareunie,... Un usage régulier de médicaments contre la douleur peut être un signe.
Symptômes pour lesquels toute cause organique s'avère exclue : asthénie, troubles gastro-intestinaux, vertiges, palpitations, paresthésies, dyspnée,...
Aggravations d'une pathologie chronique pré-existante (diabète, hypertension, asthme, angor,...). Elles peuvent découler d'une interdiction de consulter ou de suivre la thérapie prescrite.

6.4.2.4. Manifestations psychologiques et psychiatriques :

Dépression, anxiété, état de panique, troubles du sommeil, troubles alimentaires (anorexie ou boulimie), difficulté de concentration, idéation suicidaire, tentative de suicide, troubles post-traumatiques liés au stress, abus de drogues licites (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, analgésiques, alcool, tabac) ou illicites, troubles émotionnels (colère, honte, tristesse, sentiment de culpabilité, sentiment d'impuissance, perte d'estime de soi)

6. 4.3. Comportements particuliers observés chez la femme victime de violences

Consultations anormalement fréquentes, retard au rendez-vous, rendez-vous manqués, délai important entre le moment où les lésions sont apparues et la consultation (lésions en voie de cicatrisation par exemple), plaintes multiples ou encore elle regarde son partenaire avant de parler, elle demande de ne pas être jointe à la maison, elle refuse de se dévêtir pour un examen médical, ses attitudes traduisent un sentiment d'insécurité

6.4.4. Comportements particuliers observés chez l'homme auteur de violences

Certains des comportements de l'homme auteur de violences par rapport sa compagne sont indicatifs s'ils se répètent ou si d'autres indices sont également

présents : il répond à la place de sa compagne; il insiste pour toujours être présent; il critique ses actes et utilise des phrases disqualifiantes à son propos; il lui dicte sa conduite ou suggère celle du médecin; il minimise ou nie ses problèmes de santé ainsi que la gravité de ses blessures; ayant des comportements violents dans l'intimité, il peut être hyper-prévenant et excessivement attentionné en public, et très aimable avec le médecin.

6.4.5. Signes et symptômes présentés par l'enfant

Troubles psychologiques (troubles du sommeil, de l'alimentation, anxiété, angoisse, dépression, syndrome de stress post-traumatique), troubles du comportement et de la conduite (agressivité, violence, fugues, délinquance, chute des performances, désintérêt ou surinvestissement scolaire, idées et/ou tentatives de suicide, toxicomanie), troubles psycho-somatiques (troubles sphinctériens, retard staturo-pondéral, troubles de l'audition, troubles du langage, maux de ventre, céphalées, troubles respiratoires).

6.5. Issues de la démarche diagnostique

Le patient fait part de violences en banalisant les faits.

Il s'agit là de la situation la plus fréquente. Disposé à poursuivre l'entretien et à y consacrer du temps, le médecin peut l'inviter à parler plus longuement de la situation et s'enquérir de ses éventuelles attentes par rapport à lui. Cette démarche fait l'objet des chapitres suivants.

Le patient ne les reconnaît pas...

Plusieurs entrevues seront peut-être nécessaires pour qu'il ait conscience de sa situation et qu'il en parle. Le niveau atteint dans l'escalade du recours aux violences et la phase actuellement vécue dans le cycle influent sur la compréhension des questions et sur la capacité et la volonté d'y répondre. Respecter le cheminement du patient et l'assurer d'une disponibilité à l'écoute ouvrent les portes à une révélation future.

Le médecin suspecte fortement les violences conjugales...

Un message clair doit être laissé au patient : le médecin peut aider les personnes en difficultés, notamment celles liées à la vie conjugale. Un rendez-vous peut être fixé dans les 48 heures afin de constater l'évolution des signes physiques et psychiques et de poursuivre le dépistage, et ce d'autant plus si la situation semble grave.

7. L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES

Que le praticien soit confronté à de telles violences ou qu'il en suspecte l'existence, voici un exemple de démarche systématique abordant ses diverses tâches. Elles peuvent se présenter dans cet ordre chronologique ou dans un autre, se télescoper en un même temps de consultation, ou encore être remises en question et répétées.

7.1. Soigner

Ces personnes victimes de violences conjugales consultent afin de recevoir des soins. Un premier témoignage de respect consiste à répondre à cette demande. Prodigués sans jugement et avec empathie, ces soins permettront d'installer une relation de confiance propice à la parole et au cheminement de la personne.

Les lésions physiques

Le travail classique du médecin généraliste : soigner ces lésions, rechercher des traumatismes non-apparents (radiographies, examens ORL, ophtalmologique, gynécologique, neurologique, CT Scan SNC, EEG,...), suivre l'évolution. L'intérêt des examens complémentaires est ici double : curatif et médico-légal.

Les troubles psychiques

Il est important de distinguer ces troubles de l'histoire des violences afin d'évaluer, le cas échéant, la relation existant entre les deux et la réponse à apporter séparément à chaque problème. Les médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) peuvent être utiles, mais uniquement comme soutien à la mise en œuvre d'un processus de changement. Ils seront prescrits pour la période la plus courte possible et assortis de l'information classique sur les risques de dépendance et d'accoutumance. De manière complémentaire aux médicaments, le soutien psychothérapeutique gagne souvent à être proposé.

7.2. Accueillir une révélation de violences

7.2.1. Enjeux

La révélation est un moment-clé, une sorte d'ultime démarche : véritable tremplin vers un processus de changement ou initiative infructueuse qui alimente l'enkystement de la situation.

7.2.2. Savoir-être et savoir-faire

Ces savoirs constituent véritablement un pré-requis à l'accompagnement de personnes impliquées dans une situation de violences conjugales.

- Reformuler les faits exprimés et énoncer sa préoccupation pour la sécurité et le bien-être : se taire au sujet de certaines choses, c'est être complice
- Reconnaître la personne victime dans sa souffrance. La croire et le lui dire
- Informer du lien entre les violences conjugales et les symptômes observés chez elle et ses proches; des conséquences actuelles et potentielles sur sa santé et sur celle de ses enfants; du processus de l'escalade de la violence et du cycle des violences physiques; du fait qu'elle ne pourra pas changer son conjoint et que lui seul peut décider de changer; de la confidentialité de l'entretien; des ressources existantes; de l'interdit de la loi (les violences physiques et sexuelles sont des actes juridiquement répréhensibles)
- Distinguer les actes posés de la personne qui les pose et faire part de cette vision des choses : l'acte peut être jugé (« Ce que vous subissez de la part de votre compagnon est inacceptable »), mais non la personne qui le pose
- Parler de responsabilité : il s'agit de responsabiliser les personnes par rapport aux actes posés. Chaque fois que l'occasion se présente, renforcer l'idée que personne ne mérite d'être agressé, que personne n'a le droit de le faire et que personne n'est responsable des actes violents de son conjoint
- Valoriser ses potentialités d'autonomie et l'aider à reprendre les commandes de sa vie : ne pas aller plus vite qu'elle, réénoncer les faits avec respect, l'inciter à faire elle-même les démarches qu'elle souhaite et la soutenir dans ses initiatives, lui assurer qu'aucune intervention n'aura lieu sans son accord
- Clarifier son rôle : faire part de ses compétences et disponibilités en vue d'un accompagnement ayant pour but de l'aider à réagir. Le médecin qui ne peut assumer l'entièreté ou l'un ou l'autre aspect de l'accompagnement se doit d'énoncer cette limite à ses compétences ou disponibilités, et de proposer que le relais soit pris par des personnes ou associations spécialisées. Il garde néanmoins un rôle de soutien dans les démarches à entreprendre
- Veiller à ne pas rester seul, avoir derrière soi un point d'appui tenu lui aussi par

le secret professionnel : les échanges entre professionnels spécialisés ou non permettent au médecin de se distancier d'une relation thérapeutique parfois asphyxiante et de saisir les souhaits réels des patients plutôt que de les confondre avec les siens

- L'aider à formuler une demande de soutien qui soit sienne. S'il y a formulation d'une demande de soutien en vue de modifier sa situation, fixer clairement des objectifs avec la personne victime. Si aucune demande de soutien n'est formulée et qu'au fil du temps rien ne bouge, que le patient continue à souffrir tout en ne mettant rien en place, il est utile que le médecin énonce ses limites ou son questionnement par rapport à la situation.

7.3. Evaluer la situation et sa dangerosité potentielle

7.3.1. Enjeux

Cette évaluation permet de proposer l'aide la plus adéquate possible : construire le scénario de protection dont il sera question plus loin, réfléchir aux relais utiles, etc.... Elle participe également à la conscientisation de la personne victime quant à sa réalité quotidienne et à la dangerosité de cette dernière. Le médecin devra cependant rester vigilant et réitérer l'évaluation au fil des consultations car une personne subissant des violences conjugales peut, consciemment ou non, minimiser le danger auquel elle fait face.

7.3.2. Détermination des formes de violences subies et bilan de santé

L'anamnèse cherchera tout particulièrement à apprécier l'impact des violences sur la santé physique et psychique. Déterminer le type de violences subies, situer le début des violences dans le temps et préciser le rythme d'une éventuelle aggravation de celles-ci sont importants.

7.3.3. Evaluation des ressources à disposition, du degré d'autonomie et d'isolement

Cette évaluation consiste à estimer l'emprise du conjoint, l'existence de personnes-ressources, la situation financière du patient, d'autres situations de vulnérabilité ou de précarité (handicap, personne immigrée, problèmes de langue,...)

7.3.4. Evaluation de la dangerosité potentielle de la situation

Idéalement, et pour des raisons de sécurité immédiate, cette évaluation doit être faite avant de mettre fin à l'entretien de révélation. En cas de manque de temps, un rendez-vous doit être fixé ou l'orientation vers un collègue proposée. Il s'agit ici d'évaluer la sécurité immédiate, le risque suicidaire et létal de la personne victime ainsi que la sécurité de ses enfants.

7.4. Propositions d'intervention

7.4.1. Généralités

- Offrir à la personne victime un espace de parole et de réflexion où l'ensemble des facettes de la situation pourra être abordé. En connaissance de cause, elle pourra choisir quelle piste de solution est la plus adéquate pour elle
- La mettre en contact avec les ressources de terrain, fournir les numéros de téléphone et les adresses en expliquant les caractéristiques de ces structures
- Envisager avec elle de pouvoir garder un contact si elle le souhaite, et réfléchir à une façon sécurisée de le faire
- Identifier avec elle des moyens pour assurer sa protection (cf. scénario de protection)
- S'assurer qu'elle dispose d'un endroit sûr pour se protéger (famille, refuge, envisager une hospitalisation,...)

- Lui énoncer la possibilité de porter plainte et lui conseiller de consulter un avocat afin de connaître les tenants et aboutissants d'une telle démarche

7.4.2. Etablir un scénario de protection

Un scénario de protection est un plan que la personne victime élabore afin de se préparer à faire face à une situation de violences physiques qu'elle appréhende. Il doit être conçu comme un réel outil d'intervention et non comme roue de secours à la soi-disant incapacité de la personne victime de quitter son domicile. L'efficacité de ce scénario tient à ce que la situation dangereuse a été anticipée et que différentes possibilités ont déjà été envisagées. Ce scénario se construit en collaboration avec la personne afin de coller au mieux à la réalité. En effet, elle est la mieux placée pour le penser en fonction de sa situation, de ses priorités, de ses potentialités physiques et psychiques, de ses choix et des stratégies de protection qu'elle a déjà mises en place. Pour elle, sa conception participe à la prise de conscience de son vécu quotidien.

7.4.3. Constat dans le dossier médical et rédiger le certificat ¹⁶

Enjeux

- De la qualité de ces documents dépend bien souvent l'établissement de la preuve des allégations d'une personne victime, et dès lors l'issue de l'instruction de l'affaire
- Les dires sont susceptibles de varier sous diverses influences au fil du temps et les traces objectives peuvent n'être que transitoires. Le dossier médical peut alors servir de mémoire, tant pour le médecin que pour le patient
- Des enjeux légaux existent aussi pour le médecin : tenir un dossier et rédiger un certificat sont des actes médicaux qui lui sont professionnellement impartis
- Le constat dans le dossier médical et la rédaction du certificat sont deux choses à bien différencier : elles ne sont pas interchangeables ni quant à leur contenu, ni quant à leur forme.

Le dossier médical

Son contenu ne fait pas l'objet d'un consensus sur le plan légal, administratif . D'un point de vue exclusivement clinique, on peut s'inspirer des recommandations valables pour toute consultation (système SOAP) :

- Anamnèse : début des violences, fréquence, types de violences, violences envers d'autres membres de la famille, impact psychologique,... Il est important de mentionner la version du patient lui-même
- Examen clinique : liste exhaustive des lésions et séquelles, avec description précise (localisation, aspect, taille, direction, ancienneté,...). Il convient d'expliquer à la personne victime la raison du caractère détaillé de cet examen : complétude du dossier, possibilité de rédiger un certificat ultérieurement si la demande n'est actuellement pas formulée. Il s'agit également de l'informer que de nouvelles lésions peuvent apparaître ultérieurement et qu'il s'agira de les faire constater également. Des schémas et des photographies (prises avec l'autorisation du patient) peuvent s'avérer très utiles sur le plan médico-légal ou lors de la rédaction d'un certificat différé
- Hypothèses diagnostiques
- Plan de soins
- Examens complémentaires et leurs résultats

¹⁶ Par relectures successives, ce texte a fait l'objet d'un consensus entre les différents experts contactés dans le cadre de ce projet.

Il est recommandé au médecin de mentionner ses propres initiatives (consultation d'un confrère pour avis, conseils donnés aux patients) et l'éventuelle absence de réaction du patient pour faire évoluer la situation vers un mieux-être. Quant aux doutes et hypothèses, chaque médecin décidera de les noter dans le dossier consultable par le patient ou sous forme d'annotations personnelles, non-consultables par le patient lui-même, mais bien par un autre praticien assistant le patient ou désigné par lui afin de consulter son dossier.

Le certificat médical

Le certificat est rédigé suite au contact avec le patient et à sa demande. Toujours à sa demande, il peut lui être remis, et à lui uniquement, et ceci toujours en main propre. Il faut lui conseiller d'en faire une photocopie. Le certificat peut rester dans le dossier jusqu'à ce qu'il y ait demande d'obtention par la personne victime. Si elle ne compte pas en faire usage tout de suite et le garde chez elle, il est important d'envisager en consultation les risques qu'elle pourrait encourir si le constat était découvert par l'auteur des violences.

Le certificat doit obligatoirement comporter les données suivantes :

- l'identification du médecin et de la personne victime
- le lieu, la date et l'heure de l'examen
- la signature du médecin sur chaque page
- la description exhaustive des lésions constatées en respectant les termes médicaux appropriés : aspect (ecchymoses, hématomes...), emplacement, ancienneté, taille. Un schéma ou des photographies sont souvent utiles
- la description des soins nécessaires et prescrits ainsi que la liste des examens complémentaires prescrits et effectués
- les conséquences fonctionnelles des blessures, tenant compte des appréciations objectives du médecin et des allégations du patient relatives aux douleurs, à la fatigue, à la gêne plus ou moins importante pour accomplir les mouvements
- la durée de l'incapacité totale de travail (ITT). Cette incapacité concerne le travail personnel et non uniquement professionnel. L'estimation de l'ITT est médicale et concerne le retentissement fonctionnel et psychologique de l'agression. Le retentissement psychique est souvent sous-estimé en raison des difficultés d'évaluation et de la complexité du lien de causalité. Il peut être évident d'emblée ou n'être que suspecté. Il convient alors d'émettre des réserves quant à son évolution et d'indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire, à distance des faits, pour affiner la détermination de l'ITT
- la mention « sous réserve de complications ultérieures » si, effectivement, des complications sont à craindre

Le certificat ne doit pas faire mention d'un lien de causalité entre les violences et les lésions (c'est le rôle de l'expertise et de l'instruction). Il ne peut pas faire état de l'identité de l'auteur des violences même si elle est précisée par la personne victime, ni contenir un avis sur les responsabilités de quiconque dans le mécanisme lésionnel. Il est possible (et vivement recommandé en matière de violences sexuelles) d'orienter le patient vers un confrère ayant une expertise en la matière et de consigner le certificat de ce dernier dans le dossier médical.

8. L'ACCOMPAGNEMENT D'UN AUTEUR DE VIOLENCES : PARTICULARITES

Il est très rare qu'un auteur de violences au domicile conjugal consulte spontanément, pour lui et par rapport à ce problème. Généralement, les motifs de consultation sont

un problème physique ou psychique, le départ du partenaire, le fait qu'il ait eu connaissance de l'initiative de son conjoint de révéler la situation de violences au médecin.

Répondre à sa demande de soins et l'inviter à parler plus longuement sont des initiatives qui créeront un climat de confiance propice à la démarche diagnostique et à l'évaluation de la situation.

Une fois les violences nommées, il peut invoquer des éléments justificatifs, comme une perte de contrôle, des problèmes d'alcool ou d'autres drogues, des problèmes au travail, une perte d'emploi, le chômage, des antécédents d'enfance malheureuse, de parents violents, une souffrance telle un deuil, une dépression, un manque d'estime de soi,... Ces justifications témoignent d'une souffrance dont il n'a pas nécessairement conscience, c'est le moment de tendre des perches et de proposer une orientation vers des ressources spécialisées en cette problématique. S'il existe d'autres problèmes tels, par exemple, un abus de drogues licites ou illicites, il faut parallèlement l'informer des autres ressources spécialisées.

Messages importants à dire et/ou à faire passer :

- ces comportements témoignent d'une souffrance dont il n'a pas nécessairement conscience
- faire preuve d'empathie par rapport à sa souffrance
- il doit cesser d'utiliser toute forme de violence et lui seul peut choisir d'arrêter
- lui présenter les ressources extérieures (en particulier les possibilités de soutien psychologique et/ou psychothérapeutique) comme une aide à la fois par rapport à sa souffrance et par rapport à une autre gestion de sa relation de couple
- chaque personne a son histoire, mais quel qu'en soit le degré, la souffrance ne justifie pas le recours au comportement violent
- les comportements de violence sont inacceptables
- ces comportements ont de graves conséquences sur sa partenaire et ses enfants
- il est seul responsable de ses comportements

En aucun cas, le médecin ne doit donner les coordonnées du lieu d'hébergement de son conjoint.

9. L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS TEMOINS OU VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES : PARTICULARITES

La situation classique en médecine générale est celle où les enfants sont accompagnés d'un parent.

L'enfant confronté aux violences conjugales peut exprimer divers types de comportements. Dans la littérature¹⁷, une évolution classique est décrite : au départ « simple » spectateur, l'enfant s'aligne ensuite sur un parent pour développer ultérieurement une réelle coalition contre l'autre parent. Finalement, incompris, il exprimera de l'agressivité envers toute personne extérieure.

La démarche proposée est analogue à celle précédemment envisagée : diagnostiquer les violences, évaluer leurs répercussions pour ensuite aborder les notions de protection et d'accompagnement.

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

Les questions de dépistage peuvent être posées au parent accompagnant. Les questions seront formulées de façon à protéger l'enfant d'une violence causée par les questions elles-mêmes. Parallèlement, il s'agit de créer un climat de confiance et de sécurité pour l'enfant et de l'inviter à parler de ce qui ne va pas bien pour lui.

Si une révélation de violence émane, il faut poursuivre l'accompagnement de l'enfant et proposer l'aide adéquate au parent présent. Il est conseillé d'orienter l'enfant vers un spécialiste en la matière. Néanmoins, en dialogue avec l'enfant, la situation peut être évaluée et certaines réflexions initiées :

- lui proposer de parler de ce qu'il vit à la maison (peur, culpabilité, colère, tristesse,...) de façon générale ou plus spécifiquement par rapport aux tensions conjugales
- tenter d'évaluer le genre de rapport qu'il entretient avec son père, sa mère, ses frères et sœurs, d'évaluer son degré d'attachement à chacun, son degré d'isolement et son réseau de soutien individuel
- lui dire qu'il n'est pas responsable des problèmes familiaux
- le revaloriser afin de l'aider à retrouver une estime de lui-même
- l'aider à mettre en place des mécanismes d'autoprotection en s'assurant que les idées sont approuvées par le parent présent et que l'enfant perçoive bien l'aval de celui-ci (se réfugier chez les voisins,...)

Cet entretien donne une première idée des répercussions des violences sur sa santé. Une anamnèse centrée sur la détection d'autres conséquences physiques ou psychologique peut le compléter. Le constat sera énoncé au parent, de même qu'une information au sujet d'autres impacts potentiels sur le comportement actuel et futur de l'enfant.

Lorsque l'enfant est accompagné du parent victime des violences conjugales, valoriser les compétences de ce dernier à prendre soin de son enfant et ce, devant l'enfant, favorisera une meilleure qualité du lien entre eux deux. Cet adulte peut clairement expliquer à son enfant que, d'un côté, il va s'occuper des difficultés du couple, et que, de l'autre côté, il va s'occuper de son enfant. Ceci permet notamment d'éviter l'inversion des rôles où l'enfant s'occupe du parent victime et tente de le protéger.

10. ETRE LE MEDECIN TRAITANT DES DEUX PARTENAIRES

Voici quelques points de repère :

Diagnostic

- Aborder le sujet des violences conjugales en présence de l'auteur des violences, des enfants ou des proches est à proscrire
- Il n'y a aucun conflit d'intérêt à interroger les deux membres d'un couple sur l'existence possible des violences

Accueillir une révélation de violences

- Il est essentiel de répondre de façon indépendante aux besoins des patients de telle façon que leurs droits à l'autonomie, au secret professionnel et à des soins de qualité soient respectés
- Le médecin ne doit pas devenir l'intermédiaire entre les deux partenaires
- Il est déconseillé d'intervenir auprès des deux partenaires au cours de la même consultation

- Si la personne victime demande que le médecin entre en rapport avec son partenaire, il est important qu'un plan de sécurité soit prêt, puisqu'en révélant la violence, elle peut courir un risque de représailles. Cette interpellation du conjoint par le médecin est cependant déconseillée sauf si le médecin a acquis des connaissances théoriques sur la dynamique de couple et sur les violences, s'il en possède l'expérience professionnelle et si les objectifs de cette rencontre ont été clairement définis
- Le médecin ne doit pas parler avec le partenaire de la violence présumée ou confirmée à moins que la personne victime ne le lui ait explicitement demandé et qu'il en ait les compétences (cfr supra)
- Si l'auteur des violences parle de la problématique des violences conjugales au médecin, ce dernier ne doit pas en parler avec la personne victime à moins que l'auteur ne le lui ait explicitement demandé (cfr supra)
- Toujours envisager ce que la personne victime attend du médecin si le partenaire de cette dernière amenait le sujet des violences en consultation
- Demander à être prévenu si la personne victime parle de l'entretien médical à son partenaire ou si ce dernier était au courant de quelque façon que ce soit (par une confidence d'un tiers, par le fait qu'il ait trouvé le certificat médical,...). Ceci permet d'éviter de nier un fait dont il a peut-être la preuve...

Evaluation

- Si le médecin sent que son évaluation risque d'être influencée par un parti pris personnel, il est conseillé à ce médecin de recommander l'un et/ou l'autre de ses patients à un confrère
- Lorsqu'on évalue le risque pour la sécurité, il est important que le médecin ne se laisse pas influencer par l'information qu'il possède au sujet du partenaire auteur des violences

Etablir un scénario de protection

- Il n'y a aucun conflit d'intérêt à établir un scénario de protection quand les violences sont présumées ou confirmées

Constater dans le dossier médical

- Il ne faut pas indiquer dans le dossier médical du partenaire auteur des violences la possibilité ou la confirmation des violences suite à l'évaluation auprès de la personne victime
- De même, l'information obtenue par le partenaire auteur des violences ne doit pas être inscrite dans le dossier médical de la personne victime

11. SUIVI ET TRAVAIL EN RESEAU INTERDISCIPLINAIRE

11.1. Enjeux

- Offrir une aide adéquate : ces patients nécessitent ou demandent un accompagnement médical, social, psychologique et/ou juridique pour lequel le travail en réseau prend tout son sens
- Clarifier la spécificité du rôle médical. Ainsi, le médecin peut rappeler que les violences physiques et sexuelles sont légalement réprimées, mais il n'est ni policier, ni juge, ni avocat et se doit de le préciser. Il a une place privilégiée pour recueillir les émotions individuelles et observer la dynamique de couple, mais il n'est ni psychologue, psychothérapeute ou psychiatre, ni médiateur conjugal

- Prendre une juste distance afin de ne pas participer à l'enkystement de la situation conjugale
- Déléguer des tâches dont le ressort n'est pas de la médecine générale afin de mieux respirer et de se concentrer sur les tâches qui incombent réellement et uniquement au généraliste

Le travail en réseau implique de passer la main tout en maintenant la relation. Il est primordial que le médecin reste l'intervenant-pivot, pilier de triangulation entre les divers professionnels et qu'il veille à ce que le chemin proposé ailleurs soit réellement investi. Pour le patient, le couple ou la famille, le généraliste peut représenter celui qui continue à maintenir une stabilité dans les bouleversements. Divers services, spécifiques ou non aux violences conjugales, doivent être présentés. Une connaissance minimale de ces ressources est requise afin d'orienter au mieux, en adéquation avec la situation vécue, de répondre aux questions des patients quant à la teneur de l'aide proposée et de clarifier le rôle de l'intervenant-relais.

11.2. Communication d'informations

Lors du travail en réseau, il est important de veiller à ce que chacun dispose des informations qui lui sont nécessaires pour faire son travail avec du sens. Il est important que le médecin et le patient décident ensemble des informations que ce dernier souhaite communiquer. Il est préférable de transmettre les informations en vis-à-vis ou par téléphone et d'éviter les médias tels que fax, courriel et papier.

11.3. Prise en charge psychologique

L'accompagnement psychologique d'une personne victime est souvent très aidant et représente la plupart du temps un complément intéressant aux prescriptions médicamenteuses et aux autres interventions concrètes. Il gagne à être proposé avec une vision systémique de la situation difficile, pour aider le patient qui le souhaite à prendre position au quotidien et à faire évoluer la situation vers un mieux-être. Il a pour objectifs de permettre à la personne victime d'évoquer progressivement sa relation traumatique avec son partenaire, de se dégager de son sentiment de culpabilité, et de mettre en valeur ses propres ressources afin de transformer sa situation. Dans certains cas, les problèmes d'addiction à l'alcool ou à d'autres substances sont si importants qu'ils devront être traités en premier lieu¹⁸.

La prise en charge psychologique d'un auteur de violences est à conseiller. Elle présente cependant des spécificités qui impliquent une orientation vers des personnes spécialisées.

Les thérapies conjointes ou conjugales sont intéressantes, mais peu recommandées voire déconseillées quand les violences sont bien installées et que le couple ne bénéficie plus d'un espace de négociation où le pouvoir est assez justement partagé.

11.4. Aide juridique

Le recours à une aide juridique est essentiel à deux moments-clés : avant de porter plainte et avant de quitter le domicile conjugal.

18 Op cité n° 4, p. 42

12. CADRE DEONTOLOGIQUE ET JURIDIQUE ¹⁹

Le droit pénal rappelle expressément l'interdiction des violences au sein du couple ²⁰. Cela, hormis la loi du 28 janvier 2003 sur les victimes d'acte de violence conjugale, il n'y a pas véritablement de législation spécifique qui organise la protection des partenaires d'un couple comme tels.

Sans doute quelques informations et réflexions permettront-elles de sous-tendre les attitudes adéquates en cas de difficultés. Aucune recette miracle, au demeurant, n'existe; tout est affaire d'information, de formation, de sensibilité, d'éthique,... de responsabilité bien comprise.

12.1. Considérations générales

En cas de découverte ou de suspicion de maltraitance ²¹, le comportement à adopter peut s'articuler autour de trois grands axes :

- les références normatives
- l'information reçue et recueillie
- l'échelle de valeurs qui paraît communément admise dans une société déterminée

12.1.1. Les références normatives

La connaissance par le médecin des normes légales et déontologiques qui gouvernent l'exercice de sa profession, relève pour lui du devoir professionnel et rien ne peut donc lui permettre de les ignorer et de n'en pas connaître la portée. Citons l'article 458 du Code Pénal concernant le secret professionnel, l'article 458bis du code pénal qui traite de maltraitance à l'égard des mineurs et personnes vulnérables et l'article 422bis du Code Pénal concernant la non-assistance à personne en danger. Il s'agit aussi des Articles 55 , 56 , 57, 61 (modifié le 16.11.2002) et 31 du Code de Déontologie médicale. Enfin, la loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient, en son entier, mais dont on retiendra notamment, avec les incidences que cela peut avoir en cas de maltraitance : *Art. 7 §2, Art. 14 §1., " Art. 15 §2"*.

12.1.2. L'information reçue et recueillie

"Le médecin doit satisfaire à une obligation de moyens". Donc, outre l'information scientifique propre à sa pratique de l'art de guérir, il convient qu'il soit non seulement à l'écoute, mais à la quête de l'information théorique et pratique qui lui permettra d'appréhender correctement les difficultés auxquelles il peut être confronté à tout moment dans le domaine spécifique de la maltraitance. Au-delà de la connaissance, par hypothèse, acquise et maîtrisée des références normatives qui jalonnent l'exercice de sa profession, il doit s'imposer au médecin généraliste d'être en mesure d'orienter ses patients vers les services appropriés.

19 Ce texte a été rédigé par F-J Warlet, juge de paix et a fait l'objet, par relectures successives, d'un consensus entre les différents experts contactés dans le cadre du projet à l'exception du passage mentionné entre guillemets ("...").

20 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.

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

12.1.3. La référence aux valeurs sociétales et le secret professionnel

Le contenu même des normes, et surtout la combinaison des unes avec les autres, renferme un certain nombre de difficultés pratiques, sinon parfois des contradictions, au moment de leur mise en œuvre. Ainsi, peut se poser la question de la prééminence de l'obligation au respect du secret professionnel par rapport à un danger grave et imminent. Comment définir celui - ci ?... Assurément le médecin généraliste, ne peut faire l'économie de la réflexion sur ce que sont (et non pas sans doute ce que devraient être) les valeurs d'une société, ou de la société dans laquelle évolue le patient²².

La jurisprudence d'ailleurs tend à consacrer le principe que sont exclus du secret professionnel, tous les cas où la révélation du secret reçu peut éviter la survenance imminente d'un mal important et irréparable. Ainsi, « lorsque la sécurité publique est en jeu et qu'il y a danger imminent de mort ou de blessures graves », l'obligation du secret professionnel doit être écartée. Cela étant, ce type de divulgation est à envisager au cas par cas. En effet, c'est le juge de fond qui, *in fine*, évaluera si le médecin a eu raison de lever le secret professionnel. De cette évaluation découlera ou non l'opportunité de poursuivre le médecin pour non-respect du secret professionnel. Il est évident dès lors que la plus grande prudence doit s'imposer. « La dénonciation ne pourrait se faire que dans les limites du strict nécessaire, de l'utilité et de la proportionnalité entre l'intérêt à sauvegarder et la violation du secret. Il est important de rappeler ici que dans toute situation où le médecin a des incertitudes, il peut toujours demander l'avis du Président de l'Ordre ou d'autres confrères sans toutefois mentionner l'identité de son patient.

Enfin, en cas de demandes ou d'interpellations de la part des autorités judiciaires, il importe de ne répondre qu'à un juge d'instruction (ou Procureur du Roi si urgence ou flagrant délit), un juge civil ou un juge pénal en conscience (ne jamais répondre à des officiers de police). Il convient également d'être particulièrement prudent, dans le cadre de ces « témoignages en justice », au regard de l'intérêt du patient. (cf avis du Conseil national du 16 mars 1991) »²³.

12.2. Question spéciale : le secret partagé

Exception admise au secret professionnel, certaines informations confidentielles détenues jusque là par chaque membre de l'équipe pourront, dans l'intérêt du patient, y être communiquées aux autres. Cette communication a toutefois des limites qui sont clairement définies par ce qui est strictement indispensable, voire utile, de révéler. Aller au-delà, c'est causer préjudice au patient. Il est bon d'ailleurs de se référer notamment à cet égard aux dispositions des articles 61 du Code de déontologie, 14 et 15 de la loi du 22/08/02 relative aux droits du patient.

Quelques lignes directrices devront ainsi être suivies et seront de nature à garantir la qualité de ces échanges:

22 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); . aussi: Cass. 19.01.01, JT 2002, 9.

23 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

- si possible, informer le patient sur le projet de partage d'informations en équipe thérapeutique, ses objectifs, ses avantages et ses limites, et obtenir son accord
- ne partager les informations confidentielles qu'avec d'autres intervenants que l'état ou la profession oblige également au secret professionnel et qui ont en charge la même mission auprès de ce patient
- redéfinir régulièrement ensemble ce que l'on s'accorde à considérer comme la bonne pratique, en fonction des spécificités du cadre de travail

13. BIBLIOGRAPHIE

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

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

Associazione 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'Égalité 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 pelviennechronique. 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 suburb over 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, Rosenberg, Fenley, (Eds.), New York, Oxford UniversityPress, 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